

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01222 vom 5. Januar 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-01-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.01222](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01222)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01222 du 5 janvier 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01222 del 5 gennaio 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Y.\_\_\_\_, geboren 1960, ist ausgebildete Modedesignerin (Urk. 7/1 Ziff. 5.3), arbeitete jedoch zuletzt in den Jahren 2012 und 2013 in einem Pensum von 100 % als Reinigungsangestellte (Urk. 7/1 Ziff. 5.4). Am 23. Juni 2014 meldete sie sich unter Hinweis auf verschiedene Beschwerden bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/1 Ziff. 6.2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und holte beim Universitätsspital Z.\_\_\_\_, ein bidisziplinäres Gutachten ein, welches am 11. Juli 2016 erstattet wurde (Urk. 7/53).

Am 20. Juli 2016 meldete sich die Versicherte zum Bezug von Hilflosenentschädigung an (Urk. 7/59), worauf sie am 6. September 2016 von einer Fachperson zu Hause besucht wurde (Bericht vom 6. September 2016; Urk. 7/69).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren betreffend Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 7/21, Urk. 7/29, Urk. 7/32, Urk. 7/73) beziehungsweise betreffend Hilflosenentschädigung (Urk. 7/71, Urk. 7/76) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 3. Oktober 2016 einen Anspruch der Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 7/82 = 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**

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

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

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

### **E. 1.3**

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

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 3. November 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 3. Oktober 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei die Angelegenheit zwecks Durchführung weiterer Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-2). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 7. Dezember 2016 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Mit Gerichtsverfügung vom 23. Januar 2017 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 12). Der von der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 24. Februar 2017 (Urk. 14) eingereichte Arztbericht vom 21. November 2016 (Urk. 15) wurde der Beschwerdegegnerin am 28. Februar 2017 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 16). Das Gericht zieht in Erwägung:

- 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin führte in der angefochtenen Verfügung vom 3. Oktober 2016 (Urk. 2) aus, es liege kein Gesundheitsschaden vor, welcher die Erwerbsfähigkeit dauerhaft einschränke, die Leiden seien behandelbar (S. 1). Die vorliegenden Beschwerden würden zudem massgeblich durch psychosoziale Belastungsfaktoren ausgelöst, welche invaliditätsfremd seien und keinen erheblichen Gesundheitsschaden begründen würden. Das interdisziplinäre Gutachten sei schlüssig, darauf könne abgestellt werden. Gemäss dem psychiatrischen Gutachten liege keine authentische, nach ICD-10 diagnostizierbare, psychiatrische Störung vor, die bestehenden Auffälligkeiten seien einer Persönlichkeitsakzentuierung zuzuordnen. Gemäss der rheumatologischen Beurteilung sei die bisherige Tätigkeit in der industriellen Reinigungstätigkeit und der Baureinigung aufgrund der körperlichen Beschwerden ungünstig und derzeit nicht zumutbar. Da leidensangepasste Hilfsarbeiten weiterhin zu 100 % zumutbar seien und genügend Verweistätigkeit bestehen würden, liege jedoch keine erhebliche und dauerhafte Erwerbsunfähigkeit und somit keine Invalidität vor. Die am 12. August 2016 durchgeführte Herzkatheteruntersuchung habe ebenfalls keine neuen, unberücksichtigten Fakten ergeben (S. 2).

## **E. 2.2**

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend, dem Gutachten des Universitätsspitals Z.\_\_\_\_, sei der Beweiswert weitgehend abzusprechen (Urk. 1 S. 4 Ziff. 3). Insbesondere sei auf die Diskrepanz bei der psychiatrischen Beurteilung im Vergleich zu den Feststellungen des Hausarztes und der behandelnden Psychotherapeutin hinzuweisen. Die von den Behandlern gestellte Diagnose einer rezidivierenden Depression mittelgradiger Episode werde vom psychiatrischen Gutachter mit nicht nachvollziehbarer Begründung verworfen. Der Gutachter betone ein ausgesprochen inkonsistentes Verhalten der Beschwerdeführerin, was jedoch nicht nachvollziehbar sei. Die geklagten Beschwerden würden exakt der erhobenen Anamnese und dem geschilderten Beschwerdebild entsprechen (S. 4 Ziff. 4). Die subjektiv gefärbten Ausführungen des Psychiaters würden insbesondere dann nicht ausreichen, wenn es dieser unterlasse, Symptome gemäss den Kriterien nach ICD-10 F33 auszuführen und bezüglich ihres Vorliegens oder Nichtvorliegens im Detail zu erörtern. Die Exploration durch den Gutachter habe sich in einem Gespräch erschöpft, auch weitere testpsychologische Zusatzuntersuchungen seien nicht ersichtlich (S. 5 Ziff. 5). Man habe den Eindruck, dass der Psychiater aus rein subjektiver, aus welchen Gründen auch immer negativ gesonnener Einstellung der Beschwerdeführerin gegenüber einseitig urteile und ihr Verhalten als theatralisch und nicht glaubhaft darstelle, um daraus einen Widerspruch und entsprechende Inkonsistenzen abzuleiten. Das psychiatrische Gutachten sei nicht schlüssig und könne nicht als genügendes Beweismittel angesehen werden (S. 5 Ziff. 6). Der Rheumatologe habe eine Schmerzverarbeitungsstörung vermutet, dennoch lasse das psychiatrische Gutachten entsprechende Klärungen vollständig vermissen (S. 5 Ziff. 7). Das Z.\_\_\_\_-Gutachten sei als Beweismittel untauglich, weshalb sich der gestützt darauf ergangene Entscheid als fehlerhaft erweise. Die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Sache zwecks weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (S. 6 Ziff. 8).

