

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00274 vom 16. Oktober 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-10-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00274](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00274)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00274 du 16 octobre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00274 del 16 ottobre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

3. Dezember 2012 verneinte sie einen Anspruch auf eine Invalidenrente, wobei sie einen Invaliditätsgrad von 20 %

gestützt auf die gemischte Methode (50 % Erwerb/50 % Haushalt) ermittelte ( Urk. 4/49). Mit der dagegen gerichteten Beschwerde vom 31. Januar 2013 liess die Versicherte mehrere psychiatrische Berichte, unter anderem einen Austrittsbericht des Z.\_\_\_\_ zu einem stationären Aufenthalt vom 10. Juli bis 14. August 2012 einreichen ( Urk. 5/51/3-26). Nachdem im gerichtlichen Verfahren beide Parteien von einer ungenügenden Abklärung des psychischen Gesundheitszustandes der Versicherten ausgegangen waren, hiess das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich die Beschwerde mit Urteil IV.2013.00108 vom 30. Juni 2014 in dem Sinne gut, dass es die angefochtene Verfügung aufhob und die Sache zu ergänzenden Abklärungen des psychischen Gesundheitszustandes an die Verwaltung zurückwies ( Urk. 7/64).

### **E. 1.1**

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

### **E. 1.2**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen ( vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2,

130 V 352 E. 2.2.1 ; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus ( vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1 , 130 V 396 E. 5.3 und E. 6 ). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2 , 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG ).

### **E. 1.3**

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3 ).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

### **E. 1.4**

Sowohl bei der erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch bei der Rentenrevidierung und im Neuanmeldungsverfahren ist die Methode der Invaliditätsbemessung ( Art. 28a IVG) zu bestimmen ( BGE 144 I 28 E. 2.2, 117 V 198 E. 3b ).

Die für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 144 I 28 E. 2.3, 141 V 15 E. 3.1, 137 V 334 E. 3.2, 125 V 146 E. 2c, 117 V 194 E. 3b).

Die Beantwortung der Statusfrage erfordert zwangsläufig eine hypothetische Beurteilung, die auch die hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen hat. Diese Entscheidungen sind als innere Tatsachen wesensmässig einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in der Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (vgl. BGE 144 I 28 E).

## **E. 2**

Gegen diesen Entscheid liess X.\_\_\_\_ am 3. März 2017 Beschwerde erheben und beantragen, die Beschwerdegegnerin sei zur Ausrichtung mindestens einer Dreiviertelsrente zu verpflichten (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Vernehmlassung vom 25. April 2017 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 4). Mit der Replik vom 16. August 2017 liess die Beschwerdeführerin am eingangs gestellten Antrag festhalten (Urk. 11). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (Urk. 13). Mit Verfügung vom 25. April 2018 gewährte das Gericht den Parteien das rechtliche Gehör zur mit BGE 143 V 409 und 143 V 418 geänderten Rechtsprechung des Bundesgerichts zur Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente bei psychischen Leiden (Urk. 15). Die der jeweils anderen Partei zur Kenntnis gebrachten Stellungnahmen der Parteien hierzu datieren vom 17. Mai 2018 (Urk. 17) und vom 6. Juni 2018 (Urk. 21).

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, nachfolgend eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:

- 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin verneinte den Anspruch auf eine Invalidenrente im angefochtenen Entscheid mit der Begründung, dass aus somatischer Sicht zwar die segmentale Belastbarkeit nach Bandscheibenoperation vermindert sei, dass daraus jedoch keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultierte. Aus psychiatrischer Sicht sei im MEDAS-Gutachten keine schwere, nicht mehr behandelbare Störung festgestellt worden. Es liege folglich kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor. Auch sei die Beschwerdeführerin in der Lage, ihren Haushalt zu versorgen; an der Qualifikation 50 % Erwerb/ 50 % Haushalt werde festgehalten (Urk. 2).

## E. 2.2

Die Beschwerdeführerin lässt dagegen im Wesentlichen vorbringen, dass sie im Gesundheitsfalle vollerwerbstätig wäre, dass der Invaliditätsbemessung mithin nicht die gemischte Methode zugrunde zu legen sei. Was die Arbeitsfähigkeit anbelange, setze sich die Beschwerdegegnerin nicht nur über die Beurteilung im von ihr eingeholten MEDAS-Gutachten hinweg, sondern auch über diejenige ihres Reginalärztlichen Dienstes (RAD), welche beide von einer lediglich noch 50%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ausgegangen seien (Urk. 1, 11). Im Übrigen entspreche das psychiatrische Teilgutachten der MEDAS den beweisrechtlichen Anforderungen gemäss der geänderten bundesgerichtlichen Rechtsprechung zur Beurteilung psychischer Leiden (Urk. 21).

## E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf eine Invalidenrente für die Zeit ab 1. Januar 2012 (frühest möglicher Rentenbeginn gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG) bis zum Erlass des hier angefochtenen Entscheids vom 31. Januar 2017, welcher rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze für die richterliche Überprüfungsbefugnis bildet (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), zu Recht verneint hat. Streitig ist in diesem Zusammenhang neben der zu klärenden Frage nach dem Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit, in welchem Umfang die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden erwerbstätig wäre. 3. 3.1

In somatischer Hinsicht lässt sich den Akten entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin im November 2002 einer operativen Versorgung ihres Karpaltunnelsyndroms rechts unterzogen hatte (Urk. 5/3/4 f.), am 17. Dezember 2003 folgte eine Plika-Resektion im rechten Knie (Urk. 5/3/6 f.) und am 5. Februar 2007 eine operative Versorgung eines CTS links bei einem Status nach Dekompression des Nervus

medianus durch Spaltung des Retinaculum

flexorum rechts 2004 (Urk. 5/3/8 f.). Im Rahmen einer Hospitalisierung im Kantonsspital Winterthur vom 3. bis 28. Januar 2008 aufgrund eines therapieresistenten, chronischen lumbospondylogenen Syndroms mit möglicher radikulärer Komponente S1 rechts zeigte das MRI als Hauptbefund eine breitbasige Diskushernie L5/S1 mit möglicher Affektion der Nervenwurzel S1 (vgl. Bericht des C.\_\_\_\_ vom 24. Januar 2008, Urk. 5/3/10 f.).

Eine am 24. April 2008 erlittene Unterschenkelfraktur links wurde am 14. und 18. April 2008 im D.\_\_\_\_ operativ versorgt (Urk. 5/3/12 f.). Am 8. Dezember 2010 musste sodann eine bei einem Treppensturz vom Februar 2010 erlittene Intervall-Läsion der Rotatorenmanschette rechts mittels Acromioplastik und einer Tenotomie der langen Bicepssehne sowie einer Rotatorenmanschettenrekonstruktion versorgt werden (Urk. 5/3/15 f.). Kurz vor der Anmeldung zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung zog sich die Beschwerdeführerin bei einem Ausrutscher auf der Toilette

noch eine Schrägfraktur Phalanx Intermedius

Dig. IV an der rechten Hand zu (Urk. 5/3/17).

