

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00299 vom 22. Mai 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-05-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00299](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00299)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00299 du 22 mai 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00299 del 22 maggio 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1977, arbeitete seit Mai 2014 als Reinigungs ange stellte (Urk. 6/26 Ziff. 2.1 und 2.7), als am 13. November 2014 die Meldung zur Früh erfassung erfolgte (Urk. 6/5). Am 5. Januar 2015 meldete sie sich in der Folge unter Hinweis auf einen Morbus Bechterew bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/16 Ziff. 6.2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte erwerbliche (Urk. 6/1, Urk. 6/20, Urk. 6/26) und medizinische Abklärungen (Urk. 6/10, Urk. 6/24, Urk. 6/29, Urk. 6/32), zog Akten des Krankenversicherers bei (Urk. 6/38) und teilte der Versicherten am 13. August 2015 mit, aufgrund des Gesundheitszustandes seien derzeit keine beruflichen Massnahmen möglich (Urk. 6/39). Nachdem die IV-Stelle weitere medizinische Abklärungen getätigt (Urk. 6/44) und eine rheumatologisch-psychiatrische Begutachtung der Versicherten veranlasst hatte (Urk. 6/55), wies die IV-Stelle die Versicherte mit Schreiben vom 7. September 2016 auf ihre Mitwirkungspflicht hin (Urk. 6/58). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/59-60, Urk. 6/68) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 10. Februar 2017 einen Rentenanspruch der Versicherten (Urk. 6/70 = Urk. 2).

### **E. 1.1**

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

### **E. 1.2**

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**

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

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

## **E. 2**

Die Versicherte erhob am 7. März 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 10. Februar 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr eine IV-Rente zuzusprechen, eventuell sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, unverzüglich die gesetzlich vorgeschriebenen notwendigen medizinischen Abklärungen über den Gesundheitszustand beziehungsweise über die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit vorzunehmen oder zu veranlassen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 27. April 2017 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was der Beschwerdeführerin am 29. Mai 2017 mitgeteilt wurde (Urk. 7). Die Swiss Life AG, welche mit Gerichtsverfügung vom 13. April 2018 zum Prozess beigelegt wurde (Urk. 8), verzichtete mit Schreiben vom 23. April 2018 auf eine Stellungnahme (Urk. 10), wovon den anderen Verfahrensbeteiligten Kenntnis gegeben wurde (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung vom 10. Februar 2017 (Urk. 2), nach Prüfung der vorliegenden Akten sei von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer körperlich angepassten Tätigkeit auszugehen. Die bisherige Tätigkeit als Reinigungsangestellte sei seit Dezember 2014 nicht mehr zumutbar (S. 1). Es sei davon auszugehen, dass die therapeutischen Massnahmen im psychiatrischen wie auch rheumatologischen Bereich noch nicht ausgeschöpft seien und sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin deshalb noch verbessern könne. Bei der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode handle es sich zudem noch um keine invalidisierende Erkrankung und sei daher bei der Invalidenversicherung nicht versichert. Die psychiatrischen Beschwerden würden somit von der Invaliditätsbemessung aus geklammert. Ein leistungsbedingter Abzug sei nicht angezeigt, da die Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung des Belastungsprofils auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt eine Anstellung ohne Lohnnebenbusse finden könne (S. 2).