## **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist demnach, ob die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt hat und ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt. 3. 3.1

Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Kardiologie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 7. März 2013 (Urk. 7/5/10-17) insbesondere eine koronare Eingefässerkrankung im Jahre 1997 (S. 1). Das kardiovaskuläre Risiko (persistenter Nikotinabusus, keine Statine bei Hypercholesterinämie) sei seit Jahren ungenügend kontrolliert. Aktuell sei die Beschwerdeführerin ohne verdächtige koronare Symptomatik (S. 2). Wichtig im weiteren Management der koronaren Herzkrankheit sei sicher die aggressive Kontrolle der kardiovaskulären Risikofaktoren. Eine Statinmedikation sei installiert worden und es sei ein Verzicht auf das Rauchen zu fordern (S. 3). 3.2

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Gastroenterologie, hielt am 20. Juni 2014 fest, es hätten nun doch *Helicobacter pylori* nachgewiesen werden können, was einen Teil der geklagten Beschwerden gut erkläre. Er empfehle daher eine Tripeltherapie (Urk. 7/5/8). 3.3

Der Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte in seinem Bericht vom 16. Juli 2014 (Urk. 7/5/1-5) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - Depression - Oligoarthralgien - LWS-Syndrom

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit verwies Dr. C.\_\_\_\_ auf die Stellungnahmen der Spezialisten des Stadtpitals D.\_\_\_\_, Rheumatologie, sowie der behandelnden Psychotherapeutin (Ziff. 1.7). 3.4

In ihrem Bericht vom 7. August 2014 (Urk. 7/7) nannten die Ärzte des Stadtpitals D.\_\_\_\_, Rheumatologie, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - generalisiertes myofasciales Schmerzsyndrom - Oligoarthralgien - DD: psychosomatische Schmerzen - Polyarthrose, DD: chronische Arthritis urica, DD: seronegative Arthritis - Schulter/Ellbogen rechtsbetont, DD: Impingement

Bei der Beschwerdeführerin bestünden ausgeprägte myofasciale Schmerzen para vertebral, aber auch an den Extremitäten. Weiter klagte sie über Muskelschmerzen. Mit einer raschen Restitutio ad integrum sei nicht zu rechnen (Ziff. 1.4). Eine Arbeitsunfähigkeit sei nicht attestiert worden (Ziff. 1.6). Die Beschwerdeführerin stehe unter hochgradiger psychosozialer Belastung, sie sei weinerlich und depressiv, rede nebenher. Aufgrund der starken panvertebralen Schmerzen und auch polyartikulären Schmerzen sei bestenfalls eine leichte körperliche Arbeit zumutbar (Ziff. 1.7). 3.5

Die behandelnde Psychotherapeutin lic. phil. E.\_\_\_\_, Psychologin FSP, nannte in ihrem Bericht vom 30. Dezember 2014 (Urk. 7/12) folgende Diagnosen (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, mittelgradige depressive Episode, aktuell als Folge der schwierigen psychosozialen Situation mit der Eheproblematik mit einem psychisch belasteten und alkoholabhängigen Ehemann - Restless-Legs-Syndrom - chronische Kopfschmerzen

Vom 26. November bis 5. Dezember 2014 sei die Beschwerdeführerin in der Klinik F.\_\_\_\_ stationär behandelt worden (Ziff. 1.3). Sie sei erschöpft, deprimiert, innerlich unruhig, ängstlich und unsicher. Es bestehe ein sozialer Rückzug, sie sei emotional wenig belastbar, leide an Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie Schlafstörungen und unruhigen Beinen (Ziff. 1.4). Die bisherige Tätigkeit sei ihr nicht mehr zumutbar (Ziff. 1.7). Theoretisch würden sich die Einschränkungen durch medizinische Massnahmen vermindern lassen (Ziff. 1.8). Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne aufgrund der gesundheitlichen Situation nicht mehr gerechnet werden (Ziff. 1.9). 3.6

