

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01206 vom 30. Januar 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-01-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01206

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01206 du 30 janvier 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01206 del 30 gennaio 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1959, meldete sich am 16. September 2014 (Urk. 5/3) bei der Invalidenversicherung zur Früherfassung und am 29. Oktober 2014 unter Hinweis auf psychische und somatische Beschwerden zum Leistungsbezug an (Urk. 5/9). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, gewährte als Frühinterventionsmassnahme am 8. Januar 2015 eine Potentialabklärung (Urk. 5/18) und prüfte nach Scheitern der beruflichen Eingliederungsmassnahmen (vgl. Urk. 5/29) einen Rentenanspruch. In der Folge klärte sie die medizinische und erwerbliche Situation ab und holte bei der Y.____, ein polydisziplinäres Gutachten ein, das am 31. Dezember 2015 erstattet wurde (Urk. 5/57).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 5/77, Urk. 5/83) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 27. September 2016 einen Rentenanspruch (Urk. 5/85 = 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 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).

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

(BGE 130 V 396; 141 V 281 E.

2.1). Eine fach ärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleich bedeutend 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. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierte Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 127 V 294 E. 4c; 139 V 547 E. 5.2; zur Publikation in der amtlichen Sammlung vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 8C_841/2016 vom 30. November 2017 E. 4.2.1).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit zur Publikation in der amtlichen Sammlung vorgesehenem Urteil 8C_130/2017 vom 30. November 2017 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Funktioneller Schweregrad - Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit: Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsmassnahmen gestütztes Ausmass des Leidens druck

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; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die Anerkennung eines renten begründenden 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 beweislustige versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2).

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 31. Oktober 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 27. September 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es seien ihr die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 24. November 2016 (Urk. 4) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 5. Dezember 2016 zur Kenntnis gebracht (Urk. 6). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen, insbesondere das polydisziplinäre Y. ___- Gutachten vom 31. Dezember 2015 (Urk. 5/57), davon aus, es sei nicht nachvollziehbar, wieso der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit als Pflegedienstleiterin nicht mehr zumutbar sei. Aus psychiatrischer Sicht sei eine in Remission befindliche Depression vom Begriff her nicht lang andauernd, ebenso seien keine körperlichen Beschwerden vorhanden, die objektiv nachweisbar wären. Überdies verfüge die Beschwerdeführerin über zahlreiche Ressourcen (S. 1 f.).

In der Beschwerdeantwort vom 24. November 2016 (Urk. 4) führte die Beschwerdegegnerin ergänzend aus, zwar hätten die Gutachter aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer letzten Tätigkeit als Pflegefachfrau in Leitungsfunktion verneint, die diagnostizierten psychischen Störungen seien aber aus rechtlicher Sicht und gerade auch mit Blick auf die vorhandenen Ressourcen der Beschwerdeführerin nicht invalidisierend (S. 1 f.).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte in ihrer Beschwerde (Urk. 1) demgegenüber im Wesentlichen geltend, gemäss Gutachten bestehe für ihre Tätigkeit in einer Leitungsfunktion als Pflegefachfrau eine vollständige Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit. Für Verweistätigkeiten, die einfache, klar strukturierte pflegerische Aufgaben beinhalteten, bestehe eine 80%ige Leistungsfähigkeit in einem 100%-Pensum (S. 4 f.). Hinsichtlich eines Einkommensvergleiches sei von einem Valideneinkommen von Fr. 103'669.-- auszugehen, welches jedoch auf ein 100%-Pensum hochzurechnen sei, was ein bereinigtes Valideneinkommen von Fr. 129'586.25 ergebe. Das Invalideneinkommen sei gestützt auf die Tabellenlöhne zu ermitteln. Unter Berücksichtigung eines Leidensabzuges von 10 % errechne sich ein Einkommen von Fr. 38'730.--, womit ein Invaliditätsgrad von 70 % resultiere, mithin ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente (S. 9 f.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin verhält und ob in diesem Zusammenhang von einem invalidisierenden Gesundheitsschaden ausgegangen werden kann, welcher Anspruch auf eine IV-Rente begründet. 3. 3.1