### **E. 2.2**

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend, gemäss dem Y.\_\_\_\_-Gutachten bestehe für eine körperlich angepasste, leichte Tätigkeit aus gesamt medizinischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von zirka 50 %, entsprechend vier bis fünf Stunden täglich. In seiner Stellungnahme vom 21. Juni 2016 habe der RAD-Arzt Dr. med. Z.\_\_\_\_ ausgeführt, die Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit habe vom 1. Dezember 2014 bis 15. Juni 2016 100 % betragen. Seit 16. Juni 2016 betrage die Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bis auf weiteres 50 %. Es sei eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erwarten, da noch nicht alle therapeutischen Massnahmen (psychiatrisch) ausgeschöpft seien und auch die depressive Medikation insuffizient sei (Urk. 1 S. 3 Ziff. 2). Das Y.\_\_\_\_-Gutachten erfülle die praxismässigen Kriterien nicht, weshalb darauf nicht abgestellt werden könne (S. 4 Ziff. 5). Die von Dr. Z.\_\_\_\_ aufgeführte Behauptung, wonach eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes zu erwarten sei, widerspreche nicht nur den Berichten von Dr. A.\_\_\_\_, Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_, sondern falle auch wesentlich positiver aus als die Feststellungen im Y.\_\_\_\_-Gutachten. Dr. Z.\_\_\_\_ sei zudem Facharzt für Chirurgie und entsprechend nicht qualifiziert, die psychiatrischen Beschwerden angemessen zu beurteilen. Da sie gleichzeitig mit dem Erlass des Vorbescheides auf die Schadenminderungspflicht hingewiesen worden sei, könne die behauptete und hiermit bestrittene insuffiziente Therapie frühestens ab Zustellung des besagten Schreibens berücksichtigt werden (S. 4 Ziff. 7). Der rheumatologische Gutachter halte fest, dass die Beschwerdeführerin in einer leichten Verweistätigkeit unter Vermeidung von schwereren Belastungen der Wirbelsäule in Phasen niedriger Entzündungsaktivität aus rheumatologischer Sicht voll arbeitsfähig sei. Daraus sei zu schliessen, dass in Phasen von erhöhter Entzündungsaktivität bereits aus rheumatologischer Sicht zumindest teilweise eine Arbeitsunfähigkeit bestehe (S. 5 Ziff. 8). Die Ausführungen der Beschwerdegegnerin, wonach sich aus den Aussagen der Beschwerdeführerin diverse psychosoziale Belastungsfaktoren entnehmen lassen würden, welche im Gutachten sowie vom RAD-Arzt Dr. Z.\_\_\_\_ als Auschlussgründe nicht ausgeklammert worden seien, seien nicht nachvollziehbar. Die Arbeitsunfähigkeit sei keinesfalls auf psychosoziale Belastungsfaktoren zurückzuführen, sondern gründe in den massiven Schmerzen, welche die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer physischen Beschwerden verspüre. Auch die Behauptung, dass die bisherige psychiatrische Behandlung insuffizient gewesen sei, könne klar widerlegt werden. Entsprechend rechtfertige es sich unter keinen Umständen, von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. Seit dem 8. September 2014 sei sie bis auf weiteres in sämtlichen Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig, weshalb ihr ab September 2015 keine ganze Rente ausgerichtet sei (S. 5 f. Ziff. 10).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist demnach die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin und damit der Invaliditätsgrad. 3. 3.1

Die behandelnde Rheumatologin Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie und Innere Medizin, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 24. Juli 2014 (Urk. 6/10/1-2) insbesondere einen Morbus Bechterew sowie eine chronische Blepharitis beidseits (S. 1). Die Beschwerdeführerin leide seit dem Jahre 2002 an Rückenschmerzen mit Schmerzausstrahlung ins Bein. Die Schmerzen hätten im Verlauf deutlich zugenommen. Es bestehe eine Indikation für eine Basistherapie mit einem TNF-Hemmer (S. 2). 3.2

Die Hausärztin Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte am 10. November 2014 aus, die Beschwerdeführerin leide an ausgeprägten Schmerzen paravertebral und sternal sowie an einer Schlafstörung. Dies führe zu Beeinträchtigungen im Alltag (Urk. 6/38/11 Ziff. 1). Als Diagnose nannte Dr. C.\_\_\_\_ einen Morbus Bechterew (Ziff. 3). Aufgrund schwerer Nebenwirkungen habe die Beschwerdeführerin die Basistherapie mit TNF-Hemmer nicht gewünscht (Ziff. 6). Seit dem 8. September 2014 bestehe in allen Bereichen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 7). Die Prognose sei schlecht (Ziff. 8). 3.3

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Augenheilkunde und Augen Chirurgie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 5. Februar 2015 eine chronische Blepharitis beidseits sowie ein kleines Lidrandpapillom an der temporalen Unterlidkante. Aus augenärztlicher Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 6/24/6). 3.4

Die Ärzte des F.\_\_\_\_ nannten in ihrem Bericht vom 23. März 2015 (Urk. 6/29/6-9), folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 f. Ziff. 1.1, vgl. korrigierte Diagnosen im Schreiben vom 8. Oktober 2015, Urk. 6/44): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - Morbus Bechterew (ED 2013)