PD Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Gastroenterologie, nannte in seinem Bericht vom 28. August 2015 (Urk. 7/49/1-2) folgende Diagnosen (S. 1): - affektive Störung (Depression?) - Beck depression inventory 29 Punkte - schwere Medikamenteninteraktionsstörung (Verdacht auf extrapyramidale Störungen: Paroxetin, Paspertin, Gabapentin) - Diarrhoe und Erbrechen - bakterielle Dünndarmüberwucherung (SIBO) - hohe Basalwerte im Lactulose-Atemtest - Helicobacter Infektion des Magens

Die Beschwerdeführerin werde seit drei Jahren mit Paroxetin sowie seit einiger Zeit auch Gabapentin behandelt und habe unter diesen zentralnervösen Therapien auch zunehmend gastrointestinale Symptome entwickelt. Er sei überzeugt, dass die Symptome wahrscheinlich interaktiv durch diese Antidepressiva zustande gekommen seien. Der Erfolg der Medikation betreffend psychiatrische Behandlung sei für ihn klar ungenügend. Zudem gebe es Zeichen, dass die Beschwerdeführerin in der aktuellen Wahrnehmung gestört sei (S. 1). Es seien repetitiv somatische Untersuchungen durchgeführt worden, womit eine Entzündung im Gastrointestinaltrakt ausgeschlossen werden könne. In erster Linie sei die psychiatrische Medikation neu einzustellen (S. 1 f.). Derzeit nehme die Beschwerdeführerin fünfzehn Medikamente ein, welche er in dieser Anzahl als klar zu viel ansehe (S. 2). 3.7

Am 22. sowie 31. März 2016 wurde die Beschwerdeführerin im Auftrag der Beschwerdegegnerin durch die Ärzte des Universitätsspitals Z.\_\_\_\_, Ver sicherungsmedizin, bidisziplinär begutachtet. In ihrem Gutachten vom 11. Juli 2016 (Urk. 7/53), für welches sich die Ärzte auf die vorhandenen Akten sowie die eigenen psychiatrischen und rheumatologischen Untersuchungen stützten (S. 2), nannten sie zusammenfassend folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 3 Ziff. 3): - generalisiertes myofasiales Schmerzsyndrom (ICD-10 M79.0) mit/bei - Akzentuierung zervikothorakaler und lumbosakraler Übergang bei Wirbelsäulenfehlhaltung/-fehlform mit linkskonvexer Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule (BWS) - Status nach Kompressionsfraktur BWK8 sowie Verdacht auf lumbo sakrale Übergangsstörung - muskuläre Dysbalance - Periarthropathia humeroscapularis partim ankylosans beidseits, aktu ell keine Impingement-Symptomatik - Somatisierungstendenz bei psychosozialer Konfliktsituation - chronische Zephalgien - Differentialdiagnose (DD): bei Polypharmakologie, zervikogene Genese klinisch im Hintergrund - Schlafstörung bei anamnestisch Restless Legs Syndrom - fremdanamnestisch starkes Schnarchen, DD Schlafapnoesyndrom?

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Ärzte folgende (S. 3 Ziff. 3): - koronare Eingefässerkrankung (1997) - adäquat substituierte Hypothyreose nach Autoimmunthyreopathie - gastroösophagealer Reflux bei Cardiainsuffizienz - Helicobacter-positive Gastritis - Status nach Adnexektomie rechts bei Ovarialzyste 2007 - Status nach Mammareduktionsplastik beidseits 2000

Aus rheumatologischer Sicht bestehe der Verdacht auf eine Schmerz verar-beitungsstörung beziehungsweise eine Somatisierungstendenz, da die klinischen und radiologischen Befunde nicht ohne Weiteres mit den von der Beschwer deführerin geklagten Beschwerden korrelierten und die Gesamtstörung eher ausserhalb des rheumatologischen Fachgebietes zu sehen sei. Allerdings habe in der psychiatrischen Begutachtung keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können, da die Beschwerdeführerin Symptome gezeigt habe, welche aspektmässig an das so genannte Ganser-Syn drom erinnern liessen. So habe die Beschwerdeschilderung und die Beschwerde präsentation eher den Vorstellungen der Beschwerdeführerin darüber entspro chen, wie sich ein psychisch Kranker zu verhalten habe. Besonders auffällig sei dabei die inkomplette Orientierung sowie das Vorbeireden gewesen, wobei auf gefallen sei, dass das abnorme Verhalten durch Interventionen des Untersuchers klar modulierbar gewesen sei. Differentialdiagnostisch müsse auch von einer intendierten Erzeugung an Symptomen ausgegangen werden. Zusammenfassend sei zu konstatieren, dass die Explorandin ein hochgradig inkonsistentes und nicht authentisches Bild während der psychiatrischen Exploration präsentiert habe, was auch zur Beurteilung des Rheumatologen passe, welcher die Haupt problematik ausserhalb des rein rheumatologischen Formenkreises vermute (S. 3 f.).