Die Diagnosen im Bericht des Hausarztes der Beschwerdeführerin Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, vom 3. Oktober 2011 lauteten wie folgt (Urk. 5/11/6): - Schmerzhafte Supraspinatussehnenruptur mit Verdacht auf Instabilität der

langen Bizepssehne rechts zur arthroskopischen

Rekonstruktion am 8.12.2010 - Arterielle Hypertonie - Hand- und Fingerekzem bei epikutaner Sensibilisierung auf Nickelsulfat - Status nach CTS-Operation rechts 2002 - Status nach CTS-Operation links 2007 - Rezidivierende depressive Störung, psychosoziale Belastungssituation, Anpassungsstörung - PHS links mit subacromialem Impingement - Thoracic Outlet Syndrom links (2004) - Oligosymptomatisches gastro-oesophageales

Refluxleiden, funktionelle Dyspepsie - Adipositas - Hämorrhoidalleiden - Status nach Hämorrhoidalthrombose 2006 - Status nach Kniearthroskopie rechts, Plicaresektion bei Patellainstabilität 12/2003 - Achillodynie rechts bei Verdacht auf Haglund - Exostose rechts 2007 - Therapieresistentes LSS/LRS S1 rechts -

Mediolaterale Diskushernie L5/S1 - Status nach CT-gesteuerter Infiltration 12/2007 - Wirbelsäulenfehlhaltung (Hyperlordose, thoraco-lumbale Skoliose) -

Fascettenüberlastungs-Problematik tief-lumbal -

Beckentiefstand links - Ausgeprägtes Hypermobilitätssyndrom mit/bei - Symptomatischen multiplen Periarthralgien - Tendenzielle Weichteilrheumatisierung - Status nach Osteosynthese einer Unterschenkelfraktur links 4/2008, Refixation

der vorderen Syndesmose - Status nach Sektion 1992 .

Dr. E. \_\_\_

erachtete die Depression als im Vordergrund stehend. Seit der Schulteroperation im Dezember 2010 bestehe eine eingeschränkte Beweglichkeit rechts mit eingeschränktem Schürzengriff. Zudem könne die Beschwerdeführerin seit der Unterschenkelfraktur nicht mehr knien, und langes Stehen verursache Schwellungen und Schmerzen im oberen Sprunggelenk links. Auch bestünden Kreuzschmerzen linksseitig beim Sitzen oder längerem Stehen mit Parästhesien im ganzen Fuss. Die Arbeitsfähigkeit liege wie bisher bei 50 % (Urk. 5/11/8).

Auf Überweisung von Dr. E. \_\_\_ folgte ein stationärer Aufenthalt im C. \_\_\_ vom 16. bis 18. Mai 2012 bei einer cauda

equina -Symptomatik (Urk. 5/431/1) . 3.2

Was den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin anbelangt, zeigt die Aktenlage bis zum Erlass des Urteils IV.2013.00108 vom 30. Juni 2014 folgendes Bild:

Gemäss ärztlichem Zeugnis von Dr. med. F. \_\_\_ , Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 16. April 2011 (Urk. 5/3/3) steht die Beschwerdeführerin seit dem 29. Mai 2002 wegen chronischer Depressionen ununterbrochen in seiner Behandlung. Dr. F. \_\_\_ erachtete sie seit dem 19. November 2007 aus psychischen Gründen zu 50 % als dauerhaft arbeitsunfähig; zwischenzeitlich sei die Beschwerdeführerin wegen Unfällen und körperlichen Beschwerden immer wie der zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. In einem Bericht vom 17. August 2011 erklärte Dr. F. \_\_\_ , dass die Beschwerdeführerin schon immer psychisch wenig belastbar gewesen sei und bereits vor 2002 zwei Therapeuten aufgesucht habe. Vom 1. Juni bis 8. Juli 2004 sei sie stationär in der psychiatrischen Klinik Z. \_\_\_ behandelt worden. Seine psychiatrische Diagnose lautete auf eine seit mindestens

2002 vorliegende rezidivierende depressive Störung, zeitweise schwer-, meist mittelgradig (Urk. 5/9; Austrittsbericht der Psychiatrischen Privatklinik Z.\_\_\_\_, 5/17). Im Rahmen eines stationären Aufenthalts in der G.\_\_\_\_ vom 13. November bis 10. Dezember 2011 wurde sodann eine rezidivierende mittelgradige depressive Störung diagnostiziert (Urk. 5/33).

Gemäss Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 19. Januar 2013, habe sich der psychische Zustand der Beschwerdeführerin seit August/November 2011 deutlich verschlechtert. Ein Arbeitsversuch als Kioskverkäuferin mit einem 50%-Pensum in den Monaten August bis Oktober 2011 habe wegen deutlicher Zunahme körperlicher Beschwerden sowie der psychischen Verzweiflung und der Depression abgebrochen werden müssen. Seither liege diagnostisch konstant eine chronifizierte mittel- bis schwergradige depressive Störung (ICD-10 F33.2/33.11) vor. Ausdruck hiervon seien diverse (teil-)stationäre Klinikaufenthalte, so jener in der G.\_\_\_\_ vom 13. November bis 10. Dezember 2011 (vgl. Urk. 5/33), in der H.\_\_\_\_ vom 30. April bis 16. Mai 2012 (vgl. Urk. 5/39) und im Z.\_\_\_\_ vom 10. Juli bis 14. August 2012 (vgl. Urk. 5/50/5-8). Dr. F.\_\_\_\_ hielt fest, die Beschwerdeführerin sei immer wieder schwer verzweifelt, deprimiert, oft ernsthaft suizidal. Sie sei schwer antriebsgestört, energielos, habe Sinnlosigkeitsgefühle, Verzweiflungszustände und permanente Suizidphantasien. Sie habe Schlafstörungen, sei vital schwer eingeschränkt, leide zudem an multiplen Körperschmerzen und sei nicht fähig, Kontakte zu knüpfen. Er beurteile die Beschwerdeführerin wegen des anhaltenden schweren depressiven Zustandes seit November 2011 als durchgehend zu 100% arbeitsunfähig. Dies gelte für alle Arten leistungsorientierter Tätigkeiten, phasenweise aber auch für Tätigkeiten in einer geschützten Werkstätte. Die Prognose sei sowohl bezüglich der körperlichen Beschwerden als auch und vor allem in Bezug auf den psychischen Zustand sehr ungünstig. Dieser Verlauf zeige sich trotz konstanter stationärer und ambulanter psychotherapeutischer Behandlung und trotz regelmässiger Pharmakotherapie (Urk. 5/51/19-20).

Gemäss Bericht des I.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2012, wo sich die Beschwerdeführerin vom 15. November bis 24. Dezember 2012 einem mehrwöchigen Intensivrehabilitationsprogramm unterzogen hatte, welches wegen einer massiven Verschlechterung des Gesundheitszustandes habe abgebrochen werden müssen, litt die Beschwerdeführerin an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1) und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Es liege auch für angepasste Tätigkeiten auf längere Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor (Urk. 5/62/8 ff.). Die Diagnose im Austrittsbericht des Z.\_\_\_\_ vom 5. September 2012 zum Aufenthalt vom 10. Juli bis 14. August 2012 lautete auf eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (Urk. 5/50/5 ff.). Dr. F.\_\_\_\_ erklärte am 12. November 2013, dass sich im Wesentlichen nichts geändert habe und eine chronifizierte rezidivierende, meist schwergradige depressive Störung vorliege (Urk. 5/62/13). Gestützt auf diese Aktenlage sowie angesichts der diesbezüglich gleichlautenden Parteianträge erfolgte die Rückweisung im Urteil IV.2013.00108 vom 30. Juni 2014 zu ergänzenden psychiatrischen Abklärungen (Urk. 7/64/3 f.). 3.3

Nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils vom 30. Juli 2014 nahm die Beschwerdegegnerin unter anderem einen Bericht von PD Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen- und Schmerzlinik K.\_\_\_\_, vom 1. November 2014 zu den Akten. Dr. J.\_\_\_\_ diagnostizierte eine therapieresistente Ischialgie rechts mit intermittierendem

L5-Syndrom bei Diskushernie L4/5 mit Verdacht auf eine dynamische Wurzelkompression L5 rechts. Dieser Zustand bestehe seit 5 Jahren bei anamnestisch zusätzlichen psychiatrischen Aspekten, einer Adipositas und psychosozialer Problematik. Nach dem Versagen konservativer Massnahmen wie verschiedenen Infiltrationen erfolge eine Weiterweisung der Beschwerdeführerin an Dr. med. L.\_\_\_\_ zur Evaluation einer operativen Behandlung mit Dekompression und allenfalls Stabilisation L4/5 rechts. Die Beschwerdeführerin sei seit mindestens Dezember 2012 als Verkäuferin zu 100 % arbeitsunfähig. Derzeit sei auch keine Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit quantifizierbar. Es werde sicher auch nach einer operativen Behandlung eine eingeschränkte Belastbarkeit persistieren ( Urk. 5/71).