Die Beschwerdeführerin könne sich auch nach bisheriger ambulanter psychotherapeutischer und medizinischer Behandlung nur langsam wieder in das Alltagsleben eingliedern. Sie leide nach wie vor an Aktivitätseinschränkungen, oft nach nur kleinen Anstrengungen, an starker Depression, Interessenverlust und Freudlosigkeit. Die gedrückte Stimmung ändere sich von Tag zu Tag wenig und es falle der Patientin schwer, auf die jeweiligen Lebensumstände zu reagieren. Sie vermeide im Alltag Aktivitäten und habe sich völlig zurückgezogen. Sie leide an andauernden und quälenden Schmerzen. Nach wie vor leide die Beschwerdeführerin an starken Konzentrationsstörungen, vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sowie Schlafstörungen. Längeres Sitzen und Stehen würden Unruhe und Nervosität auslösen (S. 1). Sie könne sich nicht lange unter Menschen aufhalten und habe keine Ausdauer (S. 3 Ziff. 1.7). Aufgrund des Leistungsprofils und der Diagnose sei die Beschwerdeführerin in einem labilen Zustand und auf längere Sicht zu 100 % arbeitsunfähig für sämtliche Tätigkeiten in der freien Marktwirtschaft. Im Haushalt bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (S. 1). Aufgrund der fortschreitenden Chronifizierung und dem ungenügenden Erfolg der bisherigen Therapien sei die Prognose als negativ zu beurteilen (S. 3 oben). Zwei- bis dreimal monatlich besuche die Beschwerdeführerin eine Einzeltherapie, einmal monatlich erhalte sie psychiatrische Betreuung und medikamentöse Therapie (S. 3 Ziff. 1.5). In der bisherigen Tätigkeit als Reinigungsangestellte sei die Beschwerdeführerin seit September 2014 vollständig arbeitsunfähig (S. 3 Ziff. 1.6). 3.5

Am 14. April 2015 nannte Dr. C.\_\_\_\_ folgende Diagnosen (Urk. 6/32 Ziff. 1.1): - Spondylarthritis Typ Bechterew mit panvertebralen Schmerzen entzündungsbedingt - depressive Störung mittleren Grades (ICD-10 F32.1)

Seit dem Jahre 2003 leide die Beschwerdeführerin unter panvertebralen Schmerzen, welche in den letzten Jahren so stark zugenommen hätten, dass sie kaum mehr schlafen könne und Depressionen entwickelt habe. Sie leide unter Schlafstörungen und Minderwertigkeitskomplexen, weil sie kaum mehr etwas machen könne zu Hause. Die Stimmung sei gedrückt, sie sei apathisch und grübelnd (Ziff. 1.4). Seit dem 8. September 2014 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6). Die bisherige Tätigkeit sei

aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar (Ziff. 1.7), eine berufliche Umstellung sei aus medizinischer Sicht nicht zu prüfen (Ziff. 1.12). 3.6

Am 24. sowie 29. März 2016 wurde die Beschwerdeführerin im Auftrag der Beschwerdegegnerin rheumatologisch und psychiatrisch begutachtet. Die Ärzte des Y. \_\_\_\_ stützten sich bei ihrem Gutachten vom 16. Juni 2016 auf die vorhandenen Akten, die Anamnese sowie eigene Untersuchungen (Urk. 6/55/2 Ziff. 2) und nannten insgesamt folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/55/3 Ziff. 3): - axiale Spondylarthritis - HLA-B27 positiv - Status nach Uveitis 1/2014 - aktenanamnestisch initial gutes Ansprechen auf NSAR - mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F32.10)

Gemäss rheumatologischer Einschätzung könne in Übereinstimmung mit der Aktenlage die Diagnose einer HLA-B27-positiven axialen Spondylarthritis gestellt werden. Zum aktuellen Gutachtenszeitpunkt könne die Krankheitsaktivität bei kaum eingeschränkter Beweglichkeit, unauffälligem Mennell-Test, fehlenden Hinweisen auf eine akute Arthritis und laborchemisch fehlendem Hinweis auf eine humorale entzündliche Aktivität als gering eingeschätzt werden. Auch in dem anlässlich der aktuellen Untersuchung veranlassten MRI der gesamten Wirbelsäule hätten sich kaum Hinweise auf eine Krankheitsaktivität der Spondylarthritis gezeigt, lediglich im Bereich der ISG-Gelenke seien gering gradige Zeichen einer möglichen leichten Krankheitsaktivität nachweisbar gewesen. Dennoch könne zusammenfassend aus rheumatologischer Sicht auf grund der zweifelsohne nachgewiesenen Spondylarthritis eine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule postuliert werden, so dass die Explorandin für körperlich schwere Arbeiten und auch für mehr als punktuell mittelschwere Arbeiten nicht mehr qualifiziert sei (Urk. 6/55/3). In einer leichten Verweistätigkeit unter Vermeidung von schwereren Belastungen der Wirbelsäule sei die Beschwerdeführerin in Phasen niedriger Entzündungsaktivität aus rheumatologischer Sicht vollständig arbeitsfähig. Es sei jedoch darauf zu achten, dass keine schwereren Lasten gehoben werden müssten und dass rücken belastende Zwangshaltungen vermieden werden könnten. Eine wechsel belastende Tätigkeit sei zu bevorzugen (Urk. 6/55/47 unten). Bei der psychiatrischen Untersuchung sei in Übereinstimmung mit der Einschätzung des vorbehandelnden ambulanten Psychiaters die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode gestellt worden. Die funktionellen Einschränkungen aufgrund der depressiven Symptomatik würden sie heute etwas geringer einschätzen als der vorbehandelnde Psychiater. Einschränkungen würden vor allem im Bereich Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Anwendung fachlicher Kompetenzen, Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, Fähigkeit zu familiären und intimen Beziehungen und Spontanaktivitäten bestehen. Diese führten zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Reinigungsmitarbeiterin, aber auch in angepassten Tätigkeiten. Die bisher eingeleitete Therapie könne als unzureichend eingeschätzt werden (Urk. 6/55/3).