Aufgrund der muskuloskelettären Beschwerden sei die Beschwerdeführerin für körperliche schwere Tätigkeiten wie in ihrer angestammten Putztätigkeit in der Baureinigung bleibend nicht mehr arbeitsfähig. Begründet werde dies durch das generalisierte myofasiale Schmerzsyndrom. Aus psychiatrischer Sicht würden sich keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ergeben. In den Akten seien aus rheumatologischer Sicht immer nur die klinischen Befunde beschrieben und nie eine Äusserung zur Arbeitsfähigkeit gemacht worden. Deshalb gelte die aktuelle Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit seit dem Datum der rheumatologischen Begutachtung. Aus gesamtmedizinischer

Sicht sei die Beschwerdeführerin in einer leichten Putztätigkeit wie auch in der Haushaltsführung nicht eingeschränkt, für solche Verweistätigkeiten bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Diese Beurteilung gehe alleine auf die rheumatologische Beurteilung zurück, aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung für allfällige Verweistätigkeiten (S. 4).

Bezüglich medizinischer Massnahmen hielten die Ärzte fest, seitens des Bewegungsapparates sei von primär passiven physiotherapeutischen Interventionen kein positiver Einfluss auf das bestehende Schmerzbild zu erwarten. Empfehlenswert seien primär aktive, in Eigeninitiative durchgeführte Bewegungstherapien mit Ziel allgemeiner Rekonditionierung und Kräftigung der rumpfstabilisierenden Muskelgruppen zur Haltungskorrektur. Aus psychiatrischer Sicht könnten keine Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit genannt werden, da keine psychiatrischen Diagnosen gestellt worden seien (S. 4 f.). 3.8

Der verantwortliche Arzt des H. \_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 15. August 2016 neben der bekannten koronaren Eingefässerkrankung extrakardiale Thoraxschmerzen (Urk. 7/66 S. 1). Die Koronarangiographie habe keine behandlungsbedürftigen Stenosen ergeben. Es bestehe eine diffuse, jedoch nicht stenosierende Koronarsklerose. Ein eindeutiges angiographisches Korrelat für die nachgewiesene, kleine Ischämie im MRI habe nicht festgestellt werden können (S. 2). 3.9

Nach einem plötzlich aufgetretenen Bewusstseinsverlust nannten die Ärzte der Notfallstation des Stadtspitals D. \_\_\_ Zürich in ihrem Bericht vom 5. September 2016 (Urk. 7/74/9-10) folgende Diagnosen (S. 1): - Synkope unklarer Genese mit konsekutiver Aphasie und Beinschwäche beidseits - Polypharmazie - koronare Eingefässerkrankung - Asthma bronchiale - substituierte Hypothyreose bei Status nach Hashimoto Thyreoiditis - Verdacht auf Fibromyalgiesyndrom - Restless-legs Syndrom - chronische Sinusitis

In der Notaufnahme habe sich die Beschwerdeführerin mit normwertigen Vitalzeichen, initial partiell desorientiert sowie in leicht reduziertem Allgemeinzustand präsentiert. Die neurologischen Symptome der Beschwerdeführerin hätten sich im Verlauf vollständig zurückgebildet (S. 2). 3.10

Am 6. September 2016 wurde die Beschwerdeführerin von einer Abklärungsperson der Beschwerdegegnerin zu Hause besucht. In ihrem Abklärungsbericht für Hilfenentschädigung für Erwachsene vom 6. September 2016 führte die Abklärungsperson aus, die Beschwerdeführerin sei in allen invalidenversicherungspflichtigen Bereichen selbständig. Es bestehe keine Hilflosigkeit im Sinne des Gesetzes (Urk. 7/69 S. 6). 3.11