Dr. F.\_\_\_\_ sprach sich am 1. November 2014 wiederum dafür aus, dass die rezidiierende depressive Störung seit November 2011 anhaltend schwergradig sei und keinerlei Tätigkeit mehr zumutbar sei ( Urk. 5/72).

Gemäss Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 25. November 2014 litt die Beschwerdeführerin seit Ende 2013 immer wieder unter rechtsseitigen Rückenschmerzen mit Ausstrahlungen ins rechte Bein. Nach Scheitern der konservativen Therapien sei nun die Dekompression L4/5 angezeigt. Er ging nunmehr von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit seit 2. Oktober 2013 aus ( Urk. 5/73).

Gemäss Dr. L.\_\_\_\_, FMH für Orthopädische Chirurgie, M.\_\_\_\_, werde vermutlich auch nach der am 25. November 2014 durchgeführten Hemilaminektomie mit Neurolyse und Dekompression L4/5 eine Rest-Fussheberschwäche vorhanden bleiben, welche die Gehfähigkeit vermindere, daher sei die Prognose im angestammten Beruf ungünstig. Zurzeit bis mindestens 3 Monate postoperativ sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig ( Urk. 5/75).

Nach dem knapp dreiwöchigen postoperativen Rehaufenthalt in der Z.\_\_\_\_ vom 4. bis 17. Dezember 2014 war die Beschwerdeführerin gemäss Austrittsbericht vom 17. Dezember 2014 in der Lage, sicher an Unterarmgehstöcken zu gehen und 20 Treppenstufen zu steigen. Eine genaue Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit sei mangels genauer Kenntnis der Vorgeschichte schwierig; üblicherweise müsse von bis zu 12 Wochen Arbeitsunfähigkeit nach der Rückenoperation ausgegangen werden ( Urk. 5/76/7 ff.). Am 16. Februar 2015 schilderte Dr. L.\_\_\_\_ einen verzögerten Verlauf mit immer noch Schenkelhinken und L5-Ausfall rechts sowie nicht dermatombezogener Hypoästhesie; ansonsten sei die Beschwerdeführerin nun ohne Stöcke mobil. Sollte die Ausfallsymptomatik bei der Verlaufskontrolle in sechs Monaten immer noch präsent sein, könnte allenfalls eine Unterschenkelorthese rechts die Gehfähigkeit verbessern. Die Reintegration in den Arbeitsprozess sei eher fraglich; monotones Stehen und Sitzen sowie Tragen von 5-10 Kilogramm sollte dauerhaft gemieden werden ( Urk. 5/77).

Bei diagnostizierten beginnenden degenerativen Veränderungen der rechten Hüfte, einer therapieresistenten Ischialgie rechts und einem intermittierenden sensiblen L5-Syndrom rechts folgte am 6. Juli 2015 im N.\_\_\_\_ eine Infiltration der rechten Hüfte zur Differentialdiagnose respektive Therapie ( Urk. 5/85/5 ff.) .

Der seit 6. Februar 2015 behandelnde Psychiater Dr. med. O.\_\_\_\_ schloss sich der Beurteilung seines Vorgängers Dr. F.\_\_\_\_, wonach die Beschwerdeführerin den Belastungen im ersten Arbeitsmarkt unter normal üblichen Bedingungen aufgrund ihrer

deutlich reduzierten psychischen Belastbarkeit kaum gewachsen sei, an. Unter angepassten Bedingungen in Sinne einer erheblichen Reduktion der Anforderungen an die Produktivität in Verbindung mit einem wohlwollenden Umfeld mit klar vorgegebenen Aufgaben inklusive reduzierten Anforderungen an die geistige Flexibilität erachtete er medizinisch-theoretisch eine Arbeitsfähigkeit von 50 % vorstellbar, wobei er Integrationsmassnahmen als zwingend erforderlich erachtete. Diagnostisch schloss er aktuell auf eine rezidivierende Störung, gegenwärtig leicht bis mittelgradig mit/bei einem Verdacht auf geminderte Intelligenz, bei einer erheblich reduzierten psychischen Belastbarkeit und bei selbstunsicheren, ängstlichen Persönlichkeitszügen ( Urk. 5/88 ).

Dr. L.\_\_\_\_ führte am 10. August 2015 aus, dass sich die Fussheber schwäche leider nicht verbessert habe, weshalb eine Fussorthese verordnet worden sei. Bei der Verlaufskontrolle

6 Monate postoperativ hätten sich noch eine L5-Ausfall-Symptomatik rechts sowie Belastungsbeschwerden und auch Inguinalschmerzen gezeigt. Die Beschwerdegegnerin gehe in der Regel mit einem Stock; stockfreies Gehen sei nur mühsam möglich. Prognostisch sei die Situation ungünstig ( Urk. 5/90). 3.4

Im Rahmen der Begutachtung in der MEDAS B.\_\_\_\_ wurde die Beschwerdeführerin im Januar 2016 allgemein-innermediznisch, rheumatologisch und psychiatrisch exploriert. Wie dem Auszug der medizinischen Akten zu entnehmen ist, wurde sie anlässlich einer Hospitalisation in der P.\_\_\_\_ vom 29. September bis 5. Oktober 2015 (Bericht nicht in den Akten ) mit einer Hüft-Totalprothese rechts mit intraoperativer Fissur und Cerclage versorgt ( Urk. 5/105/7). Gemäss Anamnese in der rheumatologischen Teilbegutachtung erklärte die Beschwerdeführerin, dass es ihr bezüglich der neueren Leisten schmerzen seit dem Einsatz der Hüftprothese deutlich besser

gehe . Im Wesentlichen unverändert seien dagegen die Schmerzen im Rückenbereich, insbesondere im Kreuz, habe doch die Rückenoperation zu keiner wesentlichen Verbesserung geführt. Seit zirka 2014 seien Schulterschmerzen rechts hinzugetreten. Im Vordergrund stünden aber die psychischen Probleme, die Depression und die Angstgefühle ( Urk. 5/105/19 f. ).

In der zusammenfassenden Beurteilung lauteten die Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wie folgt ( Urk. 5/105/12): - Anhaltende in der Ausprägung etwas schwankende depressive Störung - Sonstige näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung mit ängstlichen, vermeidenden, sozialphobischen Zügen und pathologischer Schmerzverarbeitung - Chronisches lumbosakrales Schmerzsyndrom mit Ausstrahlung in beide Beine - Multifaktoriell bedingt - Status nach Hemilaminektomie , Neurolyse , Dekompression L4/5 rechts vom 25.11.2014 - Mit/bei erheblicher muskulärer Dekonditionierung , Adipositas ( BMI 40), leichten degenerativen Veränderungen - Status nach Hüft-TP rechts September 2015 - Ohne relevante funktionelle Einschränkungen.

Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit massen die zuständigen Gutachterpersonen der leichten Impingementssymptomatik rechts ohne relevante funktionelle Einschränkung bei.