Med. pract. A.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte mit Bericht vom 4. September 2014 (Urk. 5/7) der seit 14. November 2013 bei ihr in Behandlung stehenden Beschwerdeführerin eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) bei der Differentialdiagnose (DD) rezidivierende Störung (ICD-10 F33; mindestens zwei frühere depressive Phasen im jüngeren Erwachsenenalter) sowie zwanghafte Persönlichkeitszüge (Ziff. 2). Unter antidepressiver Medikation und regelmässigen psychotherapeutischen Gesprächen sei es im Laufe der ersten Monate zu einer Besserung, bis jetzt aber nicht zu einer vollständigen Remission der depressiven Symptomatik gekommen. Ab Mitte Februar 2014 habe die Beschwerdeführerin ihre Arbeit in der Pflegedienstleistung eines Alters- und Pflegeheims schrittweise wiederaufgenommen, bekunde aber Schwierigkeiten vor allem mit administrativen Aufgaben, die sie wegen der kognitiven Probleme nur mit Mühe bewältigen könne. Gegenwärtig sei sie wieder zu 50 % ihres ursprünglichen 80%-Pensums tätig (Ziff. 6 f.). 3.2

Mit Bericht vom 12. November 2014 (Urk. 5/14) zuhanden der Beschwerdegegnerin nannte med. pract. A.____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) mit Beginn Herbst 2013, retrospektiv eventuell schon zwei Jahre zuvor erste Anzeichen einer psychischen Verschlechterung; unter medizinischer und psychotherapeutischer Behandlung nur unvollständige Remission bei Differentialdiagnose rezidivierende depressiver Störung - zwanghafte Persönlichkeitszüge Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit attestierte sie der Beschwerdeführerin eine maximale Arbeitsfähigkeit von 50% des früheren 80%-Pensums in angepasster Tätigkeit. Ideal wäre ein Betrieb mit klaren Strukturen, Transparenz, klaren Verantwortlichkeiten sowie ruhigem Arbeitsplatz (Ziff. 1.7). 3.3

Hausärztin Dr. med. B.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, berichtete der Beschwerdegegnerin am 12. Januar 2015 (Urk. 5/20). Die Beschwerdeführerin leide hauptsächlich an einer Erschöpfungsdepression (Erstdiagnose 29. Oktober 2013) und an einer erosiven Supraspinatustendinopathie der linken Schulter seit 2013 (Ziff. 1.1). Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin aufgrund der aktuellen Einschränkung durch die Schulterproblematik halbtags bis maximal zu 50 % (sie arbeite seit 1. November 2013 in einem 50%-Pensum, was 40 % bei einem 80%-Pensum ergebe) zumutbar (Ziff. 1.7). Mittels schulterspezifischen Massnahmen und Weiterführung der psychiatrischen Behandlung könne das Arbeitspensum gesteigert werden (Ziff. 1.8). 3.4

Zwecks neuropsychologischer Evaluierung der kognitiven Störungen (Merkfähigkeit, Vergesslichkeit, Verlangsamung) wurde die Beschwerdeführerin am 4. Mai 2015 in der Klinik für Neurologie am C.____ untersucht. Die Ärzte hielten in ihrem Bericht vom 4. Mai 2015 (Urk. 5/28/2-4) fest, dass in der formalen neuropsychologischen Untersuchung vorwiegend Beeinträchtigungen in attentionalen und exekutiven Funktionen in leichter bis mittlerer Ausprägung, welche die kognitive Umstellfähigkeit und Flexibilität, die selektive und geteilte Aufmerksamkeit, die verbauditive Erfassungsspanne sowie die

Arbeitsgedächtniskapazität umfassten, ergäben. Das Gedächtnis für nonverbale Informationen falle leichtgradig vermindert aus, was teilweise mit der vorbestehenden Schwäche für figürliches Material im Zusammenhang stehe. Im Verhalten werde eine leicht reduzierte Stresstoleranz beobachtet. Eine kognitive oder psychomotorische Verlangsamung könne dahingehend nicht konstatiert werden. Vom klinischen Eindruck wirke die Beschwerdeführerin dysthym, eine depressive Verstimmung werde anamnestisch jedoch verneint. Aus neuropsychologischer Sicht erscheine eine Tätigkeit im Rahmen der Seniorenbetreuung sinnvoll. Aufgrund der grundsätzlich guten Lernfähigkeit sähen sie durchaus auch Erfolgsmöglichkeiten in einem PC Anwender-Training (S. 3). 3.5

Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie, berichtete am 11. Juni 2015 (Urk. 5/31) über seine am 29. Mai und 16. Juli 2015 durchgeführte Untersuchung. Er nannte folgende Diagnosen (S. 1): - leichte bis mittlere Beeinträchtigung in attentionalen und exekutiven Funktionen (neuropsychologische Untersuchung vom 4. Mai 2015 am C.____ mit unklarer Pathogenese; DD im Rahmen einer Erschöpfungsdepression) - keine klinischen Hinweise für systemdegenerative Erkrankung vom Parkinson-Typ - multiple kleinfleckige Gliosen in der Gehirn-Resonanztomographie (MRT) vom 3. Juni 2015 bei arterieller Hypertonie (manifestiert seit zirka 2009) - diskrete atheromatöse Veränderungen an der Arteria carotis interna rechts, klinisch asymptomatisch Dr. D.____ konnte aus klinisch neurologischer Sicht für die geschilderten Beschwerden keine korrelierenden Befunde erheben. Zwar würden die berichteten Beschwerden sehr gut mit den Befunden, die in der ausführlichen Untersuchung am C.____ vom 4. Mai 2015 beschrieben worden seien, übereinstimmen. Eine Bewegungsstörung liege aktuell sicher nicht vor. Aus neurologisch-somatischer Sicht inklusive der Bildgebung sei kein Hinweis für eine systemdegenerative Erkrankung vorhanden. Als Nebenbefund habe er eine minimale Ptosis rechts und eine Myosis entsprechend einem minimalen Horner-Syndrom ohne bildgebendes Korrelat gefunden. Der Befund sei aber minimal und werde subjektiv nicht wahrgenommen. Die multiplen kleinfleckigen Gliosen würden in keiner Art und Weise zu den neuropsychologischen Befunden korrelieren und seien am ehesten im Zusammenhang mit der arteriellen Hypertonie zu erklären (S. 1 unten). 3.6

Im am 31. Dezember 2015 erstatteten polydisziplinären Gutachten der Ärzte des Y.____ (Urk. 5/57) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 19 Ziff. 6.1): - in Remission befindliche mittelgradige depressive Episode mit Somatisierung bei rezidivierender depressiver Störung (ICD-10 F33.1) - Burn-out-Syndrom bei akzentuierten Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1) - leichte neurokognitive Defizite und Fatigue-Symptomatik (ICD-10 F06.7) - a.e. im Rahmen der psychiatrischen Diagnosen - DD: im Rahmen der subkortikalen arteriosklerotischen Enzephalopathie - häufig auftretender episodischer Kopfschmerz vom Spannungstyp Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter eine arterielle Hypertonie (seit 2009 medikamentös behandelt), anamnestisch eine Obstipation bei Hämorrhoidalleiden, eine unspezifische chronisch rezidivierende Leukopenie, eine kontrollbedürftige grenzwertige Hypothyreose, ein Pruritus bei unklarer Dermatitis, ein Schulter-Impingement nach Zustand nach subacromialer Infiltration im Januar 2015 (S. 19 Ziff. 6.2). Die Gutachter führten in ihrer Gesamtbewertung aus, anlässlich der Untersuchung habe für die Beschwerdeführerin ein Hautausschlag an den Extremitäten im Vordergrund gestanden, weswegen sie eine Lichttherapie erhalte. Ausserdem habe sie über Schmerzen im Bereich der linken Schulter geklagt, wobei sich nach einer Kortison-Infiltration eine Besserung

abgezeichnet habe. Bei der internmedizinischen Untersuchung sei der Blutdruck nicht im optimalen therapeutischen Bereich gemessen worden, obwohl die Beschwerdeführerin seit Jahren mit dem verordneten Medikament gut zu Recht komme. Zum Ausschluss einer systemischen Grunderkrankung sei noch die Immunelektrophorese angefordert worden, wobei im Ergebnis kein pathologischer behandlungsbedürftiger Befund habe erhoben werden können (S. 20 f.).

Bei der psychiatrischen Untersuchung sei aktuell eine Remission der vordiagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode festzustellen, wahrscheinlich durch die regelmäßige psychiatrische Behandlung und durch das verordnete Trittico. Ein vordiagnostiziertes Burnout-Syndrom bei akzentuierten Persönlichkeitszügen sei nachvollziehbar, allerdings seien gegenwärtig nur noch Residualsymptome vorhanden (S. 21 Mitte).