In ihrem Abschlussbericht vom 12. Oktober 2016 (Urk. 7/91/6-8) nannte die verantwortliche Physiotherapeutin des J. \_\_\_, Physiotherapie Ergotherapie, folgende Diagnosen (S. 1 f.): - chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom - chronisches myofaszielles Schmerzsyndrom - koronare Eingefässerkrankung - Osteoporose - Restless-legs Syndrom, DD: medikamentös induziert - Status nach Schwindelanfall und Sturz bei Vertebralstenose C3/4 im März 2016

Aus physiotherapeutischer Sicht würden sich die Beschwerden aufgrund der schmerzbedingten Schonhaltung und daraus resultierender Fehl- und Überbelastung der aktiven und passiven Strukturen teilweise erklären lassen. Als bei tragender Faktor könne

eine zentrale Komponente nicht ausgeschlossen werden. Unter der stationären Therapie hätten die Schmerzen subjektiv um 50 % verbessert werden können, objektiv habe die Trainingsbelastung um 200 % und die Beweglichkeit der LWS in Flexion um 32 cm gesteigert werden können (S. 2). Die ambulante Physiotherapie im Sinne eines multidisziplinären Settings mit dem Ziel der Rekonditionierung und Aufbau der Stabilität der LWS-Extension sei weiterzuführen (S. 3). 3.12

Nach einer Hospitalisation vom 5. bis 15. Oktober 2016 im J.\_\_\_\_, Klinik für Rheumatologie, nannten die Ärzte in ihrem Bericht vom 19. Oktober 2016 (Urk. 7/96) im Wesentlichen folgende Diagnosen (S. 1 f.): - chronisches panvertebrales und generalisiertes myofasciales Schmerzsyndrom - Vitamin B12-Mangel - Status nach Synkope unklarer Genese mit konsekutiver Aphasie und Beinschwäche beidseits am 5. September 2016 - Osteoporose - substituierte Hypothyreose nach teil- oder partieller Thyreoidektomie - Arthrose der Hände - beginnende Coxarthrose beidseits - beginnende Femoropatellararthrose rechts - Senk-Spreizfüsse und Hallux valgus beidseits, Knickfuß links - diffuse, nicht stenosierende Koronarsklerose, keine handlungsbedürftige Stenosen - Status nach Tietze-Syndrom (2012) - Status nach unklarer Colitis, ED 2010 - Status nach PHS rechts mit subacromialer Bursitis (Mai 2013) - Refluxerkrankung

Klinisch zeige sich ein generalisiertes myofasiales Schmerzsyndrom mit Schwerpunkt im zervikothorakalen und lumbosakralen Bereich mit/bei Fehlhaltung, thorakal linkskonvexer Skoliose, Status nach Kompressionsfraktur BWK 8 bei Osteoporose sowie eine muskuläre Dysbalance. Ein MRI der LWS und des Beckens zeige keine entzündlichen oder postentzündlichen Veränderungen, auch laborchemisch zeige sich keine erhöhte humorale Aktivität (S. 2). Gemäss ihrer Einschätzung stehe als Hauptproblem eine zentrale Verarbeitungsstörung mit Somatisierungstendenz im Vordergrund. Die Beschwerdeführerin leide an einer belastenden psychosozialen Situation (Trennung, finanzielle Einschränkung, chronische Schmerzen, Entscheidung der Beschwerdegegnerin ausstehend). Im Gespräch zeige sich eine Antriebsstörung mit springenden Gedanken und rezidivierenden Ängsten. Das allgemeine Verhalten scheine demonstrativ und inkonsistent, das Beschwerdebild könne durch die Anamnese deutlich beeinflusst werden. Vor allem initial zeige sich die Beschwerdeführerin wenig motiviert und wenig kooperativ, es bestehe der Verdacht auf ein gezieltes Einsetzen der Beschwerden mit dem Ziel eines sekundären Gewinns. Im Rahmen eines psychiatrischen Konzils sei der Verdacht einer psychotischen Entwicklung geäußert worden, bei den geschilderten Orientierungs- und Gedächtnisproblemen könne es sich auch um eine Pseudodemenz handeln (S. 3). 3.13

Die Psychotherapeutin lic. phil. E.\_\_\_\_ nannte in ihrem Bericht vom 21. November 2016 (Urk. 15) folgende Diagnosen (S. 5): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1) - Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und narzisstischen Zügen (ICD-10 F60.4 und F60.8) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Medikamentenabhängigkeit (von Rivotril) - Restless-legs Syndrom

Die Beschwerdeführerin sei in ihrer Persönlichkeitsstruktur schon rein äusserlich sehr auffällig und erfülle die Kriterien einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und narzisstischen Zügen: sie kleide und inszeniere sich unangemessen verführerisch, tendiere zu Dramatisierungen bezüglich ihrer eigenen Person und im Ausdruck von Gefühlen. Sie sei affektlabil, schnell kränkbar und davon überzeugt, als Person etwas sehr Besonderes zu sein von herausragender Intelligenz und Schönheit. Dieses