Die bisherige Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Reinigungsmitarbeiterin, welche sie mit der Krankschreibung ab dem 1. September 2014 aufgegeben habe, könne als körperlich zumindest punktuell schwer bezeichnet werden. Für diese Tätigkeit bestehe schon rein aufgrund des rheumatologischen Krankheitsbildes dauerhaft keine Arbeitsfähigkeit mehr. Dies gelte auch bei aktuell fehlendem Hinweis auf eine entzündliche Aktivität der Spondylarthritis, da eine erhöhte Vulnerabilität des Bewegungsapparates auch bei fehlenden Aktivitätszeichen bestehe. Auch aus psychiatrischer Sicht bestehe aufgrund der hohen Anforderungen an das Durchhaltevermögen und an die Sorgfalt für diese Tätigkeit

keine Arbeitsfähigkeit mehr (Urk. 6/55/4 oben). Für körperlich angepasste, leichte Tätigkeiten bestehe aus gesamtmedizinischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von zirka 50 % entsprechend vier bis fünf Stunden täglich. Die Einschränkung gegenüber einem Vollpensum könne dabei mit dem psychiatrischen Krankheitsbild und der dadurch verminderten emotionalen Belastbarkeit begründet werden. Die Tätigkeit sollte gut strukturiert sein, wenig Kunden- und Teamkontakte erfordern, ausreichende Pausenmöglichkeiten bieten und intellektuell nicht anspruchsvoll sein (Urk. 6/55/4 unten). Die Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten werde derzeit in erster Linie aufgrund des psychiatrischen Krankheitsbildes reduziert (Urk. 6/55/8 Ziff. 6).

Gemäss rheumatologischer Beurteilung empfohlen die Gutachter weitere Kontrollen der Entzündungsaktivität der Spondylarthritis. Die Indikation für eine Biologika-Therapie werde aus rheumatologischer Sicht aufgrund der derzeit fehlenden entzündlichen Aktivität vorsichtig beurteilt. Aus psychiatrischer Sicht sei eine Intensivierung der Therapie, insbesondere der medikamentösen Therapie, empfehlenswert (Urk. 6/55/5 oben, Urk. 6/55/7 Ziff. 3). Es bestünden deutliche Einschränkungen im Alltagsleben und in der Freizeitgestaltung. Die Beschwerdeführerin selber führe diese Einschränkungen auf ihre Antriebslosigkeit und ihre allgemeine Schwäche zurück, die Schmerzen stünden dabei weniger im Vordergrund. Insgesamt könne damit davon ausgegangen werden, dass in erster Linie die psychiatrische Erkrankung zu einer Einschränkung des Alltagslebens und der Freizeitgestaltung führe (Urk. 6/55/7 Ziff. 2).

Bei der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode handle es sich um ein eigenständiges psychisches Leiden. Psychosozialen Faktoren könnten zwar eine verstärkende Wirkung respektive auch eine auslösende Wirkung bei der Entwicklung des depressiven Krankheitsbildes beigemessen werden, sicherlich würden sie sich derzeit auch eher ungünstig auf die Bewältigung der Erkrankung auswirken. Dennoch handle es sich um ein eigenständiges psychiatrisches Krankheitsbild, das klar von psychosozialen Faktoren abgegrenzt werden könne (Urk. 6/55/7 Ziff. 1). 3.7