Bei der neuropsychologischen Untersuchung seien die Testergebnisse insgesamt als alters- und bildungsentsprechend bei einer durchschnittlich intelligent einzustufenden Beschwerdeführerin zu sehen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung hätten sich diskrete Beeinträchtigungen der kognitiven Leistungsfähigkeit, vor allem im Bereich der Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit als neurokognitive Begleiterscheinungen einer affektiven Störung zu interpretieren seien, gezeigt. Die neuropsychologischen Minderleistungen seien gesamthaft als leichtgradig eingestuft worden. Es bestünden insbesondere Schwierigkeiten in der Bearbeitung von komplexen flexibilitätserfordernden Aufgaben (S. 21 unten).

Bei der neurologischen Untersuchung seien die geklagten Schulterschmerzen links, die Spannungskopfschmerzen und die Gesichtsfeldstörungen gewürdigt worden. Es könne bei normalem Augenarztbefund eine maximal 10%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden, da eine leichte Gesichtsfeldeinschränkung durch die Schlupflider zu berücksichtigen sei. Arbeiten über Kopf seien aufgrund der geklagten Schulterschmerzen links nicht möglich, allerdings sei ein painful arc in der Untersuchung nicht nachweisbar gewesen (S. 21 am Schluss).

Zusammenfassend sei aus gesamtgutachterlicher Sicht für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Leiterin eines Altenpflegeheims aufgrund der erhöhten Vulnerabilität für ein erneutes Auftreten einer depressiven Episode von keiner Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auszugehen (S. 21 Mitte und S. 22 oben). In einer körperlich leichten Verweistätigkeit ohne Über-Kopf-Arbeit und mit klar strukturierten Aufgaben sei die Beschwerdeführerin grundsätzlich in einem vollzeitigen Pensum zu 80 % leistungsfähig. Retrospektiv betrachtet bestehe eine Arbeitsunfähigkeit seit November 2013 zu 50 %, wobei sich mittlerweile eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ergeben habe, spätestens seit dem Gutachtensdatum bestehe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit, wobei diese binnen sechs Monaten erreicht werde (S. 22 Mitte).

Zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei die begonnene psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung fortzusetzen. Die aktuelle Medikation scheine ausreichend, zumal sie zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation beigetragen habe (S. 22 unten). 3.7

Am 22. Juni 2016 (Urk. 5/73) nahm die Leitung des Y. ___ Stellung zur Rückfrage der Beschwerdegegnerin. Bei bekannter Diagnose wurde nochmals – näher ausgeführt – dargelegt, weshalb aus psychiatrischer Sicht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin für eine Leitungsfunktion als Pflegefachfrau bestehe. Dies auch

aufgrund der Schwierigkeiten in der Bearbeitung von komplexen flexibilitätserfordernden Aufgaben (S. 1 f.). 3.8

Privatdozent Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, erachtete in seiner Stellungnahme vom 19. Januar 2016 das Y.____-Gutachten als beweistauglich. Es sei ein namhafter Gesundheitsschaden ausgewiesen (Urk. 5/76/4).

RAD-Ärztin Dr. med. F.____, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, führte in ihrer Stellungnahme vom 25. Juli 2016 aus, dass keine Diagnosen mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen seien. Es bestehe aber aufgrund von neuropsychologischen Defiziten eine verminderte Leistungsfähigkeit für Aufgaben, die ein erhöhtes Mass an Flexibilität erfordern würden (Urk. 5/76/5). 4. 4.1

Das Y.____-Gutachten (vgl. vorstehend E. 3.6) beruht auf für die strittigen Belange umfassenden Untersuchungen und berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden in angemessener Weise. Sodann wurde es in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung.

Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. Es ist für die Beantwortung der Fragen umfassend und erfüllt die praxisgemässen Kriterien (vgl. vorstehend E. 1.4) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann. 4.2

Diagnostisch stimmen sämtliche Arztberichte mit dem Y.____-Gutachten weitgehend überein. Demnach litt die Beschwerdeführerin seit Herbst 2013 hauptsächlich an einer nunmehr in Remission befindlichen mittelgradigen depressiven Störung (vgl. vorstehend E. 3.2, E. 3.6) und weist leichte neurokognitive Defizite auf. Aufgrund der Vorbringen der Beschwerdegegnerin ist in medizinischer Hinsicht einzig strittig, ob die bisherige Tätigkeit der Beschwerdeführerin mit dem aus Gutachtersicht noch zumutbaren Tätigkeitsprofil vereinbar ist, beziehungsweise ob aufgrund der Gutachtenergebnisse aus versicherungsmedizinischer Sicht auf eine Einschränkung mit dauerhafter Auswirkung geschlossen werden kann.

