

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00062 vom 31. Mai 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-05-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00062

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00062 du 31 mai 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00062 del 31 maggio 2018

Erwägungen

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). Die Invalidität 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

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. 1.3

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.

Vorab ist in prozessualer Hinsicht zu bemerken, dass sich die Beschwerdeführerin lediglich in den Erwägungen, nicht jedoch im Dispositiv der Verfügung vom 2. Dezember 2016 zur MTT (medizinischen Trainingstherapie) geäußert hat. Eine verbindliche Anordnung in Form einer anfechtbaren Verfügung im Sinne von Art. 49 Abs. 1 ATSG wurde – zu Recht (vgl. die Urteile des Bundesgerichts 9C_679/2011 vom 19. Oktober 2011 E. 2 und 9C_816/2008 vom 12. März 2009 E. 3.3) – nicht getroffen. Auf den Antrag, es sei festzustellen, dass die Beschwerdeführerin nicht zur MTT-Therapie verpflichtet sei (Urk. 1 S. 2), ist folglich nicht einzutreten. 3.

3.1

Zur Begründung der angefochtenen Verfügung wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei seit Juni 2013 in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt.

Aus somatischer Sicht sei die Ausübung der angestammten Tätigkeit als Köchin und Betreuerin weiterhin im Pensum vom 50 % möglich. Eine leicht bis mittel schwer belastende Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht weiterhin vollumfänglich möglich und zumutbar.

Aus psychiatrischer Sicht sei eine Einschränkung von 20 % attestiert worden. Diese Einschränkung sei aus Sicht des Rechtsanwenders aufgrund der erhobenen Befunde sowie des aktiven Tagesablaufes und der regen sozialen Kontakte nicht nachvollziehbar. Es müsse aus psychiatrischer Sicht von einer vollständigen Erwerbsfähigkeit ausgegangen werden.

Die erwähnte 20%ige Leistungsminderung könne innert 12 Monaten durch rekonditionierende Massnahmen korrigiert werden. Eine Dekonditionierung müsse bei der Beurteilung der Invalidität ausser Acht gelassen werden, denn eine Invalidität sei eine auf Dauer beruhende und voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit.

Die Beschwerdeführerin führte einen Einkommensvergleich für das Jahr 2014 durch, bei dem sie – ausgehend von einer Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 100 % – einen Invaliditätsgrad von 14 % ermittelte, der keinen Anspruch auf eine Invalidenrente begründe (Urk. 2). 3.2

Demgegenüber liess die Beschwerdeführerin im Wesentlichen den Standpunkt vertreten, auf das Gutachten der G. ___ AG vom 6. August 2015 könne nicht abgestellt werden. Es sei trotz eines Aufenthalts in der Zürcher Höhenklinik A. ___ und weiterer psychiatrischer Behandlungen seit März 2012 zu keiner Remission der depressiven Phase gekommen. Selbst wenn aber auf das Gutachten abzustellen wäre, so wäre zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin die attestierte Restarbeitsfähigkeit nicht verwerten könne. Zumindest wäre ihr aber der maximal zulässige Leidensabzug von 25 % zu gewähren. Es sei ihr deshalb ab März 2013 eine Invalidenrente auszurichten (Urk. 1 und 18). 3.3

Es ist somit strittig und zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin ab März 2013 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 2. Dezember 2016 über einen Rentenanspruch verfügt (vgl. Urk. 1, 2, 12 und 18). Für die Beantwortung dieser Frage ist entscheidend, wie sich die medizinischen Verhältnisse und die Arbeitsfähigkeit zwischen dem 1. März 2012 und dem 2. September 2016 präsentierten (Art. 28 Abs. 1 lit. b und c IVG und Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung; IVV). 4.

4.1

Die ärztlichen Berichte bis zum 23. Juni 2014 wurden im Gutachten der G.____ AG korrekt dargestellt (Urk. 13/102/4-8), weshalb vorab auf die betreffenden Ausführungen zu verweisen ist. 4.2

Dem Bericht der Tagesklinik der F.____ vom 18. März 2015 (Urk. 13/84) ist zu entnehmen, die Versicherte sei vom 31. Oktober 2014 bis zum 30. Januar 2015 während einer 50%igen Präsenzzeit behandelt worden. Als Diagnosen wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), eine Fibromyalgie mit mehreren Lokalisationen und eine essentielle Hypertonie, ohne Angabe einer hypertensiven Krise festgehalten (Urk. 13/84/1). 4.3

Der Hausarzt Dr. Z.____ führte in seinem Bericht vom 20. April 2015 eine rezidivierende depressive Störung, myofasciale Kopfschmerzen rechts, somatoforme Schmerzen der Wirbelsäule/Fibromyalgie, einen nicht insulinabhängigen Diabetes mellitus Typ 2 und eine Hypertonie als Diagnosen auf. Im Verlauf des vergangenen Jahres habe sich die psychische Verfassung trotz der verschiedenen therapeutischen Interventionen nicht verbessert. Entsprechend hätten sich die somatoformen Schmerzen nicht beeinflussen lassen. Die Versicherte sei aufgrund ihrer psychischen Problematik und der myalgiformen Schmerzen nach wie vor zu 100 % arbeitsunfähig. Neue Aspekte hätten sich auch im Rahmen der aktuellen Reevaluation der Schmerzdiagnostik nicht ergeben (Urk. 13/89/2). 4.4

Im Gutachten der G.____ vom 6. August 2015 wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten (Urk. 13/102/11): 1.