Die Ärzte des F.\_\_\_\_ führten am 11. November 2016 aus, bei den Medikamenten Trittico und Zolpidem handle es sich um eine Bedarfsmedikation, welche die Beschwerdeführerin nicht täglich einnehme, sondern nur an den neun Schmerztagen im Monat. Die frühere Dauermedikation mit Cymbalta und Saroten habe eine ungenügende Wirkung gezeigt. Es sei nicht richtig, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen der Möglichkeiten insufficient behandelt werde. Sodann seien die psychosozialen Umstände nicht ursächlich für die Depression. Die Konflikte mit dem Ehemann seien eine Folge der Schmerzen. Die Tumorerkrankung der Tochter sei vollständig geheilt und damit keine angebliche Ursache für die Depression. Die Belastungen durch die pubertierende Tochter seien keinesfalls ausserhalb der Norm (Urk. 6/67 S. 1 Ziff. 2). Eine sitzende Tätigkeit sei zunehmend ebenfalls nicht mehr möglich gewesen, zu Hause liege die Beschwerdeführerin zwischendurch immer wieder. Der Haushalt sei nicht mehr machbar. Daher sei die Beschwerdeführerin auch für angepasste Tätigkeiten vollständig arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 3). Da sie zirka zehn Tage pro Monat nur noch im Bett liege und kaum mehr auf die Toilette gehen könne, sei die Störung nicht überwindbar und willentlich nicht mehr beeinflussbar. Die Beschwerdeführerin sei auch in angepasster Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 4). Der bisherige Verlauf zeige keine Verbesserung, sondern stationär immer wieder exazerbierende Schmerzen. Trotz medizinischer Massnahmen sei nicht davon auszugehen, dass die Situation wieder besser werde (S. 2 Ziff. 6). 4. 4.1

Aus den vorliegenden medizinischen Akten ergibt sich in Bezug auf den medizinischen Sachverhalt ohne Weiteres, dass die Beschwerdeführerin an einem Morbus Bechterew sowie einer mittelgradigen depressiven Episode leidet (E. 3.1 2, E. 3.4-6). Gemäss dem Y. \_\_\_-Gutachten vom 16. Juni 2016, welches sich umfassend mit allen Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auseinandersetzt, insbesondere auch sämtliche bis dahin vorhandenen ärztlichen Untersuchungsberichte berücksichtigt und damit die praxismässigen Anforderungen an den Beweiswert medizinischer Berichte (vgl. vorstehend E. 1.3) vollumfänglich erfüllt und zu überzeugen vermag, ist davon auszugehen, dass schon rein aufgrund des rheumatologischen Krankheitsbildes für die bisherige, körperlich zumindest punktuell schwere Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin dauerhaft keine Arbeitsfähigkeit mehr besteht. Für körperlich angepasste, leichte Tätigkeiten ist aus gesamtmedizinischer Sicht von einer Arbeitsfähigkeit von zirka 50 % entsprechend vier bis fünf Stunden täglich auszugehen, wobei diese Einschränkung mit dem psychiatrischen Krankheitsbild und der dadurch verminderten emotionalen Belastbarkeit begründet wurde. Die Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten werde in erster Linie aufgrund des psychiatrischen Krankheitsbildes reduziert (E. 3.6). 4.2

Die Argumentation der Beschwerdeführerin, wonach auf das Y. \_\_\_-Gutachten nicht abgestellt werden könne und sie seit dem 8. September 2014 vollständig arbeitsunfähig sei, vermag demgegenüber nicht zu überzeugen. Zum einen ist in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anders lautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anders lautenden Einschätzungen wichtige - und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_677/2014 vom 29.

Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]).

Zum anderen bezeichnete der psychiatrische Gutachter den bisherigen psychiatrischen Therapieverlauf als weitgehend stationär (Urk. 6/55/38 Ziff. 6.8) und vermochte keine Verbesserung des Gesundheitszustandes seit dem Zeitpunkt der Aufgabe der Arbeitstätigkeit nachzuweisen. Auch die Ärzte des F. \_\_\_ gingen von einem weitgehend stationären Verlauf aus, nachdem sie den Erfolg der Therapien als ungenügend einstufen und festhielten, die Beschwerdeführerin könne sich auch nach bisheriger ambulanter psychotherapeutischer und medizinischer Behandlung nur langsam wieder in das Alltagsleben eingliedern (E. 3.4). 4.3