Die Beschwerdegegnerin räumte zwar ein, dass aufgrund von neuropsychologischen Defiziten für Aufgaben, die ein erhöhtes Mass an Flexibilität erforderten, eine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe, hielt aber dennoch fest, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege (vgl. vorstehend E. 3.8; vgl. Urk. 4 Ziff. 4). Die Y.____-Gutachter erachteten die Beschwerdeführerin sowohl aus somatischer wie auch aus psychiatrischer Sicht als zu 20 % arbeitsunfähig, wobei die Arbeitsfähigkeit speziell für leitende Tätigkeiten unabhängig von der Arbeitsstelle als dauerhaft nicht mehr gegeben einzustufen sei (vgl. vorstehend E. 3.6 f.). 4.3

Das Bundesgericht hat mit den Urteilen vom 30. November 2017 (8C_841/2016 und 8C_130/2017) seine Praxis zur Beurteilung des Anspruchs auf eine IV-Rente bei psychischen Leiden geändert. Die für somatoforme Schmerzstörungen entwickelte Rechtsprechung, wonach in einem strukturierten Beweisverfahren anhand von Indikatoren die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der betroffenen Person zu ermitteln ist, findet künftig auf sämtliche psychischen Erkrankungen Anwendung (vgl. vorstehend E.

1.2).

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindern der äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzu schätzen (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).

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4):

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Dabei ist das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs (wiederum) so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern. Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex "Gesundheitsschädigung") auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarer Weise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

Die Gutachter führten anhand der bundesgerichtlichen Standardindikatoren eine Bewertung der diagnostizierten Leiden der Beschwerdeführerin durch (Urk. 5/57 S. 23 f. Ziff. 7.8). In Bezug auf den funktionellen Schweregrad legten sie dar, dass die Beschwerdeführerin aus gesamtmedizinischer Sicht zu 20 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Die Beschwerdeführerin sei ungeeignet für jegliche Tätigkeit mit vermehrter Verantwortungsübernahme oder Anforderung an Flexibilität, Zeit- und Leistungsdruck (S. 23 Ziff. 2). Bezüglich des Indikators Persönlichkeit legten die Gutachter dar, dass die bei der Beschwerdeführerin bestehenden akzentuierten Persönlichkeitszüge den Umgang mit dem Gesundheitsschaden erschwerten, die Beschwerdeführerin sich mittlerweile wieder gefangen habe, was sich unter anderem auch aus dem Tagesablauf ableiten lasse (S. 24 Ziff. 4). Relevante Kontextfaktoren durch familiäre Belastungen, insbesondere die demenzielle Erkrankung ihres Vaters, der 2014 verstorben sei, hätten aufgrund der grossen Belastung zu einem verfestigten Krankheitsbild geführt, welche durch leitliniengerechte Therapie habe deutlich verbessert werden können (S. 23 Ziff. 3). In der Kategorie Konsistenz wiesen die Gutachter darauf-hin, dass die geklagten Beschwerden aufgrund

ihrer Untersuchungen nachvollziehbar gewesen seien und dass sich keine Aggravation hätte ableiten lassen (S. 24 Ziff. 5). 4.4

Das von den Y.____-Gutachtern anhand eines strukturierten, normativen Prüfrasters beurteilte tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin von 80 % in angepasster Tätigkeit – insbesondere auch mit Berücksichtigung der neurologischen und neuropsychologischen Beeinträchtigungen und mit Blick auf die Konsistenz – ist nachvollziehbar und vermag zu überzeugen. Dementsprechend kann auf die Argumentation der Beschwerdegegnerin, wonach gemäss der - nun überholten - Rechtsprechung leichte bis mittelgradige depressive Störungen in der Regel als therapeutisch angehebbar gelten und zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen (vgl. Urk. 4 S. 2), nicht abgestellt werden. Ein Leiden als leicht einzustufen, weil diagnostisch kein Bezug zum Schweregrad desselben gefordert ist und ihm bereits deshalb eine versicherungsrrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abzusprechen, geht fehl (vgl. E.