Rezidivierende depressive Störung, mittelschwere depressive Episode (ICD-10: F33.1), in den Bereich der leichten Episode tendierend. 2.

Generalisiertes Weichteil-Schmerzsyndrom mit einer Dysbalance des Schulter- und Beckengürtels.

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), eine arterielle Hypertonie, eine Adipositas (BMI 36 kg/m²) und aktenanamnestisch ein Diabetes mellitus (Urk. 13/102/11).

Aus internistischer Sicht könne keine Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (Urk. 13/102/10 und 13/102/11).

Aus rheumatologischer Sicht sei eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit während 8 ½ Stunden pro Tag zumutbar, wobei aufgrund von einer allgemeinen Dekonditionierung eine Leistungsminderung von maximal 20 % bestehe, die vorübergehend und korrigierbar sei (Urk. 13/102/10 und 13/102/11). Als Köchin liege die rheumatologisch zumutbare Arbeitsbelastung bei maximal vier Stunden pro Tag ohne zusätzliche rheumatologisch begründbare Leistungsminderung. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für diese Tätigkeit im Vergleich zu einer Verrichtertätigkeit erkläre sich durch die als Köchin

erforderlichen mechanisch belastenden Arbeitsabläufe und durch die hin und wieder bestehende Unmöglichkeit, diese Tätigkeit gemäss Rückendisziplin durchführen zu können (Urk. 13/102/10).

Aus psychiatrischer Sicht liege eine weit in die Biographie zurückreichende rezidivierende depressive Störung vor, welche derzeit die Kriterien einer mittel schweren depressiven Episode gerade eben noch erfülle. Die Symptomatik ten diere aber bereits unter der laufenden Behandlung in den Bereich einer leichten Depression. Zudem liege eine für die Arbeitsunfähigkeit nicht relevante anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor. Lediglich die eingeschränkte Affektregulation mit leichter Antriebsminderung im Rahmen der depressiven Störung könne eine leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Aus psychiatrischer Optik sei die Versicherte in der Lage, ihrem Ausbildungs- und Kenntnisstand sowie ihrer körperlichen Belastbarkeit angepasste Tätigkeiten einfacher geistiger Art mit geringen Verantwortungsgraden regelmässig auszuüben. Derartige Tätigkeiten vermöge sie mit einer integral betrachteten Arbeitsfähigkeit von 80 % zu verrichten (Urk. 13/102/9 und 13/102/11).

Zusammenfassend gehe man davon aus, dass die Versicherte in der Lage sei, leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten einfacher geistiger Art mit verminderten Verantwortungsbereichen, welche nach den Prinzipien der Rückenergonomie durchgeführt werden könnten und welche der Versicherten erlaubten, bei der Arbeitstätigkeit immer wieder ihre Körperposition zu verändern, 8 ½ Stunden täglich mit einer Minderung der Leistungsfähigkeit von 20 % auszuüben. Zu vermeiden seien Tätigkeiten mit besonderen psychischen Belastungsfaktoren wie besonderer Zeitdruck, Akkord- und Nachtarbeitsbedingungen. Die Minderung der Leistungsfähigkeit sei durch rekonditionierende Behandlungsansätze innerhalb von 12 Monaten korrigierbar.

Zum retrospektiven Verlauf der Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, seit Juni 2013 sei die Versicherte als Köchin in einem Behindertenheim nur noch bis maximal vier Stunden pro Tag ohne zusätzliche Minderung der Leistungsfähigkeit einsetzbar (Urk. 13/102/12). In einer leidensadaptierten Tätigkeit bestehe seit Juni 2013 eine Arbeitsfähigkeit von 8 ½ Stunden pro Tag mit einer Minderung der Leistungsfähigkeit von 20 % (Urk. 13/102/13). Für die Zeit davor lasse sich aus der Anamnese, der Aktenlage und dem Befund keine zuverlässige Aussage machen (Urk. 13/102/15).

Das Aktivitätsniveau (Hobbys, Freizeitaktivitäten, soziale Kontakte) sei insgesamt nur leicht reduziert, dies besonders vor dem Hintergrund einer Selbstlimitierung (Urk. 13/102/14).

Die Therapie sei adäquat. Ergänzend könnten Massnahmen zur Rekonditionierung (zum Beispiel eine medizinische Trainingstherapie) empfohlen werden (Urk. 13/102/15). Solche seien zumutbar (Urk. 13/102/16). 4.5

Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Rheumatologie und für Innere Medizin, hielt in seinem Bericht vom 16. Oktober 2015 (Urk. 13/115/2) fest, diagnostisch bestehe ein panvertebrales Syndrom mit cervikaler Betonung bei vorwiegend myofaszialen Schmerzen im Schulter-/Nackebereich beidseits und para vertebral beidseits mit deutlicher Generalisierungstendenz.

Der Versicherten sei aus rheumatologischer Sicht nach wie vor eine angepasste Tätigkeit (leicht- bis wechselbelastend) mit einem Pensum von 80 % zumutbar. Demnächst würden

weitere Abklärungen für die Schulter und den Ellenbogen erfolgen. Je nach Situation könnte sich dann seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ändern. 4.6

Dem Bericht der Clenia H.____ vom 5. November 2015 ist zu entnehmen, die Versicherte sei seit dem 14. Juni 2012 von med. pract. B.____ und seit dem 13. März 2015 von Dr. phil. K.____ ambulant behandelt worden. Anfänglich habe man die multiplen somatischen Symptome im Rahmen der Depression und der somatischen Diagnosen interpretiert. Aktuell gehe man über einstimmend mit dem Gutachten der G.____ AG davon aus, es liege komorbid zur anhaltenden depressiven Episode eine somatoforme Schmerzstörung vor (Urk. 13/107/1).