Insgesamt kann somit auf das Y.\_\_\_\_-Gutachten vom 16. Juni 2016 abgestellt werden und der medizinische Sachverhalt ist in psychiatrischer Hinsicht als dahingehend erstellt zu betrachten, dass die Beschwerdeführerin aufgrund einer mittelgradigen depressiven Störung in der angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig ist und ihr auch eine angepasste, körperlich leichte Tätigkeit nur in einem Pensum von 50 % zugemutet werden kann. Der Beginn dieser Einschränkungen ist auf den Zeitpunkt der Arbeitsaufgabe am 8. September 2014 festzulegen. 5. 5.1

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG ,

BGE 139 V 547 E. 5 ,

131 V 49 E. 1.2 ,

130 V 352 E. 2.2.1).

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

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE

141 V 281). Mit BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Funktioneller Schweregrad - Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit: Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext Konsistenz

(Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). 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 daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell belastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2). 5.2

Nach dem Gesagten ist zu prüfen, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen.

Eine schlüssige Prüfung der massgebenden Standardindikatoren ist gestützt auf das Y. \_\_\_-Gutachten möglich. Weitere medizinische Abklärungen sind nicht erforderlich. 5.3

Mit Bezug auf den ersten Indikator («Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome») ergibt sich aus dem Gutachten, dass sich die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode zum einen aus dem Nachweis von Depressivität, Antriebsmangel sowie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen ergebe, zum anderen aus den Klagen über Freudemangel, dem Verlust des Selbstwertgefühls und ausgeprägten Schuldgefühlen (Urk. 6/55/33 Ziff. 6.1). Der affektive Rapport sei reduziert herstellbar. Affektiv sei die Beschwerdeführerin nicht ratlos, ohne Gefühl der Gefühllosigkeit, leicht- bis mittelgradig affektarm, mit einer mittelgradigen bis starken Störung der Vitalgefühle, mittelgradig depressiv, stark hoffnungslos, leicht ängstlich, nicht dysphorisch, nicht gereizt, mittelgradig innerlich unruhig, mittelgradig klagsam, mit starken Insuffizienz- und starken Schuldgefühlen, stark ambivalent, nicht parathym, leicht bis mittelgradig affektlabil und nicht affektstarr. Der Antrieb sei mittelgradig bis stark verarmt und mittelgradig gehemmt. Psychomotorisch sei sie ruhig, nicht theatralisch, nicht mutistisch und nicht logorrhöisch (Urk. 6/55/31 oben).

Zum Tagesablauf führte die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung aus, sie stehe jeweils um 7:45 Uhr auf, mache ein Frühstück für den Sohn und schicke ihn anschliessend zur Schule. Danach lege sie sich wieder hin bis 10:30 Uhr. In der Folge stehe sie wieder auf und bereite das Mittagessen vor, das sie zusammen mit dem Sohn einnehme. Nachmittags gehe sie mit ihm für eine bis zwei Stunden zum Spielplatz. Anschliessend kehre sie nach Hause zurück und bereite das Abendessen vor. Gemeinsam nähmen sie das Abendessen ein, in der Folge räume sie noch die Küche auf. Dann sitze sie für unbestimmte Zeit in der Wohnung oder wasche ihren Sohn. Schliesslich gehe sie aufs Sofa und schaue fern. Zwischen 23:00 und 24:00 Uhr gehe sie zu Bett (Urk. 5/55/26 unten).

Zum zweiten Indikator («Behandlungserfolg oder -resistenz») ergibt sich aus dem Gutachten, dass die Beschwerdeführerin aus pharmakologischer Sicht nicht ausreichend behandelt werde. In etwas mehr als einem Jahr Behandlung seien nur zwei verschiedene

Antidepressiva eingesetzt worden. Gemäss einschlägigen Behandlungsleitlinien sei ein Präparat zu wechseln, augmentieren oder kombinieren, wenn nach vier bis sechs Wochen kein antidepressiver Effekt eintrete. Die Fortführung der Psychotherapie sei angezeigt, ebenfalls indiziert sei ein Schmerzbewältigungstraining, welches via Psychoedukation über chronische Schmerzen und Aufmerksamkeitslenkung zu einem besseren Umgang mit dem chronischen Schmerzgeschehen beitragen sollte. Weitere Therapieelemente wären in Form von Entspannungsverfahren und aktivierender Physiotherapie sinnvoll, um das Schonverhalten zu reduzieren und die Lebensqualität zu steigern (Urk. 6/55/38-39 Ziff. 6.8).

Als Komorbidität ist die axiale Spondylarthritis zu erwähnen.