Aus rheumatologischer Sicht werde die Arbeitsfähigkeit lediglich durch die lumbale Schmerzsymptomatik mässig eingeschränkt und zwar in dem Sinne, dass schwere Arbeit nicht, leichte bis mittelschwere Arbeit dagegen voll zumutbar sei. Was die angestammte Tätigkeit im Verkauf anbelange könne infolge fehlenden Belastungsprofils keine definitive

Beurteilung erfolgen. In psychischer Hinsicht sei die Beschwerdeführerin seit ihrer Kindheit belastet, habe mehrmalige ambulante und stationäre Behandlungen durchlaufen und klage heute über Antriebslosigkeit, Traurigkeit und Angstzustände. Gemäss der unter Berücksichtigung der massgeblichen Indikatoren erfolgten psychiatrischen Teilbegutachtung sei die diagnostizierte Gesundheitsschädigung bedeutsam und schränke die Arbeitsfähigkeit massgeblich im Umfang von 50 % ein. Insgesamt sei von dieser Einschränkung auszugehen und zwar auch in jeder angepassten Tätigkeit. Aus psychiatrischer Sicht gelte diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit seit 2011, aus rheumatologischer Sicht ab dem Zeitpunkt der Begutachtung ( Urk. 5/105/12 f.). Der rheumatologische Teilgutachter Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, FA Sonographie des Bewegungsapparates (SGUM), hielt zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit fest, dass vor dem Gutachtenzeitpunkt die Arbeitsfähigkeit durch die entsprechenden operativen Eingriffe und die notwendigen Rehabilitationsphasen eingeschränkt worden sei. Eine detaillierte Aussage sei retrospektiv nicht möglich ( Urk. 5/105/24).

Pract. med. R.\_\_\_\_, Facharzt für Arbeitsmedizin, des RAD beurteilte das MEDAS-Gutachten in seiner Stellungnahme vom 7. März 2016 als vollumfänglich beweiskräftig und sprach sich dafür aus, dass aufgrund der im Zeitraum zwischen 2011 bis Ende 2015 durchgeführten Operationen und der dadurch bedingten Rekonvaleszenzphasen sowie der medizinischen Behandlungen zumindest zeitweise von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Nach Abschluss der jeweiligen medizinischen Behandlungen (geschätzte Dauer jeweils 3-6 Monate) sei aus versicherungsmedizinischer Sicht dann jeweils wieder von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen ( Urk. 5/126/5 f.). 4. 4.1

Im Rahmen der Würdigung der medizinischen Akten erweist sich das Gutachten der MEDAS B.\_\_\_\_ im Lichte der höchstrichterlichen Anforderungen an die Beweiskraft einer medizinischen Expertise (vgl. obige E. 1.6) und der übrigen medizinischen Akten als in wesentlichen Teilen überzeugende, in Kenntnis der Vorakten erstellte und nachvollziehbar begründete ärztliche Beurteilung.

Was den somatischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin anbelangt, ist sowohl dem Aktenauszug im Hauptgutachten ( Urk. 5/105/2 ff.) als auch der Anamnese aufgrund der subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin im rheumatologischen Teilgutachten ( Urk. 5/105/19) die eindrückliche Krankengeschichte mit einer Vielzahl an Operationen zu entnehmen. Trotz der diversen Eingriffe blieben die objektivierbaren klinischen wie auch die radiologischen Befunde letztlich im Begutachtungszeitpunkt relativ bescheiden. So legte der rheumatologische Teilgutachter Dr. Q.\_\_\_\_ unter Bezugnahme auf die allseitig erhobenen Befunde in nachvollziehbarer Weise dar, dass bezüglich des Bewegungsapparates im Wesentlichen ein multifaktorielles Vertebralesyndrom mit geklagten Ausstrahlungen in beide Beine vorliege, wobei die lumbale Beweglichkeit nicht wesentlich eingeschränkt sei und eine peripher radikuläre Symptomatik klinisch bestmöglich ausgeschlossen werden könne. Auch könne die diffuse Schwäche am rechten Fuss keiner neuroanatomischen Struktur zugeordnet werden. Bei Anhaltspunkten für eine gewisse subjektive "Problemüberzeichnung" bei muskulärer Dekonditionierung, welche letztere möglicherweise durch die psychiatrische Komorbidität und die Adipositas mitunterhalten werde ( Urk. 5/105/23), erachtete Dr. Q.\_\_\_\_ schwere körperliche Arbeiten aufgrund der verminderten segmentalen Belastbarkeit nach der Bandscheibenoperation als nicht mehr

zumutbar. Was den Zustand nach der Hüftprothesentransplantation anbelangt, erkannte er in Übereinstimmung mit den anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin ( Urk. 5/105/20) einen guten postoperativen Verlauf, ging aber - ebenfalls nachvollziehbar – aufgrund der allgemeinen medizinischen Erfahrung von einer gewissen verminderten Belastbarkeit aus. Auch wenn Dr. Q.\_\_\_\_

die erheblichen Befunde im Zusammenhang mit den Schulterbeschwerden insgesamt als zu gering erachtete, als dass sich eine weitere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit rechtfertigte, trug er denselben im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils dennoch Rechnung mit der Begrenzung der Gewichtslimite

bis

Schulterhöhe auf 5 Kilogramm.

Insgesamt erscheint das von ihm erstellte, der Gesamtbeurteilung zugrunde gelegte Zumutbarkeitsprofil ( Urk. 5/105/13, 5/105/24), wonach der Beschwerdeführerin leichte bis maximal mittelschwere Tätigkeiten, vorzugsweise wechselnde (stehend/gehend) mit lediglich vereinzelt Heben von Lasten bis 5 Kilogramm auf Schulterhöhe und 10 Kilogramm über Beckenhöhe, ohne Tätigkeiten mit Halte- und Sicherungsfunktionen sowie Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, solchen mit Vibrationen und mit gehäuften vertebrale Rotationen, Bücken und Knien zumutbar seien, als begründet und mit den erhobenen Befunden sowie der übrigen medizinischen Aktenlage im Einklang stehend (vgl. unter anderem: Zumutbarkeitsprofil von Dr. L.\_\_\_\_, in: Urk. 5/77/1). Nachvollziehbar ist auch, dass die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Verkäuferin nicht pauschal beurteilt werden kann, sondern vom konkreten Belastungsprofil einer Stelle abhängt.

Wie Dr. E.\_\_\_\_ bereits im Oktober 2011 feststellte

(vgl. Urk. 5/11/7) und die Beschwerdeführerin selber betonte, erachtete auch Dr. Q.\_\_\_\_ die psychischen Probleme als im Vordergrund stehend ( Urk. 5/105/25). Ob es sich rechtfertigt, aus somatischer Sicht ab dem Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. Q.\_\_\_\_ im Januar 2015 von einer grundsätzlich uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auszugehen – wie im Rahmen der Gesamtbeurteilung der MEDAS gefolgt (vgl. Urk. 5/105/13) - oder ob aufgrund der körperlichen Einschränkungen ebenfalls eine gewisse quantitative Reduktion der Arbeitsfähigkeit anzunehmen ist, kann letztlich offenbleiben, würde eine solche doch in jedem Fall in der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit infolge des psychischen Gesundheitsschadens aufgehen (vgl. nachfolgende E. 4.2).

Was den Verlauf der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht anbelangt, sprachen sich

Dr. S.\_\_\_\_ ( Urk. 5/105/24) und der RAD-Arzt med. pract. R.\_\_\_\_ ( Urk. 5/126/6) nachvollziehbar dafür aus, dass die Arbeitsfähigkeit bis zur Begutachtung wesentlich durch die bis Ende 2015 durchgeführten Operationen, mithin die Rückenoperation im November 2014 und die Hüftoperation im September 2015 sowie die anschliessenden Rekonvaleszenzzeiten beeinflusst wurde.