Seit dem Behandlungsbeginn habe sich die depressive Symptomatik nur leicht und vor allem lediglich phasenweise regredient gezeigt, so dass die Versicherte über den gesamten Behandlungszeitraum in hohem Masse in ihrer Alltagsfunktionalität eingeschränkt gewesen sei. Noch heute bestehe ein deutlicher sozialer Rückzug. Auch das Aktivitätsniveau sei auf ein Minimum reduziert. Eine ausreichende Stabilisierung sei bisher trotz unzähliger medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlungsversuche nicht erreicht worden. Lediglich die Disziplinierung von Suizidalität und die Funktionalität auf einem sehr tiefen Niveau seien das Resultat der bisherigen Behandlung. Die psychopharmakologische Therapie habe primär Nebenwirkungen und paradoxe Effekte gezeigt. Sie habe eine Gewichtszunahme zur Folge gehabt, worunter die Versicherte nach wie vor leide (Urk. 13/107/1).

Anders als im Gutachten festgehalten, bestätige die Versicherte einen seit Krankheitsbeginn deutlich reduzierten Appetit und eine deutlich reduzierte Nahrungsaufnahme. Obschon eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit festgestellt und eine leichte sowie angepasste Verweistätigkeit empfohlen worden seien, sei der Versicherten keine berufliche Reintegrationsmassnahme zugesprochen worden. Aus diesem Grund habe man im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung versucht, in Form von freiwilligen Arbeitseinsätzen und freiwilliger Mithilfe am früheren Arbeitsplatz eine niederschwellige Tagesstruktur aufzubauen und die Belastbarkeit der Versicherten zu evaluieren. Dabei habe sich gezeigt, dass die Versicherte diese Tätigkeiten aufgrund von starken Schmerzen, Schwindel und Antriebslosigkeit nur unregelmässig wahrnehmen könne. Subjektiv habe sie wie derholt von einer deutlich reduzierten Belastbarkeit, von Konzentrationschwierigkeiten und einer Unfähigkeit, Routinearbeiten umzusetzen, berichtet. In den therapeutischen Gesprächen seien die kognitiven Einbussen zeitweise auch deutlich geworden. Die Versicherte habe öfters den roten Faden des Gesprächs verloren, eine kognitive Einengung oder Erinnerungslücken gezeigt. Diese Defizite seien nicht konstant, so dass sie am ehesten im Rahmen der schweren depressiven Symptomatik einzuordnen seien. Die Versicherte habe sich motiviert gezeigt, früher gerne ausgeübte Arbeiten wie Nähen, Malen und Töpfern anzugehen. Sie habe ihre Motivation aufgrund einer inneren Blockade jedoch nicht in eine Handlung umsetzen können. Bei der Erkenntnis dieser Unzulänglichkeit sei es wiederum wiederholt zu schweren Stimmungseinbrüchen gekommen (Urk. 13/107/2). 4.7

In der ergänzenden Stellungnahme der G.____ AG vom 4. Dezember 2015 wurde festgestellt, die Einschätzung, eine Stabilisierung sei nur auf sehr niedrigem Niveau erreicht worden, sei bereits im Arztbericht vom 31. Juli 2013 erwähnt worden. Diesem Sachverhalt habe man bei der Beurteilung des retrospektiven Verlaufs der Arbeitsfähigkeit Rechnung getragen. Man habe ab Juni 2013 lediglich eine Belastbarkeit bis maximal vier Stunden pro Tag für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit angenommen (Urk. 13/109/2).

Eine möglicherweise in der Vergangenheit vorgelegene schwere depressive Symptomatik, welche zur Hospitalisierung geführt habe, habe auf der Basis der erhobenen psychopathologischen Befunde nicht bestätigt werden können. Formal erfüllten die erhobenen psychopathologischen Befunde die Voraussetzungen für die Annahme einer rezidivierenden depressiven Störung von einem mittelgradigen Ausprägungsgrad. Der ins Feld geführte soziale Rückzug spiegelte sich auf der Befundebene (Interaktionsfähigkeit der Versicherten) ebenso wenig wieder wie in der Darstellung des Tagesablaufs und der Freizeitgestaltung. Die Versicherte habe über den regelmässigen Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe, den regelmässigen Besuch einer alten Dame im Seniorenheim und das Abholen der Enkeltochter aus der Krippe berichtet. Ein vollständiger Interesseverlust habe sich ebenfalls nicht gezeigt. Zwar deuteten sich einzelne Rückzugstendenzen ebenso an wie ein nachlassendes Interesse. Ein vollständiger Interesseverlust bestehe indessen nicht (Urk. 13/109/2).

Im Rahmen der Begutachtung seien die subjektiven anamnestischen Angaben der Versicherten und ihre Klagen über Beschwerdesymptome kritisch zu hinterfragen. Vor dem Hintergrund der psychopathologischen Befunde könne die Einschätzung der behandelnden Ärzte, die depressive Symptomatik sei schwer ausgeprägt, nicht bestätigt werden. Übereinstimmend mit den behandelnden Ärzten sei festzustellen, dass sich die Versicherte von Suizidalität distanziert habe (Urk. 13/109/2-3).

Die Angabe einer schwierigen psychopharmakologischen Therapie habe man berücksichtigt. Die Versicherte habe sowohl gegenüber dem Internisten als auch im Rahmen der psychiatrischen Exploration keine Appetitminderung angegeben (Urk. 13/109/2).