Bezüglich Persönlichkeit wurden die wiederholt traumatischen Erfahrungen mit wiederkehrenden Gefühlen von Ohnmacht und Hilflosigkeit als wichtige Faktoren bezeichnet, welche auf den Antrieb, die Motivation und das Selbstwertgefühl einen beträchtlich hemmenden Einfluss ausüben und so das Ausmass einzelner Fähigkeitseinschränkungen, etwa das Durchhaltevermögen, erheblich mitbestimmen würden (Urk. 6/55/35 Ziff. 6.4). Die Beschwerdeführerin wirke im Kontakt höflich, aber distanziert (Urk. 6/55/30 Ziff. 4.1).

Betreffend den sozialen Kontext ist bekannt, dass die Beschwerdeführerin mit ihrem Ehemann und den zwei Kindern zusammenlebt und im Tagesablauf zumindest einige Aktivitäten im Zusammenhang mit der Versorgung der Kinder und teilweiser Versorgung des Haushalts zeigt (Urk. 6/55/26 Ziff. 3.3 unten). Über soziale Beziehungen ausserhalb der Familie gab die Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung keine Auskunft (Urk. 6/55/27 Ziff. 3.4).

Zu prüfen bleibt der Aspekt der Konsistenz. Bei der internen Konsistenzprüfung war die Beschwerdeschilderung der Versicherten konstant, klar und einigermaßen präzise (Urk. 6/55/35 Ziff. 6.5 unten). Bei der externen Konsistenzprüfung stimmte die Selbstschilderung mit den Informationen der Akten überein. Die subjektive Schilderung der Beschwerden war konsistent zum objektiven psychischen Querschnittsbefund und das behauptete aktuelle Leidensausmass war für den Gutachter anhand des geschilderten Leidensdrucks gut nachvollziehbar. Insgesamt konnte der Gutachter aufgrund einer weitgehend unauffälligen Konsistenzprüfung aus psychiatrischer Sicht ohne erhebliche Zweifel auf die subjektiven Beschwerdeklagen der Beschwerdeführerin abstellen (Urk. 6/55/36 oben). Die Beschwerdeführerin steht in regelmässiger psychiatrischer Behandlung, sie besucht zwei- bis dreimal monatlich eine Einzeltherapie und erhält einmal monatlich psychiatrische Betreuung und medikamentöse Therapie (vgl. E. 3.4). Der psychiatrische Gutachter fand zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe zwar einen gewissen Widerspruch (Urk. 6/55/36 oben), wie er jedoch selber festhielt, ist es grundsätzlich Sache des behandelnden Psychiaters, ob die Psychotherapie zu intensivieren ist (vgl. Michael E. Meier, Zwei Jahre neue Schmerzrechtssprechung, in Riemer-Kafka/Hürzeler, Das indikatoreorientierte Abklärungsverfahren, Zürich/Basel/Genf 2017, S. 145).

Bezüglich allfällig bestehender psychosozialer Faktoren hielt der psychiatrische Gutachter auf entsprechende Nachfrage der Beschwerdegegnerin zudem ausdrücklich fest, psychosoziale Faktoren könnten zwar eine verstärkende Wirkung respektive auch eine auslösende Wirkung bei der Entwicklung des depressiven Krankheitsbildes beigemessen

werden, und sicherlich würden sie sich derzeit auch eher ungünstig auf die Bewältigung der Erkrankung auswirken. Dennoch handle es sich um ein eigenständiges psychiatrisches Krankheitsbild, welches klar von psychosozialen Faktoren abgegrenzt werden könne (Urk. 6/55/7 Ziff. 1). 5.4

Die abschliessende Würdigung des Beschwerdebildes anhand der Standardindikatoren ergibt, dass auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, wie sie sich aus dem Y.\_\_\_\_-Gutachten ergibt, abgestellt werden kann. Entsprechend besteht in der angestammten Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit sowie in angepassten Tätigkeiten eine solche von 50 %.

Was den Beginn der Einschränkungen betrifft, setzten die Gutachter diesen auf das Datum des Gutachtens, mithin Juni 2016, fest. Nachdem sich jedoch sowohl aus den vorliegenden medizinischen Akten als auch aus dem Gutachten seit der Arbeitsaufgabe im September 2014 ein weitgehend stationärer Verlauf ergibt, ist der Beginn der Arbeitsunfähigkeit auf diesen Zeitpunkt festzusetzen. 6.