Gemäss Dr. E.\_\_\_\_ verschlechterten sich die seit Jahren bestehenden (vgl. Urk. 5/3/10 f.) rechtsseitigen Rückenbeschwerden mit Ausstrahlungen ins rechte Bein Ende 2013 ( Urk. 7/73/3), was gemäss Aktenlage denn auch zur Überweisung der Beschwerdeführerin an PD Dr. J.\_\_\_\_ führte, welcher die Behandlung am 17. Dezember 2013 aufnahm. PD Dr. J.\_\_\_\_ erachtete die Beschwerdeführerin angesichts des operationswürdigen Befunds nach dem Scheitern sämtlicher konservativen Massnahmen aufgrund der eingeschränkten

Belastbarkeit der Wirbelsäule gemäss seinem Bericht vom 1. November 2014 zwar seit mindestens Dezember 2012 als zu 100 % arbeitsunfähig in jeder Tätigkeit ( Urk. 5/71/2 f.); angesichts der erst seit zirka Dezember 2013 in den medizinischen Akten dokumentierten Verschlechterung des diesbezüglichen Gesundheitszustandes ist aber erst ab Dezember 2013 von einer hierdurch verursachten vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

Nach dem operativen Eingriff vom 25. November 2014 verzögerte sich der Heilungsverlauf gemäss Aktenlage. Im Februar 2015 erachtete Dr. L.\_\_\_\_ eine Reintegration noch als ungünstig ( Urk. 7/77). Aufgrund der Verlaufskontrolle vom 12. Mai 2015 bestätigte

er noch immer keine Arbeitsfähigkeit, zumal er bereits die Inguinalschmerzen erwähnt ( Urk. 5/90), welche sodann bei festgestellter Coxarthrose rechts Infiltrationen nach sich zogen und letztlich in der Hüftoperation von September 2015 mündeten (vgl. Urk. 5/85/8 ff. und 5/105/7) . Damit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer seit Dezember 2013 ununterbrochenen 100%igen Arbeitsunfähigkeit bis zur Hüftoperation vom September 2015 auszugehen. Nachdem Dr. Q.\_\_\_\_ die Rehabilitation nach der Hüft-TP anlässlich der Begutachtung vom 14. Januar 2016 als gelungen und nahezu abgeschlossen beurteilte, und die Beschwerdeführerin selber nur noch über wenige Schmerzen beim Aufstehen berichtete ( Urk. 5/105/20) , ist vom Ende der Rehabilitation und damit auch der damit einhergehenden Arbeitsunfähigkeit aufgrund der somatischen Gesundheitsschäden per 31. Dezember 2015 auszugehen. 4.2

#### 4.2.1

Was den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin anbelangt, erstattete der von der MEDAS B.\_\_\_\_ beigezogene psychiatrische Teilgutachter Dr. T.\_\_\_\_ sein Gutachten in Kenntnis von BGE 141 V 281 und nahm bereits auf die entsprechenden Indikatoren Bezug . Gemäss seiner Einschätzung leidet die Beschwerdeführerin an einer anhaltenden, in der Ausprägung etwas schwankenden depressiven Störung gemäss ICD-10 F32.8 und an einer sonstigen näher bezeichneten Persönlichkeitsstörung mit ängstlichen, vermeidenden, sozial phobischen Zügen und pathologischer Schmerzverarbeitung gemäss ICD-10 F60.8 ( Urk. 5/105/30 ), wobei diese beiden Störungen die Arbeitsfähigkeit seit 2011 zu 50 % einschränken würden ( Urk. 5/105/33 ).

Entgegen der Meinung der Beschwerdegegnerin ( Urk. 2 S. 2) ist der diagnostischen Beurteilung von Dr. T.\_\_\_\_ nicht nur hinsichtlich der Depressionsdiagnose zu folgen, sondern auch bezüglich der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 F60.8. Wie Dr. T.\_\_\_\_ richtigerweise feststellte ( Urk. 5/105/32 oben), lassen sich den Akten durchaus Hinweise auf bereits im Jugendalter aufgetretene psychische Probleme entnehmen. So beurteilte Dr. F.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin als psychisch schon immer wenig belastbar ( Urk. 5/9/2 ). Im Bericht der H.\_\_\_\_ vom 8. August 2012 findet sich der Hinweis, dass die Beschwerdeführerin laut der vorliegenden Unterlagen seit dem Jugendalter unter wiederkehrenden depressiven Verstimmungen und seit dem jungen Erwachsenenalter an rezidivierenden depressiven Episoden leide ( Urk. 5/40/1). Gemäss Anamnese im Austrittsbericht des Z.\_\_\_\_ vom 5. September 2012 verspürte die Beschwerdeführerin erstmals mit zirka 12 Jahren starke Traurigkeit mit Lustlosigkeit und Antriebsmangel . Bereits damals habe sie eine psychiatrische Behandlung aufgenommen, welche 15 Jahre gedauert habe. Der Familienanamnese ist zudem zu entnehmen, dass der Vater bei einem Status nach Suizidversuch stark depressiv , der Bruder geistig retardiert ist

( Urk. 5/50/5 f. ). Der in die Lebens - und Kranken geschichte der Beschwerdeführerin eingebettete Schluss von Dr. T.\_\_\_\_ , wonach angesichts des Auftretens der Beschwerden bereits im jungen Erwachsenen alter und deren Hemmwirkung in Beruf und Freizeit eine Persönlichkeitsstörung vorliege, die parallel gehe mit den klassisch depressiven Elementen in Form von Niedergeschlagenheit, reduziertem Vitalgefühl, Antriebsverminderung, ungenügender Motivation, Schlafstörungen und sozialem Rückzug ( Urk. 5/105/31 unten), erweist sich angesichts dessen sowie unter Berücksichtigung der diagnostischen Leitlinien gemäss ICD-10 als nachvollziehbar. Auch der seit der Pensionierung von Dr. F.\_\_\_\_ behandelnde Psychiater Dr. O.\_\_\_\_ verwies auf die langjährige psychiatrische Krankengeschichte und stellte unter anderem die Diagnose " selbstunsichere-ängstliche Persönlichkeitszüge " ( Urk. 5/88/1 f. ) . Der RAD-Arzt R.\_\_\_\_ erachtete die von Dr. T.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen zu Recht als nachvollziehbar begründet und plausibel. 4.2.2

Dr. T.\_\_\_\_ verneinte das Vorliegen von "Ausschlussgründen" nach BGE 131 V 49 ebenso wie einen massgeblichen Einfluss von soziokulturellen Einflussfaktoren, auch wenn er festhält, dass die Rahmenbedingungen in Kindheit und Jugend, die Unstetigkeit des Elternhauses und die verstragte berufliche Erfüllung den Prozess (gemeint wohl: den Krankheitsprozess) möglicherweise beschleunigt hätten ( Urk. 5/105/32).

Zwar ist der Beschwerdegegnerin darin zuzustimmen (vgl. Urk. 2 S. 2), dass Dr. T.\_\_\_\_ in Übereinstimmung mit dem behandelnden Psychiater Dr. O.\_\_\_\_ ( Urk. 5/88) von einer aktuell höchstens mittelgradigen depressiven Befundlage ausging ( Urk. 5/105/32). Doch ist zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde im Komplex Gesundheitsschädigung festzuhalten, dass er einen deutlich reduzierten Antrieb und eine ebenso eingeschränkte Psychomotorik feststellte, ein eingegengtes Denken , eine ausgeprägte diffuse Ängstlichkeit und sozialphobische Züge sowie eine Affektarmut und ein reduziertes Vitalgefühl . Daneben notierte Dr. T.\_\_\_\_

eine Energielosigkeit und eine Perspektivenlosigkeit ( Urk. 5/105/29 f.). Insgesamt bezeichnete er

zwar die einzelnen Befunde nicht als sehr ausgeprägt; auch könne der verminderten psychischen Belastbarkeit keine ICD-10-Diagnostik zugeordnet werden. Doch mass er den krankheitswertigen Anteilen des psychischen Zustandes der Beschwerdeführerin letztlich doch eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bei ( Urk. 5/105/33), was im Wesentlichen der Einschätzung von Dr. O.\_\_\_\_ entsprach ( Urk. 5/88).