Verhalten könne als bewusste und absichtliche Täuschung missverstanden werden, habe aber bei der Beschwerdeführerin einen pathologischen und chronifizierten Charakter und beeinflusse negativ ihre Bewältigungsfähigkeiten (S. 3). Die Beschwerdeführerin klagt über Appetitmangel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Im for malen Denken sei sie grübelnd und auf ihre Beschwerden eingeengt, inhaltlich fänden sich keine Hinweise auf Wahn, Halluzinationen oder Ich-Störungen. Im Affekt sei sie deprimiert, erschöpft, ängstlich, unsicher, leidend, innerlich unruhig, emotional wenig belastbar, labil und im Antrieb vermindert. Sie klagt über Schlafstörungen, sozialen Rückzug, Atemprobleme, gesteigerte Nervosität und Anspannung, Lärm- und Lichtempfindlichkeit. Suizidgedanken seien vorhanden, es bestehe aber keine akute Suizidalität (S. 5). 3.14

Die übrigen Arztberichte (Urk. 7/5/18-24; Urk. 7/49/3-4, Urk. 7/52, Urk. 7/61) enthalten keine für den vorliegenden Fall relevanten Angaben und insbesondere keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, sodass auf deren Wiedergabe verzichtet werden kann. 4.

Die Beschwerdeführerin kritisiert das Gutachten des Z. \_\_\_ und macht insbesondere geltend, es liege eine Diskrepanz zwischen der gutachterlichen Beurteilung und den Ausführungen der behandelnden Ärzte vor (E. 2.2). Ein Vergleich der bei den Akten liegenden Arztberichte zeigt aber ein grundsätzlich übereinstimmendes Bild der Beschwerdeführerin. So wiesen nicht nur die Gutachter des Z. \_\_\_ darauf hin, dass die geklagten Beschwerden nicht mit den festgestellten Befunden übereinstimmen würden (E. 3.7), auch die Ärzte des J. \_\_\_ bezeichneten das allgemeine Verhalten als demonstrativ und inkonsistent und äusserten den Verdacht auf ein gezieltes Einsetzen der Beschwerden mit dem Ziel eines sekundären Gewinns (E. 3.12). Hinzu kommt, dass sowohl die behandelnde Psychotherapeutin lic. phil. E. \_\_\_ als auch die Ärzte des Stadtspitals D. \_\_\_ wie auch des J. \_\_\_ auf die hochgradige psychosoziale Belastungssituation hinwiesen (E. 3.4-5, E. 3.12). Dass die Beschwerden nur teilweise mit festgestellten objektiven Befunden erklärt werden können, wird auch gestützt durch die Tatsache, dass verschiedene wiederholt durchgeführte Abklärungen bei spezialisierten Ärzten keine entzündlichen oder nicht behandelbaren Resultate ergeben haben (E. 3.6, E. 3.8-9, E. 3.12). Mehrere Ärzte wiesen sodann auf die zu grossen Mengen an Medikamenten hin, welche die Beschwerdeführerin einnimmt, und empfahlen dringend eine Überprüfung beziehungsweise Neueinstellung der Medikamente (E. 3.6, Urk. 7/9-10 S. 2).

Die Argumentation der Beschwerdeführerin, der psychiatrische Gutachter habe die Diagnose einer depressiven Störung mittelgradiger Episode ohne Begründung einfach verworfen sowie ein inkonsistentes Verhalten betont, was nicht nachvollziehbar sei (E. 2.2), vermag dagegen nicht zu überzeugen. Vielmehr legte der psychiatrische Gutachter unter Ziff. 4.1 auf S. 7-8 seines Fachgutachtens (Urk. 7/53/12-23) den Befund ausführlich dar und führte nachvollziehbar aus, weshalb er das von der Beschwerdeführerin gebotene Bild keiner authentischen, nach ICD-10 diagnostizierbaren psychischen Störung zuordnen konnte (S. 8-9 Ziff. 6.1). So hielt der Gutachter beispielsweise fest, besonders auffällig seien die inkomplette Orientierung sowie das Vorbeireden, wobei das abnorme Verhalten durch Interventionen klar modulierbar gewesen sei (S. 8 unten). Dies schilderten denn auch die Ärzte des J. \_\_\_ (E. 3.12). Weiter wies der psychiatrische Z. \_\_\_-Gutachter auf die in der Anamnese fehlenden mehreren, voneinander durch Remissionen getrennten depressiven Episoden hin (S.