5.2.2 von 8C_130/2017). Im psychiatrischen Fachgutachten vom 1. November 2015 (Urk. 5/57/35-43) eignet sich die Diagnose in Remission befindliche, mittelgradige depressive Episode mit Somatisierung bei rezidivierender depressiver Störung zwar nicht als Schweregradindikator, jedoch zeigt sich die Schwere der Störung gemäss Y.____-Gutachten in ihren funktionellen Auswirkungen. Der Fachgutachter hat eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert und ausgeführt, dass es sich um ein verfestigtes Krankheitsbild gehandelt habe, welches sich zwar gebessert habe, die Beschwerdeführerin jedoch unter Beibehaltung der Medikation weiterhin in psychiatrischer- und psychotherapeutischer Behandlung stehe und diese auch aufgrund von Restbeschwerden bedürfe (S. 8

f.). Ausserdem seien Tätigkeiten mit vermehrter Verantwortungsübernahme oder Anforderungen an Flexibilität, Zeit- und Leistungsdruck ungeeignet (S. 9). Zu Recht wies die Beschwerdegegnerin jedoch auf vorhandene Ressourcen und die Tatsache, dass es sich um eine remittierende psychische Erkrankung handelt (vgl. Urk. 4 S. 2 mit Verweis auf Urk. 5/57/11), hin, womit die 20%ige psychisch-bedingte Einschränkung insgesamt eher zu Gunsten der Beschwerdeführerin auszufallen scheint, letztlich aber im beschriebenen Kontext und auch aufgrund der noch vorhandenen Residualsymptome als nachvollziehbar erscheint. Zwar werden die kognitiven Einschränkungen im neuropsychologischen Fachgutachten (Urk. 5/57/52-68) als leichtgradig eingestuft, aber es wurden dennoch apparente Beeinträchtigungen der kognitiven Leistungsfähigkeit festgehalten. Ausserdem begründete der begutachtende Arzt nachvollziehbar, dass ebenfalls eine Minderfunktion von Energie, Antrieb, Aufmerksamkeit und Gedächtnis vorliegt, womit eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ausgeschlossen wurde (S. 16 f.). Schliesslich wurde im neurologischen Fachgutachten vom 28. Oktober 2015 (Urk. 5/57/44-51) eine 10%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert und diese mit Gesichtsfeldstörungen, Kopfschmerzen und Schulterschmerzen links begründet (S. 8).

Nach dem Gesagten ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin ihre bisherige – mit gesundheitlichen Unterbrechungen bis Ende September 2014 ausgeübte Tätigkeit als Pflegefachfrau in leitender Funktion – zurzeit nicht mehr zumutbar ist, sie jedoch in einer angepassten Tätigkeit sowie auch in der angestammten Tätigkeit ohne Führungsaufgaben seit spätestens Dezember 2015 zu 80 % arbeitsfähig ist. Ausgangsgemäss kann jedoch letztlich offen gelassen werden, ob die angestammte Tätigkeit noch zumutbar ist, da auch unter Berücksichtigung der gutachterlich attestierten Arbeitsunfähigkeit kein Rentenantrag resultiert. 5. 5.1

Zu prüfen sind schliesslich die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Einschränkung. Aufgrund der Erwerbsbiographie ist die Beschwerdeführerin als Teilerwerbstätige ohne anerkannten Aufgabenbereich zu qualifizieren, weshalb vorliegend die Methode des Einkommensvergleichs anwendbar ist, um den Invaliditätsgrad zu ermitteln (BGE 142 V 290 E. 5, BGE 131 V 51 E. 5.1.2). 5.2

Das Bundesgericht hat mit BGE 142 V 290 seine Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Teilerwerbstätigen dahingehend geändert, dass bei teil erwerbstätigen Versicherten ohne Aufgabenbereich die anhand der Einkommensvergleichsmethode (Art. 16 ATSG) zu ermittelnde Einschränkung im allein versicherten erwerblichen Bereich proportional – im Umfang der hypothetischen Teilerwerbstätigkeit – zu berücksichtigen ist. Der Invaliditätsgrad entspricht der proportionalen Einschränkung im erwerblichen Bereich und kann damit den versicherten Bereich, welcher durch das hypothetische Teilzeitpensum definiert wird, nicht übersteigen. Denn andernfalls könnte ein das hypothetische erwerbliche Pensum übersteigender Invaliditätsgrad resultieren, womit indirekt unzulässigerweise eine Einschränkung in den weder Erwerbs- noch Aufgabenbereich darstellenden, nicht versicherten Freizeitaktivitäten mitabgegolten würde (E. 7.3).