Mit Blick auf das Kriterium Behandlungserfolg oder –resistenz erklärte Dr. T.\_\_\_\_ in Übereinstimmung mit der Aktenlage , dass zahlreiche ambulante und stationäre Massnahmen durchgeführt und die Möglichkeiten der psychopharmakologischen Behandlungen ausgeschöpft worden seien, ohne dass sich der heute wahrscheinliche Endzustand wesentlich

beeinflussen lassen. Zur Erhaltung der Lebensqualität sei die Behandlung fortzusetzen, ohne dass eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit erwartet werden könne ( Urk. 5/105/33). Er legte damit mit aller Deutlichkeit dar, dass die Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft wurden und zu keinem nachhaltigen Erfolg im Sinne einer Heilung geführt haben , was nach der Rechtsprechung auf eine negative Prognose hindeutet (BGE 141 V 281 E. 4.3.1). Wie die Beschwerdegegnerin angesichts dieser medizinischen Aktenlage mit dem blossen Hinweis auf den zu hohen Duloxetine -Spiegel und die hieraus gefolgerte,

angeblich nicht optimale Medikation auf ein Verbesserungspotential und damit eine fehlende Therapieresistenz schliessen kann ( Urk. 2 S. 2), ist nicht nachvollziehbar.

In nachvollziehbarer Weise legte dagegen Dr. T.\_\_\_\_ dar, dass unter den Aspekten der Komorbiditäten und der Persönlichkeit nicht nur die körperlichen Beschwerden, sondern auch die "Kümmerentwicklung" der Beschwerdeführerin in Beruf und Freizeit ressourcenhemmend wirkten, habe sich die Beschwerdeführerin doch infolge ihrer seit der Jugend andauernden seelischen Probleme in keinem Lebensbereich entfalten können ( Urk. 5/105/32). Als Ressource erkannte er in Übereinstimmung mit Dr. O.\_\_\_\_ ( Urk. 5/88) das Zusammenleben mit dem (invaliden) Ehemann, vermöge sie mit ihm zusammen den Alltag doch auf geringen Niveau zu bewältigen ( Urk. 5/105/32).

In Bezug auf den Indikator "Konsistenz" erachtete Dr. T.\_\_\_\_ das Aktivitätsniveau in allen vergleichbaren Lebensbereichen als reduziert. Ihr Lebensraum beschränke sich praktisch auf ihre Wohnung, respektive gar auf ihr Bett ( Urk. 5/105/32 ). Was die Inanspruchnahme therapeutischer Optionen anbelangt, ist auf die seit dem Jahr 2002 konsequent durchgeführte Psychotherapie mit begleitender medikamentöser Behandlung und die mehrfachen (teil-)stationären Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken zu verweisen (vgl. Urk. 5/3/3, 5/9/1, 5/17/1, 5/35, 5/39-40, 5/50, 5/61, 5/62, 5/72, 5/88 ). Insgesamt hat Dr. T.\_\_\_\_

in Würdigung der Standardindikatoren zu Recht darauf geschlossen, dass die ressourcenhemmenden Faktoren überwiegen, und hat entsprechend zu Recht auf eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 50 %

geschlossen. Damit übereinstimmend wurde auch seitens des RAD, mithin unter fachlichen medizinischen Aspekten, zustimmend auf das Gutachten Bezug genommen und die dortige Beurteilung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit übernommen ( Urk. 5/126/5 f.). Im Widerspruch dazu steht die anschliessende Würdigung des Sachverhalts durch die Sachbearbeitung, die zum Schluss führte, es bestehe gar kein anspruchrelevanter Gesundheitsschaden und damit kein Rentenanspruch ( Urk. 5/126/7 f.). Liegt aber - wie hier - eine medizinische Beurteilung vor, welche den von der Rechtsprechung entwickelten Ansprüchen genügt, ist auf sie abzustellen. Könnte der medizinischen Beurteilung nicht gefolgt werden, fehlte es an einer Grundlage für die Anspruchsprüfung. Das von der Beschwerdeführerin gewählte Vorgehen hingegen bewegt sich noch in der Logik der früheren Überwindungspraxis und widerspricht der seitherigen Rechtsprechung, wonach in der Invalidenversicherung Recht und Medizin, je nach ihren fachlichen und funktionellen Zuständigkeiten, zur Feststellung ein und derselben Arbeitsunfähigkeit beitragen: «Das heisst, dass die medizinischen Gutachter nicht (...) eine quasi freihändige Beurteilung abgeben und daneben noch Grundlagen liefern sollen, anhand derer die Rechtsanwender eine von der (...) ärztlichen Einschätzung losgelöste Parallelüberprüfung vornehmen. Es gibt keine unterschiedlichen Regeln gehorchende, getrennte Prüfung einer medizinischen und einer rechtlichen Arbeitsfähigkeit» (BGE 141 V 281 E. 5.2.3). 4.2.2

Was das Ausmass und den Verlauf der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit anbelangt, erscheint die attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit rückwirkend ab 2011 als plausibel und nachvollziehbar. Dass Dr. F.\_\_\_\_ am 19. Januar 2013 rückwirkend ab November 2011 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer mit teils bis schwergradig depressiven Episode attestierte ( Urk. 5/51/19 f.), ändert an dieser Beurteilung nichts, gilt es doch die

Erfahrungstatsache zu berücksichtigen, dass Hausärztinnen und Hausärzte wie überhaupt behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auf tragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Zudem gingen sowohl die G.\_\_\_\_ im Bericht vom 7. Dezember 2012 (Urk. 7/33), die H.\_\_\_\_ aufgrund der teilstationären Behandlung vom 30. April bis 16. Mai 2012 (Urk. 5/40) und das Z.\_\_\_\_ mit Bericht vom 5. September 2012 (Urk. 5/51/21) nicht von einer schweren, sondern von einer mittelgradigen depressiven Episode aus. Entsprechend ist ab Beginn der Wartezeit gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG, mithin ab Januar 2011 von einer psychisch bedingten 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen.

#### 4.2.3

Zusätzlich zu berücksichtigen ist die aus den somatischen Einschränkungen resultierende vollständige Arbeitsunfähigkeit

von Dezember 2013 bis Ende 2015, womit zusammenfassend von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit entsprechend dem von Dr. Q.\_\_\_\_ formulierten Zumutbarkeitsprofil (vgl. obige E. 4.1) ab Januar 2011 und einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit von Anfang Dezember 2013 bis Ende Dezember 2015 mit anschliessend neuerlicher 50%iger Arbeitsfähigkeit angepasst auszugehen ist.

#### **E. 2.4**

). 1.

#### **E. 5**

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

#### **E. 5.1**

Streitig ist weiter, in welchem Umfang die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden erwerbstätig wäre.

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Entscheid auf den Standpunkt, die Beschwerdeführerin habe zuletzt von November 2000 bis Februar 2009 in einem Teilzeitpensum von 50 % gearbeitet und anlässlich der Haushaltsabklärung vom 25. Januar 2012 erklärt, am liebsten würde sie im Gesundheitsfall wie der zu 50 % arbeiten.

Auf diese Aussagen der ersten Stunde sei abzustellen ( Urk. 2 S. 3). Die Beschwerdeführerin liess bereits im Einwandverfahren geltend machen, sie sei als ausschliesslich Erwerbstätige zu qualifizieren, habe sie ihr Erwerbspensum doch aus rein gesundheitlichen Gründen reduziert ( Urk. 5/134/2). In der Beschwerde liess sie zudem geltend machen, dass die Haushaltsabklärung nicht mehr den aktuellen Verhältnissen entspreche, sei doch zwei schenzeitlich ihr Sohn ausgezogen ( Urk. 1 2 und 4).