Zusammenfassend ergäben sich keine neuen Gesichtspunkte, welche ein Abweichen von der gutachterlichen Einschätzung begründen könnten (Urk. 13/109/3). 4.8

Dr. Z.____ hielt in einem ärztlichen Zeugnis vom 6. April 2016 fest, die Versuche, mittels einer MTT die Arbeitsfähigkeit beziehungsweise die chronische Schmerzsymptomatik zu verbessern, hätten während der stationären Aufenthalte in der Zürcher Höhenklinik A.____ vom 26. März bis zum 29. April 2012, in der Klinik L.____ vom 13. Dezember 2012 bis zum 6. März 2013 und in der Klinik M.____ vom 5. September bis zum 15. Oktober 2013, während der ambulanten Behandlung in der Tagesklinik der F.____ und in privaten Physiotherapien stattgefunden. Sie hätten regelmässig zu einer Verschlechterung der Beschwerden am Bewegungsapparat und nie zu einer Arbeitsfähigkeit geführt (Urk. 13/119). 4.9

Dr. med. N.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, bescheinigte der Versicherten mit Arztzeugnis vom 21. Juli 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 18. bis zum 24. Juli 2016 wegen Krankheit (Urk. 13/151). 4.10

Aus dem im Beschwerdeverfahren neu eingereichten Bericht von Dr. I.____ vom 20. Oktober 2015 geht hervor, die Versicherte habe sich wegen Schmerzen an der linken Schulter am 16. Oktober 2015 einer funktionellen Ultraschalluntersuchung unterzogen. Sonomorphologisch hätten sich eine mittelgradige chronische Bursitis subdeltoidea ohne Ergussansammlung und eine deutliche AC-Arthrose gezeigt. Die Rotatorenmanschette und die Bizepssehne seien unauffällig (Urk. 3/4). 5. 5.1

Strittig und zu prüfen ist, ob zur Beurteilung des massgeblichen medizinischen Sachverhalts auf das Gutachten der G.____ AG vom 6. August 2015 (Urk. 13/102) samt ergänzender Stellungnahme vom 4. Dezember 2015 (Urk. 13/109) abgestellt werden kann. 5.2

Das zur Diskussion stehende Gutachten basiert auf den fachärztlichen rheumato logischen, internistischen und psychiatrischen Untersuchungen der Beschwerdeführerin am 25. Juni und am 6. Juli 2015 (Urk. 13/102/1). Es wurde in Kenntnis der von der IV-Stelle zur Verfügung gestellten medizinischen Vorakten erstattet (Urk. 13/102/4-8). Die Gutachter führten eine sorgfältige Anamnese- und Befundhebung durch (Urk. 13/102/19-27, 13/102/32-36 und 13/102/40-42). Sie berücksichtigten die geklagten Beschwerden angemessen und beantworteten die gestellten Fragen (Urk. 13/102/11-16). 5.3

Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin wandte gegen das psychiatrische Teilgutachten ein, aus der Stellungnahme der Clenia H.____ vom 5. November 2015 gehe klar hervor, dass der psychische Gesundheitszustand ihrer Mandantin schlechter sei als im Gutachten angenommen. Mangels Abklärungstiefe im Gutachten sei davon auszugehen, dass insbesondere bezüglich Alltagsfunktionalität gutachterlich zu wenige Untersuchungen durchgeführt worden seien. Dies sei auch aus dem Ergebnis der beruflichen Abklärung im Herbst 2016 zu schliessen, welches dem Gutachten widerspreche (Urk. 1 S. 8).

Es mag zutreffen, dass im Bericht der Clenia H.____ vom 5. November 2015 die Auffassung vertreten wurde, die depressive Symptomatik habe sich seit dem Behandlungsbeginn nur leicht und vor allem lediglich phasenweise regredient gezeigt, so dass die Versicherte über den gesamten Behandlungszeitraum in hohem Masse in ihrer Alltagsfunktionalität eingeschränkt gewesen sei. Noch heute bestehe ein deutlicher sozialer Rückzug und das Aktivitätsniveau sei auf ein Minimum reduziert (Urk. 13/107/1). Die Annahme eines sozialen Rückzugs wurde von den Behandlern indessen nicht ansatzweise begründet. Hinsichtlich des Aktivitätsniveaus wurde – in Übereinstimmung mit dem psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 13/102/20-21) – immerhin bemerkt, die Beschwerdeführerin könne die notwendigen Alltagsaufgaben bewältigen; sie sei einzig mit der Kinderbetreuung überfordert, welche sie zur Entlastung ihrer Tochter leisten möchte (Urk. 13/107/1).