## **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 IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (vgl. Verfügung vom 23. Januar 2017, Urk. 12) jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzuweisen.

### **E. 6.2**

Mit Honorarnote vom 12. Dezember 2017 machte Rechtsanwalt Silvan Meier Rhein, Zürich, Aufwendungen von insgesamt 8.25 Stunden sowie Auslagen von Fr. 54.45 geltend (Urk. 18), was angemessen erscheint. Unter Berücksichtigung eines Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist eine Entschädigung von Fr. 2'019.05 zu bezahlen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Silvan Meier Rhein, Zürich, wird mit Fr. 2'019.05 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Silvan Meier Rhein - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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

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

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

### **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**

Ziff. 6.3).

Soweit die Beschwerdeführerin bemängelt, dass keine psychiatrischen Tests durchgeführt worden seien, ist auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu verweisen, welche für die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens einzig eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem verlangt (BGE 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6). Sie schreibt den Fachärzten jedoch nicht vor, wie sie bei der Exploration vorzugehen haben.

Damit erweist sich die von der Beschwerdeführerin erhobene Kritik am Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 11. Juli 2016 als insgesamt nicht stichhaltig. Das Z.\_\_\_\_-Gutachten erfüllt die praxismässigen Kriterien (E. 1.3) vollumfänglich, sodass darauf abgestellt werden kann.

Demgegenüber gab der Hausarzt Dr. C.\_\_\_\_ keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ab, sondern verwies vielmehr auf die diesbezüglichen Ausführungen der Ärzte des Stadtspitals D.\_\_\_\_ sowie der behandelnden Psychotherapeutin (E. 3.3). Die behandelnde Psychotherapeutin lic. phil. E.\_\_\_\_ hielt sodann im ersten Bericht vom Dezember 2014 die bisherige Tätigkeit zwar nicht mehr für zumutbar, machte jedoch keine Angaben zu einer behinderungsangepassten Tätigkeit (E. 3.5). Im aktuellen Bericht vom 21. November 2016 machte sie keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit (E. 3.13). Nachdem die behandelnde Psychotherapeutin keine Angaben zur Zumutbarkeit einer behinderungsangepassten Tätigkeit gemacht hatte und die bisherige Tätigkeit in der Baureinigung auch auf Grund der rheumatologischen Beschwerden nicht mehr zumutbar ist, kann nicht von einer offensichtlichen und damit weiter abklärungsbedürftigen Diskrepanz zwischen der Beurteilung durch die Z.\_\_\_\_-Gutachter und den behandelnden Ärzten ausgegangen werden.

Der medizinische Sachverhalt ist damit dahingehend als erstellt zu betrachten, dass der Beschwerdeführerin aus rheumatologischen Gründen die bisherige Tätigkeit als Reinigungsangestellte in der Baureinigung nicht mehr zugemutet werden kann. Eine körperlich leichte Tätigkeit, auch im Reinigungssektor, ist der Beschwerdeführerin hingegen seit der Begutachtung im Juli 2016 in einem Pensum von 100 % zumutbar. 5. 5.1

Es bleibt die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen der bestehenden Einschränkungen mittels Einkommensvergleich.

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 gegen übergestellt 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. 2

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 Hinweisen).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 128 V 29 E. 4e; Urteil des Bundesgerichts 9C\_887/2015 vom 12. April 2016 E. 4.2).

Mit ihrer letzten Tätigkeit als Reinigungsangestellte in der Baubranche erzielte die Beschwerdeführerin 2011 ein monatliches Bruttoeinkommen in der Höhe von Fr. 5'200.-- (Urk. 7/17), was unter Berücksichtigung des 13. Monatslohnes ein Jahreseinkommen in der Höhe von Fr. 67'600.-- ergibt (Fr. 5'200.-- x 13). Angepasst an die Nominallohnerhöhung im Sektor Dienstleistungen in den Jahren 2012 bis 2016 von 0.9 %, 0.8 %, 0.7 %, 0.3 % und 0.8 % (Bundesamt für Statistik, Schweizerischer Lohnindex aufgrund der Daten der Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherung) resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 69'999.--. 5.3

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).