5.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener 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). 5.4

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

5.5

Die Beschwerdeführerin war zuletzt von Januar 2007 bis 31. März 2015 in der Funktion Pflegefachfrau mit besonderen Aufgaben, namentlich in pflegerischen Belangen mit Heimleiterfunktion, beim Zweckverband Alterswohnraum G.____, angestellt, wobei der letzte Arbeitstag am 1. Oktober 2014 war. Während dieser Zeit war sie in einem Pensum von 80 % tätig (Urk. 5/15, Urk. 5/62, vgl. auch Urk. 5/3 S. 1 Ziff. 3). Es rechtfertigt sich

deshalb, für die Ermittlung des Valideneinkommens vom letzten erzielten Lohn auszugehen, welcher im Jahr 2014 monatlich Fr. 6'100.-- zuzüglich 13. Monatslohn (Urk. 5/15 S. 3 Ziff. 2), mithin Fr. 79'300.-- betrug (vgl. auch IV-Anmeldung vom 29. Oktober 2014, Urk. 5/9 Ziff. 5.4). Aufgrund des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin keinen anerkannten Aufgabenbereich (vgl. Art. 27 IVV) ausweisen kann und seit mindestens 2007 ohne Angaben von Gründen in einem Teilzeiterwerbsum tätig ist, ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin freiwillig einer Teilerwerbstätigkeit nachgegangen ist, womit sie nach der gültigen Rechtsprechung als 80 % Erwerbstätige, jedoch ohne Aufgabenbereich, zu qualifizieren ist.

Die Beschwerdeführerin hätte gemäss Arbeitsvertrag bei guter Gesundheit im Jahr 2014 ein jährliches Einkommen von rund Fr. 79'300.-- erzielt. Dem Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug, Urk. 5/59) lässt sich hingegen entnehmen, dass die Beschwerdeführerin im Jahr 2011 Fr. 109'424.--, im Jahr 2013 Fr. 100'930.-- und im Jahr 2013 Fr. 98'195.-- verdient hatte, somit durch durchschnittlich rund Fr. 102'847.--. Dies mag mit regelmässig geleisteten Überstunden und/oder Nacht- sowie Feiertagszuschläge erklärbar sein, wobei festzustellen ist, dass sich diese Zuschläge während den letzten drei Jahren stetig verminderten, weshalb es zum Vorteil der Beschwerdeführerin gereicht, vorliegend auf ein Valideneinkommen von rund Fr. 102'847.-- abzustellen, ein Einkommen, welches fast ein Drittel über dem gemäss Arbeitsvertrag erzielbaren Jahreseinkommen liegt.

Nicht gefolgt werden kann der Ansicht der Beschwerdeführerin gestützt auf ein Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons H., das Valideneinkommen auf ein 100%-Pensum aufzurechnen (vgl. Urk. 1 S. 7 f.), da die Beschwerdeführerin – wie ausgeführt – freiwillig zugunsten mehr Freizeit auf ein Vollzeit erwerbsum verzichtet hat und zum Beurteilungszeitpunkt BGE 142 V 290 Geltung hatte (vgl. auch vorstehend E. 5.2). 5.6

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; BGE 129 V 472 E. 4.2.1; BGE 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (Urteile des Bundesgerichts 9C_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2, 8C_78/2015 vom 10. Juli 2015 E. 4 und 9C_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.2; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.8.1 und BGE 133 V 545 E. 7.1). Der Bezug der Lohnstatistik erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7; BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, IVG, 3. Aufl., N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). 5.7

Der Beschwerdeführerin ist die angestammte Tätigkeit als Pflegefachfrau mit Leitungsfunktion zum Beurteilungszeitpunkt nicht mehr zumutbar, Tätigkeiten im allgemeinen Pflegeberuf hingegen in einem Pensum von 80 %. Für die Ermittlung des Invalideneinkommens rechtfertigt es sich deshalb, auf den standardisierten Durchschnittslohn für Tätigkeiten im Sektor Dienstleistungen, Gesundheits- und Sozialwesen, gemäss LSE abzustellen.