Im Rahmen ihrer psychiatrischen Begutachtung beschrieb die Beschwerdeführerin nicht nur die von ihr verrichteten Tätigkeiten im Haushalt und in administrativen Belangen. Sie erklärte darüber hinaus, dass sie ein- bis zweimal täglich einen Spaziergang unternehme. Einmal pro Woche besuche sie eine alte Dame im Seniorenheim und zweimal wöchentlich hole sie ihre Enkeltochter aus der Krippe ab. Regelmässig gehe sie zu einem Treffpunkt einer Selbsthilfegruppe. Überdies besuche sie gelegentlich nachmittags oder abends eine ihrer Töchter, manchmal gehe sie auch mit einer Schwester spazieren. Ab und zu gehe sie zudem schwimmen oder werde zu einem kleinen Familienausflug eingeladen (Urk. 13/102/20-21). Freitags besuche sie ihre jüngere Schwester, die an MS leide; die anderen Geschwister sehe sie im Durchschnitt etwa alle zwei Wochen. Sie habe noch eine sehr gute Freundin, mit der sie über alles reden könne. Zu ehemaligen Arbeitskollegen bestehe nur noch sporadisch Kontakt (Urk. 13/102/24). Von einem sozialen Rückzug kann in Anbetracht dieser Schilderungen keine Rede sein, weshalb es einleuchtet, dass ein solcher im Gutachten verneint wurde (vgl. auch Urk. 13/109/2). Ebenso steht mit diesen Ausführungen fest, dass die Versicherte spätestens seit Juli 2015 zahlreiche Aktivitäten ausüben kann. Unter Berücksichtigung der erhobenen Befunde (vgl. Urk. 13/102/2-27) ist dem psychiatrischen Teilgutachter nicht vorzuwerfen, dass er auf weitere Abklärungen

diesbezüglich verzichtete.

Daran vermag auch der Abschlussbericht der O.____ vom 17. Oktober 2016 über die rund ein Jahr nach der Begutachtung durchgeführte Abklärung (Urk. 13/152) nichts zu ändern. Demselben lässt sich entnehmen, dass die Versicherte in der Lage gewesen sei, pünktlich und regelmässig zur Arbeit zu erscheinen. Sie wurde als offen, kollegial sehr hilfsbereit und kommunikativ wahrgenommen und habe sich schnell in die Arbeitsgruppe integriert. Zudem habe sie sich aktiv an der Arbeitsausführung beteiligt, Zusammenhänge hergestellt und Vorschläge gebracht. Wenn sie versucht habe, Verantwortung zu übernehmen, habe sie sich unter Druck gesetzt und blockiert. Ein Ausbau der Präsenzzeit von ca. 60 % sei wegen der subjektiv geklagten Schmerzen im ganzen Körper gescheitert, welche gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin selbst bei leichten, körperlich wenig belastenden Tätigkeiten aufgetreten seien (Urk. 13/152/2-4). Die MELBA-IDA-Arbeitsproben, welche wegen der geklagten starken Schmerzen nur einzeln gemacht worden seien, hätten Resultate im Normalbereich ergeben. Defizite hätten vor allem bei der Konstanz der Konzentrationsfähigkeit festgestellt werden können (Urk. 13/152/12). Diese Ausführungen eignen sich nicht, an der Qualität oder die Aktualität der Beurteilung des psychiatrischen Teilgutachters Zweifel zu wecken. Dies muss umso mehr gelten, als bereits im Gutachten festgehalten wurde, die Beschwerdeführerin sei für Tätigkeiten, die mit einer entsprechenden Verantwortung verbunden seien, nicht geeignet.

Die gestellten Diagnosen und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung wurden nachvollziehbar begründet. Dabei wurde auch der aktuellen Medikation Rechnung getragen, welche erfragt und festgehalten wurde (Urk. 13/102/21; vgl. auch Urk. 13/109/2). Ebenso wurde der Umstand dokumentiert und entsprechend berücksichtigt, dass die Beschwerdeführerin gegen Ende der Exploration eine geringfügig nachlassende Aufmerksamkeit und Konzentration gezeigt habe (Urk. 13/102/25). In dieser Hinsicht ist dem psychiatrischen Teilgutachter – entgegen der vertretenen Ansicht (Urk. 1 S. 9) – folglich nichts vorzuwerfen.

Demgegenüber ist der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin beizupflichten, dass es dem psychiatrischen Teilgutachten an einer genügenden Auseinandersetzung mit dem Verlauf bis zum Begutachtungszeitpunkt mangelt, was wesentlich darauf zurückzuführen ist, dass nicht sämtliche relevanten medizinischen Vorakten zur Verfügung standen (Urk. 1 S. 9, 13/116/3 und 13/120/3).

In diesem Zusammenhang ist zu bemerken, dass die Beschwerdeführerin offenbar vom 5. September bis zum 15. Oktober 2013 in der Klinik M.____ behandelt worden war (vgl. Urk. 1 S. 3 und 10 sowie 13/119). Hierüber wird ein Bericht einzuholen sein, ohne dessen Kenntnis eine korrekte Beurteilung des retrospektiven Verlaufs der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bis zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht möglich ist. Darüber hinaus ist eine Einsichtnahme des psychiatrischen Teilgutachters in den Bericht über die Behandlung in der Tagesklinik der F.____ vom 1. Oktober 2014 bis zum 3. Januar 2015 (Urk. 13/84 = 13/121) erforderlich, welche – soweit aus den Akten ersichtlich (vgl. Urk. 13/108/1) – bis heute nicht stattgefunden hat. Sie wird nachzuholen sein. Schliesslich stellt sich aufgrund des wiederholt beantragten Aktenbezugs der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin zumindest die Frage, ob im hier interessierenden Zeitraum bis zur gutachterlichen Untersuchung am 6. Juli 2015 eine Behandlung auf der Angststation der F.____ stattgefunden hat. Dies wird zu klären sein, ungeachtet dessen, dass sich den vorhandenen medizinischen Unterlagen keine Hinweise auf eine entsprechende Behandlung

entnehmen lassen. Es darf auch keine Rolle spielen, dass in Anbetracht der Ausführungen der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin eine Verwechslung mit der Behandlung in der Tagesklinik der F.____ vom 11. März bis zum 10. Mai 2013 (vgl. Urk. 13/29/16 -17) stattgefunden haben könnte (vgl. Urk. 13/120/3).