In der LSE 2012 erfolgten vielfältige Anpassungen der erhobenen Daten an die entsprechenden Reglemente der Europäischen Union (EU). Neu wird darunter nun nach Berufen (Skill Levels) differenziert statt nach den bisherigen Anforderungsniveaus 1 bis 4 der Stelle. Das Bundesgericht hat in BGE 142 V 178 E. 2.5.3 festgestellt, dass das statistische Einkommen nach TA1 Kompetenz niveau 1 der LSE 2012 bei den Männern

gegenüber dem Tabellenlohn nach TA1 Anforderungsniveau 4 der LSE 2010 ein Plus von 6,3 Prozent, bei den Frauen ein Minus von 2,7 Prozent und beim Total ein Plus von 5,4 Prozent zeige, was nicht mit der Lohnentwicklung von 2010 bis 2012 übereinstimmt (vgl. Urteil des

Bundesgerichts 8C\_343/2016 vom 12. September 2016 E. 6). Es hat erkannt, dass die LSE 2012 im Rahmen einer erstmaligen Invaliditätsbemessung (Art. 28 ff. IVG) und im Neuanmeldungsverfahren nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung oder nach Aufhebung der Invalidenrente sowie grundsätzlich auch im Revisionsverfahren (mit Entstehung des potentiellen oder Veränderung des laufenden Rentenanspruchs im Jahr 2012 oder später) zur Festlegung der Ver gleichseinkommen nach Art. 16 ATSG dennoch grundsätzlich als Beweis geeig net ist ( BGE 142 V 178 E. 2.5.7 und E. 2.5.8.1; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_343/2016 vom 12. September 2016 E. 6 und 9C\_369/2016 vom 6. Septem ber 2016 E. 2.1). Laufende, gestützt auf die LSE 2010 rechtskräftig zugesprochene Invalidenrenten dürfen aber nicht allein aufgrund der Tabellenlohnwerte ge mäss LSE 2012 in Revision gezogen werden (BGE 142 V 178 E. 2.5.7 und 2.5.8.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_277/2016 vom 20. Juli 2016 E. 4.2) .

Gemäss Bundesgericht dürfen für die Invaliditätsbemessung – zumindest bis auf Weiteres – nur die (unter anderem) nach dem Kompetenzniveau differenzierten TA1-Tabellen der LSE 2012 verwendet werden, hingegen nicht die TA1 b-Tabel le n (BGE 142 V 178 E. 2.5.7).

Die Beschwerdeführerin ist seit dem Jahre 2013 nicht mehr arbeitstätig (vgl. Urk. 7/1 Ziff. 5.4), so dass das Invalideneinkommen gestützt auf die Tabellen löhne zu bestimmen ist. Dabei ist vom mittleren Lohn für Frauen, die einfache und repetitive Arbeiten ausführen, auszugehen. Im Jahre 2012 belief sich dieser auf Fr. 4'112.-- monatlich (LSE 2012, Tabelle TA1, Total, Niveau 1), mithin Fr. 49'344.-- im Jahr (Fr. 4'112.-- x 12). Unter Berücksichtigung einer durch schnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Wochenstunden (betriebs üb liche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total; www.bfs.admin.ch, Arbeit und Erwerb, Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit, detaillierte Daten) sowie der Nomi nallohnerhöhung (Schweizerischer Lohnindex insgesamt [1939 = 100], Stand 2012: 2630, Stand 2016: 2709); www.bfs.admin.ch, Arbeit und Erwerb, Löhne/Erwerbseinkommen, detaillierte Daten, Lohnentwicklung) ergibt dies für das Jahr 2016 ein Invalideneinkommen von rund Fr. 52'986.-- (Fr. 49'344.-- : 40 x 41.7 : 2630 x 2709) 5.4

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durch schnitts werten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürze n. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass ver sicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbe iten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprüng lich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Recht sprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebs zu - gehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhalts punkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem

allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwer - ten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichs einkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des so ge nannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen. Es ist nicht von dem von der IV-Stelle vorgenommenen Abzug auszugehen und dieser ange messen zu erhöhen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3 . 2 mit Hinweis auf SVR 2011 IV Nr. 31 S. 90, 9C\_728/2009 E. 4.1.2). Die Beschwerdeführerin ist in ihrer Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischen Gründen dahingehend eingeschränkt, dass ihr seit der Begutachtung im Juli 2016 lediglich noch körperlich leichte Tätigkeiten, diese jedoch auch im Reinigungssektor, in einem Pensum von 100 % zugemutet werden können. Ein Abzug von maximal 5 % trägt den Gegebenheiten des vorliegenden Falles damit angemessen Rechnung. 5.5

Unter Berücksichtigung eines Abzuges von maximal 5 % (vorstehend E. 5.4) beträgt das Invalideneinkommen somit Fr. 50'337.-- (Fr. 52'986.-- x 0.95; vor stehend E. 5.3). Bei einem Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 69'999.-- (vor stehend E. 5.2) ergibt sich damit eine Einkommenseinbusse von Fr. 19'662.--, was einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 28 % entspricht.

Die angefochtene Verfügung vom 3. Oktober 2016 erweist sich damit im Ergeb nis als rechters, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

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