Das im Jahr 2014 von Frauen im Durchschnitt für Tätigkeiten im Sektor Dienstleistungen, Gesundheits- und Sozialwesen, erzielte Einkommen ohne Kaderfunktion betrug pro Monat

Fr. 5'669.-- (LSE 2014, Tabellengruppe T1_b, Monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszeigen, beruflicher Stellung und Geschlecht, Privater und öffentlicher Sektor, Unterstes Kader, Total Frauen), mithin Fr. 68'028.-- pro Jahr (Fr. 5'669.-- x 12). Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2014 von 41.7 Stunden (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen total sowie auch nach dem Wirtschaftszweig Heime, herausgegeben vom Bundesamt für Statistik, T03.02)

ergibt dies ein Invalideneinkommen bei einem noch möglichen Pensum von 80 % von rund Fr. 56'736.-- für das Jahr 2014 (Fr. 68'028.-- : 40 x 41.7 x 0.8).

Die gesundheitlichen Einschränkungen wurden bereits bei der Festsetzung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ausreichend berücksichtigt. Namentlich wurde im Y.____-Gutachten die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit unter anderem auch mit einer reduzierten Belastbarkeit, Einbussen in kognitiven Fähigkeiten und mit dem Verlust von Tätigkeiten mit Flexibilitäts-, Zeit- und Leistungsdruck begründet. Ein weitergehender Einbezug der gesundheitlichen Einschränkungen mittels eines beschwerdeweise beantragten 10%igen Abzugs vom Tabellenlohn (vgl. Urk. 1 S. 8) würde somit eine unzulässige doppelte Berücksichtigung darstellen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_678/2015 vom 9. Juni 2016 E. 5.6 mit Hinweis), weshalb vorliegend kein Leidensabzug zu gewähren ist. 5.8

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 102'847.-- mit dem Invalideneinkommen von rund Fr. 56'736.-- ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 46'111.-- und damit einen (ungewichteten) Invaliditätsgrad von rund 45 %. Da die Beschwerdeführerin als Teilerwerbstätige in einem Pensum von 80 % ohne Aufgabenbereich zu qualifizieren ist, ist der ermittelte Invaliditätsgrad proportional um den Faktor des Pensums zu gewichten (vgl. vorstehend E. 5.2), was einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von rund 36 % ergibt (45 % x 0.8). Folglich hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Rente. 5.9

Soweit die Beschwerdeführerin den Schluss zieht, das fortgeschrittene Alter und die gesundheitlichen Einschränkungen liessen die Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als nicht mehr verwertbar erscheinen, womit eine vollständige Erwerbsunfähigkeit und damit ein Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung bestehe (Urk. 1 S. 9 f), kann ihr nicht gefolgt werden.

Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auch in einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr nachgefragt würde. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den konkreten Umständen ab. Zu denken ist zunächst an die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, angesichts der beschränkten verbleibenden Aktivitätsdauer sodann namentlich an den absehbaren Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch an die Persönlichkeitsstruktur, an vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, die Ausbildung, den beruflichen Werdegang oder an die Möglichkeit, Berufserfahrung anzuwenden (Urteile des Bundesgerichts 9C_118/2015 vom 9. Juli 2015 E. 2.1 und

E. 2.4

mit Hinweisen).

Die am 23. Februar 1959 geborene Beschwerdeführerin war im Zeitpunkt der Y.____-Expertise vom 31. Dezember 2015 56 Jahre und zehn Monate alt, womit bis zur regulären Pensionierung noch eine Restaktivitätsdauer von sieben Jahren und zwei Monaten verbleibt. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin bislang auf dem Arbeitsmarkt integriert war und angesichts der 80%igen Restarbeitsfähigkeit auch im angestammten Bereich ohne Führungsfunktion, der gesammelten Erfahrungen im Pflegebereich sowie der beruflichen Qualifikationen und den vorhandenen Ressourcen ist nicht ersichtlich, dass die der Beschwerdeführerin verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischer Weise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung nicht mehr zumutbar ist. 5.10

Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung im Ergebnis zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 8 00.-- 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. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

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

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

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

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

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).

E. 9

C_427/2010 vom 14. Juli 2010 E.

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