Immerhin ist zu bemerken, dass die Beschwerdeführerin anlässlich ihrer Begutachtung selbst erklärt hatte, sie habe zeitweilig unter Ängsten gelitten, auch unter Dunkelängsten, so dass sie nur bei Licht schlafen könne. Das habe sich inzwischen gebessert (Urk. 13/102/29). Weder im Bericht der Tagesklinik der F.____ vom 18. März 2015 (Urk. 13/84) noch im Bericht der Clenia H.____ vom 5. November 2015 (Urk. 13/107/1) wurde eine Angststörung erwähnt. Es ist daher auszuschliessen, dass ein Bericht über die allfällige Behandlung in der Angstabteilung der F.____ eine Relevanz für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Begutachtungszeitpunkt aufweisen könnte. 5.4

Gegen das rheumatologische Teilgutachten wurde vorgebracht, die Annahme, die somatischen Beschwerden beruhten nur auf einer Dekonditionierung und könnten therapeutisch behoben werden, sei unzutreffend (Urk. 1 S. 9). Eine entsprechende Feststellung wurde indessen nicht gemacht. Lediglich die Leistungsinderung von maximal 20 % wurde auf eine Dekonditionierung zurückgeführt, während die übrigen vom rheumatologischen Teilgutachter festgehaltenen Einschränkungen mit dem generalisierten Weichteil-Schmerzsyndrom begründet wurden (Urk. 13/102/36).

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht steht im Einklang mit demjenigen Dr. J.____s vom 10. Juni 2013 (Urk. 13/29/5-6) und vom 16. Oktober 2015 (Urk. 13/115/2). Sie erscheint in Anbetracht der erhobenen Befunde, insbesondere auch betreffend die Schulter (vgl. Urk. 13/102/34-35) nachvollziehbar. Dem erst im Beschwerdeverfahren neu eingereichten Bericht von Dr. I.____ vom 20. Oktober 2015, in welchem die Diagnosen einer mittelgradigen chronischen Bursitis subdeltoidea ohne Ergussansammlung und einer deutlichen AC-Arthrose gestellt wurden, lässt sich nichts entnehmen, was das gutachterlich formulierte Belastbarkeitsprofil in Frage zu stellen vermöchte (Urk. 3/4). 5.5

Aus dem Gesagten folgt, dass auf das Gutachten der G.____ AG abgestellt werden kann, soweit es sich zum Gesundheitszustand und damit einhergehend zur Arbeitsfähigkeit in angestammter und in angepasster Tätigkeit im Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchungen vom 25. Juni und vom 6. Juli 2015 äussert.

Hinsichtlich des hier ebenfalls interessierenden Zeitraums von Ende Februar bzw. Anfang März 2012 bis zur Begutachtung erweist sich das Gutachten als ergänzungsbedürftig, da der Verlauf aus psychiatrischer Sicht – soweit überhaupt – nicht anhand der relevanten medizinischen Aktenlage beurteilt worden war. Mit den vorhandenen Berichten der diversen Behandler lässt sich der medizinische Sachverhalt im erwähnten Zeitraum ebenso wenig beurteilen wie mit der Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. P.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie und Hämatologie, vom 24. August 2013, welche am 26. August 2013 von der RAD-Ärztin Dr. med. Q.____, FMH Arbeitsmedizin und Allgemeinmedizin, visiert wurde (Urk. 13/40/3-4). Die Annahme einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit ab Juli 2012 wurde von Dr. P.____ auch nicht nachvollziehbar begründet. Es kann deshalb nicht antrags gemäss (Urk. 1 S. 7) darauf abgestellt werden. Vielmehr ist der Beizug weiterer medizinischer Unterlagen mit einer anschliessenden Ergänzung des Gutachtens der G.____ AG unumgänglich. 5.6

Aus den medizinischen Unterlagen, die sich zur Situation nach der Begutachtung äussern, geht keine invaliditätsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustands oder der Arbeitsfähigkeit hervor (vgl. Urk. 3/3, 13/119 und 13/151). Anhaltspunkte für eine entsprechende Entwicklung ergeben sich auch nicht aus dem Abschlussbericht der O.____ vom 17. Oktober 2016 (Urk. 13/152). In demselben wurde lediglich festgehalten, Dr. J.____ habe von erhöhten Entzündungswerten berichtet. Da die von der Versicherten geklagte Schmerzsymptomatik relativ diffus sei und nach ihren Angaben immer wieder ein anderer Schmerzherd gerade im Vordergrund stehe, könne keine gezielte Behandlung erfolgen. Ein Versuch mit dem Medikament Amineurin 10 habe zu Schwindel, Übelkeit und Taubheitsgefühl in den Beinen geführt, worauf sich die Versicherte krankgemeldet habe (Urk. 13/152/4). Der Entzündungsaktivität wurde bereits im rheumatologischen Teilgutachten thematisiert (Urk. 13/102/36) und die durch die Medikamenteneinnahme verursachte Verschlechterung war – soweit ersichtlich – nicht von einer relevanten Dauer. Unter diesen Umständen dürfte die Beschwerdegegnerin auf die Einholung weiterer Auskünfte von Dr. J.____ verzichten, weshalb ihr in diesem Punkt zu Unrecht ein Versäumnis zu Last gelegt wurde (Urk. 1 S. 11). 6.