## **E. 5.2**

Es trifft zu, dass den Angaben der versicherten Person im Rahmen einer Haushaltsabklärung - da noch nicht von möglichen versicherungsrechtlichen Überlegungen geprägt - regelmässig erhöhtes Gewicht beizumessen ist. Vorausgesetzt ist aber, dass die versicherte Person in der Lage ist, die ihr gestellte Statusfrage einwandfrei zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_286/2013 vom 28. August 2013 E. 4.3 mit Hinweis).

Ob der Beschwerdeführerin aber grundsätzlich und aufgrund der Erklärungen der Abklärungsperson die Erfassung der Statusfrage möglich war, ist zweifelhaft. So sind sowohl dem Bericht von Dr. O. \_\_\_ vom 4. August 2015 mit dem diagnostizierten Verdacht auf eine verminderte Intelligenz (Urk. 5/88/1), als auch dem MEDAS-Teilgutachten von Dr. T. \_\_\_, in welchem der Hinweis auf ein einfaches Denken ohne Abstraktionsvermögen zu finden ist (Urk. 5/105/30), deutliche Hinweise darauf zu entnehmen, dass für die Beschwerdeführerin die Beantwortung der Frage zur hypothetischen Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall anspruchsvoll gewesen sein dürfte. Die Beantwortung dieser Frage verlangt vor allem von Versicherten, die seit langer Zeit aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind, ein gewisses Mass an Abstraktionsvermögen und Vorstellungskraft. Diese können bei Versicherten, die wie im Fall der Beschwerdeführerin mutmasslich über eher geringe intellektuelle Ressourcen verfügen, herabgesetzt sein.

Selbst wenn sich die Abklärungspersonen nach Kräften bemühen, den Versicherten die Bedeutung und Tragweite der Statusfrage zu erläutern, so vermag dies ein ungenügendes Vorstellungsvermögen nicht in jedem Fall vollständig zu kompensieren (Urteil des Bundesgerichts 9C\_286/2013 vom 28. August 2013 E. 4.3).

Gemäss den Feststellungen im Abklärungsbericht Haushalt vom 2. Februar 2012 erklärte die Beschwerdeführerin, dass sie auch bei guter Gesundheit nicht wesentlich mehr als ein 50%-Pensum ausüben wollen würde. Am liebsten würde sie bei guter Gesundheit laut eigener Aussage wiederum zu 50 % erwerbstätig sein (Urk. 5/22/2). Eine Rückfrage der Abklärungsperson, ob es sich dabei lediglich um ihre Wunschvorstellung oder aber um das Pensum handle, welches die Beschwerdeführerin bei voller Gesundheit unter Berücksichtigung aller, auch der finanziellen Umstände tatsächlich ausüben würde, ist dem Abklärungsbericht nicht zu entnehmen. Auch lässt der Abklärungsbericht nicht darauf schliessen, dass die Beschwerdeführerin auf den Widerspruch ihrer Aussage zur gegenüber dem Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) angegebene n Vermittlungsfähigkeit von 100 % (Urk. 5/13/1) hingewiesen wurde (vgl. Urk. 5/22/2). Angesichts des wohl geringen Abstraktionsvermögens der Beschwerdeführerin und der Tatsache, dass sie nach der Geburt ihres Sohnes im Juli 1992 (vgl. Urk. 5/1/3) zumindest bis zu einer ersten Phase der Arbeitslosigkeit im Jahr 2000 stets hoch prozentig gearbeitet hatte (vgl. IK-Auszug vom 27. Juli 2011, Urk. 5/8/1-5), wäre eine entsprechende Rückfrage und umfassende Aufklärung durch die Abklärungsperson aber dringend angezeigt gewesen.

Dies gilt umso mehr, als in den medizinischen Akten zumindest seit 2002 sowohl psychische als auch körperliche Gesundheitsstörungen dokumentiert sind (vgl. unter anderem: Urk. 5/3, 5/17, 5/18), was darauf hinweist, dass die Beschwerdeführerin an ihrer letzten Arbeitsstelle von November 2000 bis zur Kündigung per 28. Februar 2009 (Urk. 5/23) aus gesundheitlichen Gründen lediglich teilzeitlich arbeitete. Hierauf lässt den n auch ihre anamnestische Angabe gegenüber Dr. T.\_\_\_\_ schliessen, wonach sie die Pensumsreduktion aus gesundheitlichen Gründen aus eigenem Antrieb vorgenommen habe. Sie sei bereits vor der Geburt ihres Sohnes psychisch krank und nicht voll leistungsfähig gewesen, habe aber angesichts der knappen finanziellen Verhältnisse zunächst versucht, 100 % berufstätig zu bleiben (Urk. 5/105/28).

Angesichts des beruflichen Werdegangs der Beschwerdeführerin insbesondere in den Jahren nach der Geburt ihres Sohnes, ihrer langjährigen gesundheitlichen Probleme und der weiterhin knappen finanziellen Verhältnisse – der Ehemann bezieht eine ganze Invalidenrente (Urk. 7/118/7) - und ihres wohl geringen Abstraktionsvermögens ist den im Rahmen der Haushaltsabklärung erhobenen Angaben kein massgebliches Gewicht bei der Feststellung der Statusfrage beizumessen (Urteil 8C\_35/2011 vom 24. Mai 2011 E. 5.4). Die Beschwerdeführerin ist entgegen der Annahme im angefochtenen Entscheid als vollberufstätige Person zu qualifizieren.

## **E. 6**

(Art. 88a Abs. 1 IVV). Der massgebliche Invaliditätsgrad für die Zeit vom 1. Januar 2012 (frühest möglicher Rentenbeginn gemäss Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG) bis 28. Februar 2014 und vom 1. April 2016 bis zum Erlass des hier angefochtenen Entscheids vom 31. Januar 2017 (Urk. 2) ist gestützt auf die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs zu ermitteln: Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die Beschwerdeführerin nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

### **E. 6.1**

Zu prüfen bleiben die Auswirkungen der eingeschränkten Leistungsfähigkeit auf die Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Dabei resultiert aufgrund der 100%igen Arbeitsunfähigkeit von Anfang Dezember 2013 bis Ende Dezember 2015 in jedem Fall ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente vom 1. März 2014 (Art. 88a Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) bis 31. März 201

### **E. 6.2**

Die Beschwerdegegnerin verzichtete im angefochtenen Entscheid in der Annahme einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auf die Durchführung eines Einkommensvergleichs (Urk. 2). Der ursprünglichen Verfügung vom 13. Dezember 2012 (Urk. 5/49) hatte sie gestützt auf die Lohnangaben der letzten Arbeitgeberin für das Jahr 2009 ein hypothetisches Einkommen ohne Behinderung für ein 50%-Pensum von Fr. 22'136.40 zugrunde gelegt (vgl. 5/24, 5/23). Hochgerechnet auf ein 100%-Pensum führt dies zu

einem Valideneinkommen von Fr. 44'272.80. Der Entwicklung der Nominallöhne für weibliche Angestellte von 2552 Punkten im Jahr 2009 auf 2630 Punkte im Jahr 2012 ( Bundesamt für Statistik, Schweizerischer Lohnindex, T 39, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976-2016 ) angepasst, ergibt dies ein Valideneinkommen 2012 von Fr. 45'626.-- ( $44'272.80 : 2552 \times 2630$ ).