E. 2

Gegen die Verfügung vom 2. Dezember 2016 liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Stephanie Schwarz, mit Eingabe vom 19. Januar 2017 (Urk. 1) Beschwerde erheben mit dem Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr ab März 2013 eine Rente der Invalidenversicherung auszurichten. Überdies sei festzustellen, dass sie nicht zur MTT-Therapie verpflichtet sei. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur ergänzenden medizinischen Abklärung und erneuten Verfügung über den Rentenanspruch zurückzuweisen. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Urk. 1 S. 2). Ferner wurde ein Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsvertretung gestellt (Urk. 1 S. 2). Zusammen mit der Beschwerdeschrift wurde ein Bericht von Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Rheumatologie, vom 20. Oktober 2015 neu eingereicht (Urk. 3/4). Die IV-Stelle schloss am 22. Februar 2017 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 12). Mit Verfügung vom 1. März 2017 wurde der Versicherten die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwältin Stephanie Schwarz als unentgeltliche Rechtsvertreterin ernannt. Überdies wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet und der Beschwerdeführerin eine Frist von 30 Tagen zur Einreichung einer Replik angesetzt (Urk. 14). Diese Frist wurde in der Folge antragsgemäss erstreckt, letztmals bis zum 19. Juni 2017 (Urk. 16 und 17). Die Replik wurde mit Eingabe vom 16. Juni 2017 erstattet (Urk. 18). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 30. Juni 2017 auf eine Duplik (Urk. 22), wovon der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 3. Juli 2017 Kenntnis gegeben wurde (Urk. 23). Am 16. April 2018 reichte Rechtsanwältin Stephanie Schwarz ihre Honorarnote ein (Urk. 24 und 25).

Auf die Ausführungen der Parteien in den Rechtsschriften und die im Beschwerdeverfahren neu eingereichte Unterlage (Urk. 3/4) wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Mit dem Gutachten der G.____ AG ist belegt, dass die Beschwerdeführerin seit spätestens 6. Juli 2015 in einer angepassten Tätigkeit mit dem gutachterlich für mulierten Belastungsprofil zu 80 % arbeitsfähig ist. In der angestammten Tätigkeit ist sie aus rheumatologischen Gründen lediglich maximal vier Stunden pro Tag arbeitsfähig.

E. 6.2

Es wurde in Abrede gestellt, dass die im Dezember 1956 geborene Beschwerdeführerin diese Arbeitsfähigkeit wirtschaftlich verwerten kann (Urk. 1 S. 6 und 18 S. 3).

Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind. 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 auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistisch nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihre Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (BGE 138 V 457 E. 3.1 mit Hinweisen).

Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht (BGE 138 V 457 E. 3.2)

Der massgebliche Stichtag für die Beantwortung der Frage nach der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbsfähigkeit (BGE 138 V 457 E. 3.3), mithin der 6. August 2015 (Urk. 13/102).

Im fraglichen Zeitpunkt war die Beschwerdeführerin erst 58 ½ Jahre alt. Bis zum Erreichen des AHV-Alters verblieb ihr somit noch eine Aktivitätsdauer von rund fünf Jahren. Zwar wurde richtig erkannt, dass die Beschwerdeführerin lediglich über eine achtjährige schulische Ausbildung verfügt und keinen Beruf erlernte (Urk. 1 S. 6; vgl. Urk. 13/9/4-5). Sie war aber dennoch erfolgreich für diverse Arbeitgeber tätig und bewältigte nach einem familiär bedingten längeren Unterbruch einen gelungenen Wiedereinstieg ins Erwerbsleben (vgl. Urk. 13/7/1-7 und 13/124). Sprachliche Hindernisse bestehen ebenso wenig wie gewichtige gesundheitliche Beeinträchtigungen, welche die Beschwerdeführerin an der Ausübung einer Erwerbstätigkeit hindern würden. Es kommen für sie noch zahlreiche Tätigkeiten mit leichten- bis mittelschweren körperlichen Arbeiten einfacher geistiger Art, insbesondere in Form von Hilfstätigkeiten in Betracht, die alters unabhängig nachgefragt

werden (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C_4 03/2017 vom 25. August 2017 E. 4.4.1 mit Hinweisen) und lediglich mit einem geringen Ein arbeitungsaufwand verbunden sind. Dabei kann die Beschwerdeführerin auch auf ihre zahlreichen im Berufs- und Familienleben gewonnenen Erfahrungen zurück greifen. Selbst eine teilzeitliche Tätigkeit im angestammten Bereich als Köchin wäre ihr noch möglich. Aus dem Abschlussbericht der O.____ vom 17. Oktober 2016 (Urk. 13/152) geht zudem eindrücklich hervor, dass die Versicherte über Pünktlichkeit, eine gewinnende Art und Integrationsfähigkeit verfügt, welche von Arbeitgebern geschätzt werden. Einer Verwertung der festgestellten Restarbeitsfähigkeit steht vor diesem Hintergrund nichts entgegen (vgl. auch Urk. 12 S. 2 f. mit Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts 8C_657/2010 vom 19. November 2010 E. 5.2.3).

E. 6.3

Es ist unbestritten, dass unter diesen Umständen eine Invaliditätsbemessung vor zunehmen ist, die nach der Einkommensvergleichsmethode zu erfolgen hat. Zu Recht wurde von Seiten der Beschwerdeführerin nicht in Frage gestellt, dass das hypothetische Valideneinkommen ausgehend vom zuletzt erzielten Verdienst von Fr. 60'902.85 (im Jahr 2012; vgl. Urk. 13/28/2) zu ermitteln ist (Urk. 1 und 18; vgl. Urk. 2 S. 2 und 13/111). Dieses wäre ebenso wie das hypothetische Invalideneinkommen der Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2015 anzupassen, weshalb vorliegend sowohl beim Validen- als auch beim Invalideneinkommen auf eine entsprechende Berechnung verzichtet werden kann.

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss LSE herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 135 V 297 E. 5.2 und 129 V 472 E. 4.2.1).

Der Beschwerdeführerin übte seit dem Jahr 2012 keine Erwerbstätigkeit mehr aus. Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das massgebliche Invalideneinkommen anhand eines Tabellenlohnes ermittelt hat. In Anbe tracht des gutachterlich umschriebenen Zumutbarkeitsprofils, der geringen Schulbildung und der bisherigen beruflichen Erfahrung der Beschwerdeführerin erscheint es gerechtfertigt, das hypothetische Invalideneinkommen ausgehend vom Durchschnittslohn (Zentralwert) für Frauen für einfache Tätigkeiten körperlicher und handwerklicher Art von Fr. 4'112.-- pro Monat zu ermitteln (vgl. LSE 2012, Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1, Frauen). Unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen Wochenarbeitszeit von 41,7 Stunden resultiert bei einem Pensum von 80 % ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 41'152.90 (Fr. 4'112.-- : 40 x 41,7 x 12: 100 x 80).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nur noch beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in

der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, 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 Anhaltspunkte 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 verwerten 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).

Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin vertrat wiederholt die Auffassung es sei der maximal zulässige Leidensabzug von 25 % vorzunehmen (Urk. 1 S. 6 und 13/116/5-6). Dagegen wurde von der Beschwerdegegnerin korrekt eingewandt, dass sich ein fortgeschrittenes Alter – insbesondere im Bereich der für die Beschwerdeführerin in Frage kommenden einfachen Hilfstätigkeiten – nicht zwingend lohnsenkend auswirken muss (vgl. Urk. 2 S. 2 mit Hinweis auf die Urteile des Bundesgerichts 9C_366/2015 vom 22. September 2015 E. 4.3.2 und 9C_658/2015 vom 9. Mai 2016 E. 5.2.2). Selbst wenn man indessen – zu Gunsten der Beschwerdeführerin – dem Alter und der Dauer des letzten Anstellungsverhältnisses eine Relevanz zumessen würde, wäre ein leidensbedingter Abzug von maximal 5 % zu gewähren, da sonst keine Umstände auszumachen sind, die einen höheren Abzug zu rechtfertigen vermöchten.

Es ist somit von einem massgeblichen Invalideneinkommen von Fr. 39'095.25 auszugehen (Fr. 41'152.90 : 100 x 95).

E. 6.4

Aus der Gegenüberstellung der relevanten Vergleichseinkommen resultiert ein Invaliditätsgrad von 35,8 % ([Fr. 60'902.85 - Fr. 39'095.25] : Fr. 60'902.85 x 100) seit Juli 2015, welcher keinen Rentenanspruch zu begründen vermag. Darüber hinaus wäre zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin unbestritten lediglich im Umfang von 67,5 % teilzeitlich erwerbstätig war. Es wurde weder von ihr geltend gemacht noch bestehen Anhaltspunkte dafür, dass sie über einen Aufgabebereich verfügte. Dementsprechend wäre die Einschränkung im erwerblichen Bereich proportional – im Umfang des hypothetisch-erwerblichen Teilzeitpensums – zu berücksichtigen (vgl. BGE 142 V 290 E. 7 und das IV-Rundschreiben Nr. 372 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 9. Januar 2018). Der massgebliche Invaliditätsgrad würde folglich lediglich 24,15 % betragen. 7.

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin für den Zeitraum von November 2015 (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 2. Dezember 2016 zu Recht einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verneinte. Dies führt in diesem Umfang zur Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten ist. Demgegenüber ist die Beschwerde, soweit darauf einzutreten ist, in dem Sinne teilweise gutzuheissen, dass die angefochtene Verfügung insofern aufzuheben ist, als ein Rentenanspruch bis Ende Oktober 2015 verneint wurde. Diesbezüglich ist die Sache zu weiteren Abklärungen und zur Ergänzung des Gutachtens im Sinne der dargelegten Erwä

gungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (§ 26 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht; GSVGer; vgl. auch B GE 137 V 210 E. 4.4.1.4).

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. 8.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Sie sind dem Ausgang des Verfahrens entsprechend der mehrheitlich unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 8.2

Überdies hat die mehrheitlich obsiegende Beschwerdeführerin Anspruch auf den Ersatz der Parteikosten (§ 34 Abs. 1 GSVGer). Rechtsanwältin Stephanie Schwarz hat für ihre Bemühungen und Auslagen als unentgeltliche Rechtsvertreterin

eine Honorarnote vom 16. April 2018 eingereicht (Urk. 25) . Der geltend gemachte Aufwand von 10 Stunden und 50 Minuten sowie die Barauslagen von Fr. 71.50 erscheinen angemessen. Es ist ihr daher wie beantragt eine Prozessentschädigung von Fr. 2'643.90 (inkl. Auslagen und 7,7 % MwSt) zuzusprechen . Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 2. Dezember 2016, soweit damit ein Rentenanspruch bis Oktober 2015 verneint wurde, aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin bis Ende Oktober 2015 neu verfüge. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der unentgeltlichen Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Stephanie Schwarz, Winterthur, eine Prozessentschädigung von Fr. 2'643.90 .-- (inkl. Barauslagen und MwSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie Schwarz - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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 Gohl Zschokke

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