Dieses Einkommen liegt im Vergleich zum statistischen Durchschnittseinkommen im Detailhandel gemäss der Lohnstrukturhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) deutlich unter den branchenüblichen Löhnen. Das durchschnittliche Einkommen bei Frauen im Jahr 2012 gemäss der LSE 2012, Tabelle T 1\_tirage\_skill\_level, in der Branche Detailhandel, im für die Beschwerdeführerin als gelernte Verkäuferin anwendbaren Kompetenzniveau 2 (praktische Tätigkeiten wie Verkauf/Pflege etc.), lag bei Fr. 4'296.-- pro Monat respektive Fr. 51'552.-- pro Jahr. Angepasst an eine branchenübliche wöchentliche Arbeitszeit im Jahr 2012 von 41,

### **E. 6.3**

Da die Beschwerdeführerin seit Jahren in keinem Arbeitsverhältnis mehr steht, ist das Invalideneinkommen 2012 ausgehend vom Tabellenlohn gemäss der LSE zu ermitteln ( BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 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). Weil aufgrund des ärztlich definierten Zumutbarkeitsprofils nicht abschliessend geklärt ist, ob die Beschwerdeführerin weiterhin im angestammten und erlernten Beruf im Detailhandel arbeitsfähig ist, rechtfertigt es sich,

auf den branchenunabhängigen Durchschnittslohn für Hilfsarbeiten für Frauen abzustellen. Dieser betrug im Jahr 2012 monatlich Fr.

4'228.-- (LSE 2012, Tabelle T1\_tirage\_skill\_level, Total, Kompetenzniveau 1), was der durchschnittlichen Arbeitszeit im Jahr 2012 von 41,7 Stunden angepasst bei einem 50%-Pensum zu einem Invalideneinkommen von Fr. 26'446.-- führt.

Dieser Betrag ist rechtsprechungsgemäss zu kürzen, wenn persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben (BGE 124 V 321 E. 3b/aa). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 134 V 322 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts 8C\_361/2011 vom 20. Juli 2011 E. 6.1 mit weiteren Hinweisen).

Mit Bezug auf den behinderungs- beziehungsweise leidensbedingten Abzug ist zu beachten, dass das medizinische Anforderungs- und Belastungsprofil eine zum zeitlich zumutbaren Arbeitspensum tretende qualitative oder quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit darstellt, wodurch in erster Linie das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten (weiter) eingegrenzt wird, welche unter Berücksichtigung der Fähigkeiten, Ausbildung und Berufserfahrung der versicherten Person realistischerweise noch in Frage kommen. Davon zu unterscheiden ist die Frage, ob mit Bezug auf eine konkret in Betracht fallende Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen für eine Anstellung bestehen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.1.1 mit Hinweisen). Ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten auszugehen, können unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden,

die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) als ausserordentlich zu bezeichnen sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_366/2015 vom 22. September 2015 E. 4.3.1 mit Hinweisen; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_826/2015 vom 13. April 2016 E. 3.2.1).

Dass die Beschwerdeführerin gemäss ihrem Zumutbarkeitsprofil auf leichte bis mittelschwere Tätigkeiten angewiesen ist, rechtfertigt keinen Abzug vom Tabellenlohn, umfasst doch der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.4.2 unter Hinweis auf 9C\_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.4 und 9C\_386/2012 vom 18. September 2012 E. 5.2).

Auch rechtfertigt das fortgeschrittene Alter der Beschwerdeführerin keinen Abzug, da Hilfsarbeiten auf dem massgebenden ausgeglichenen Stellenmarkt altersunabhängig nachgefragt werden (Urteile des Bundesgerichts 8C\_403/2017 vom 25. August 2017 E. 4.4.1 und 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.4.3). Dass das Alter die Stellensuche faktisch negativ beeinflussen kann, muss als invaliditätsfremder Faktor unberücksichtigt bleiben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_312/2017 vom 22. November 2017 E.

3.3.2 unter Hinweis auf 8C\_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.3). Eine lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt betrifft das Kriterium der Dienstjahre, dessen Bedeutung im privaten Sektor abnimmt, je niedriger das Anforderungsprofil ist. Mit Blick auf das Kompetenzniveau 1 kommt diesem Aspekt keine ins Gewicht fallende Bedeutung zu (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.2 und 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.3 unter Hinweis auf 8C\_351/2014 vom 14. August 2014 E. 5.2.4.2). Zudem weisen die Statistiken bei Frauen im Kompetenzniveau 1 für Teilzeitarbeit zwischen 50 % und 89 % höhere Löhne als für Vollbeschäftigung aus. Damit entfällt auch hier die Rechtfertigung für einen Tabellenlohnabzug wegen Teilzeitarbeit (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_712/2012 vom 30. November 2012 E. 4.2.2 unter Bezugnahme auf LSE 2008 und 2010 und 9C\_72/2017 vom 19. Juli 2017 E. 4.3 unter Bezugnahme auf LSE 2012 und 2014).

Zu berücksichtigen ist aber, dass die Beschwerdeführerin auch bei der Ausübung einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit behinderungsbedingt in mehrfacher Hinsicht eingeschränkt ist, sollte sie dieselben doch vorzugsweise wechselbelastend (stehend/gehend) ausüben können und nur vereinzelt

Lasten bis 5 Kilogramm auf Schulterhöhe und bis

#### **E. 6.4**

Wird das Valideneinkommen von Fr. 50'808.-- dem Invalideneinkommen von Fr. 23'801.40 gegenübergestellt, resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 27'006.60

und damit ein Invaliditätsgrad von gut 53 %, was zum Anspruch auf eine halbe Invalidenrente führt.

Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung mit der Feststellung, dass die Beschwerdeführerin vom 1. Januar 2012 bis 28. Februar 2014 Anspruch auf eine halbe, vom 1. März 2014 bis 31. März 2016 Anspruch auf eine ganze und ab 1. April 2016 wiederum Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat, aufzuheben. Dies führt zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde. 7. 7.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 7.2

Entsprechend hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit Art. 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Sache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen. In Anwendung dieser Grundsätze rechtfertigt sich die Zusprechung einer Prozessentschädigung von Fr. 3'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 31. Januar 2017 aufgehoben und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin ab 1. Januar 2012 Anspruch auf eine halbe, ab 1. März 2014 Anspruch auf eine ganze und ab 1. April 2016 wiederum Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat. 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 3'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Jürg Leimbacher - 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, zuzustellen.

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

## **E. 8**

% (100% - 10,2%) gleichzusetzen ist und dies auf 100% hochzurechnen ist (Fr. 45'626.--):

89,8 x 100; vgl. zur Berechnung: Urteil des Bundesgerichts 8C\_2/2017 vom 16. August 2017 E. 2).

#### **E. 10**

Kilogramm über Beckenhöhe heben müssen. Zudem sind Tätigkeiten mit Halte- und Sicherungsfunktionen sowie Arbeiten auf Leitern und Gerüsten ebenso ausgeschlossen wie Arbeiten mit Vibrationen und solche mit gehäuft vertebralem Rotationen, Bücken und Knien (vgl. obige E. 4.1 und

Urk. 5/77/1). Dass angesichts dieser Mehrfacheinschränkungen nicht nur das Spektrum an zumutbaren Stellen auf dem Arbeitsmarkt eingeschränkt wird, sondern auch nur unter Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen für eine Anstellung bestehen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.1.1 mit Hinweisen), erscheint wahrscheinlich, weshalb sich unter Würdigung aller Umstände wie auch der Rechtsprechung in ähnlich gelagerten Fällen ein Abzug von 10 % vom Tabellenlohn rechtfertigt (Urteile des Bundesgerichts 9C\_11/2012 vom 28. Februar 2012 E. 2.1, 9C\_643/2010 vom 27. Dezember 2010 E. 3.4).

Das Invalideneinkommen ist entsprechend von Fr.

26'446.-- auf Fr. 23'801.40 zu reduzieren.

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