Was sodann die somatischen Beschwerden betrifft, leidet die Beschwerdeführerin gemäss den übereinstimmenden medizinischen Akten an einer axialen Spondyloarthritis (E. 3.1-2, E. 3.4-6). Der rheumatologische Gutachter postulierte eine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule und hielt körperlich schwere Arbeiten und auch mehr als nur punktuell mittelschwere Arbeiten für nicht mehr zumutbar. Für die angestammte Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin besteht damit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. In einer leichten Verrichtungsleistung unter Vermeidung von schwereren Belastungen der Wirbelsäule sei die Beschwerdeführerin in Phasen niedriger Entzündungsaktivität aus rheumatologischer Sicht vollständig arbeitsfähig. Es sei jedoch darauf zu achten, dass keine schwereren Lasten gehoben werden müssten und dass rückenbelastende Zwangshaltungen vermieden werden könnten. Eine wechselbelastende Tätigkeit sei zu bevorzugen (Urk. 6/55/47 unten).

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, dass in Phasen von erhöhter Entzündungsaktivität aus rheumatologischer Sicht wohl zumindest teilweise eine Arbeitsunfähigkeit bestehen müsse (E. 2.2), erübrigen sich weitere Abklärungen, nachdem bereits aus psychiatrischer Sicht von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist (vgl. vorstehend E. 5.4). Eine darüber hinaus gehende Arbeitsunfähigkeit ist nicht überwiegend wahrscheinlich. 7. 7.1

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

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs;

BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 7.2

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

Vor Eintritt des Gesundheitsschadens war die Beschwerdeführerin zuletzt in einem Pensum von 100 % als Reinigungsmitarbeiterin tätig (Urk. 6/26 Ziff. 2.7 und 2.9) und erzielte damit im Jahre 2014 ein Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 3'700.-- monatlich, mithin gemäss den Angaben im Arbeitgeberbericht Fr. 44'400.-- pro Jahr (vgl. Urk. 6/26 Ziff. 2.11). Unter Berücksichtigung der Nominallohnerhöhung (Schweizerischer Lohnindex insgesamt [1939 = 100], Stand 2014: 2673, Stand 2015: 2686; [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch), Arbeit und Erwerb, Löhne/Erwerbseinkommen, detaillierte Daten, Lohnentwicklung) ergibt dies für das Jahr 2015 ein Valideneinkommen von rund Fr. 44'616.-- (Fr. 44'400.-- : 2673 x 2686). 7.3

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE

139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (Urteile des Bundesgerichts 9C\_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2, 8C\_78/2015 vom 10. Juli 2015 E. 4 und 9C\_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.2; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.8.1 und BGE

133 V 545 E. 7.1). Der Bezug der Lohnstatistik erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 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).

In der LSE 2012 erfolgten vielfältige Anpassungen der erhobenen Daten an die entsprechenden Reglemente der Europäischen Union (EU). Neu wird darunter nun nach Berufen (Skill Levels) differenziert statt nach den bisherigen Anforderungsniveaus 1 bis 4 der Stelle. Das Bundesgericht hat in BGE 142 V 178 E. 2.5.3 festgestellt, dass das statistische Einkommen nach TA1 Kompetenz niveau 1 der LSE 2012 bei den Männern gegenüber dem Tabellenlohn nach TA1 Anforderungsniveau 4 der LSE 2010 ein Plus von 6,3 Prozent, bei den Frauen ein Minus von 2,7 Prozent und beim Total ein Plus von 5,4 Prozent zeige, was nicht mit der Lohnentwicklung von 2010 bis 2012 übereinstimmt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_343/2016 vom 12. September 2016 E. 6). Es hat erkannt, dass die LSE 2012 im Rahmen einer erstmaligen Invaliditätsbemessung (Art. 28 ff. IVG) und im Neuanmeldungsverfahren nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung oder nach Aufhebung der Invalidenrente sowie grundsätzlich auch im Revisionsverfahren (mit Entstehung des potentiellen oder Veränderung des laufenden Rentenanspruchs im Jahr

2012 oder später) zur Festlegung der Vergleichseinkommen nach Art. 16 ATSG dennoch grundsätzlich als Beweis geeignet ist (BGE 142 V 178 E. 2.5.7 und E. 2.5.8.1; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_343/2016 vom 12. September 2016 E. 6 und 9C\_369/2016 vom 6. September 2016 E. 2.1). Laufende, gestützt auf die LSE 2010 rechtskräftig zugesprochene Invalidenrenten dürfen aber nicht allein aufgrund der Tabellenlohnwerte gemäss LSE 2012 in Revision gezogen werden (BGE 142 V 178 E. 2.5.7 und 2.5.8.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_277/2016 vom 20. Juli 2016 E. 4.2).

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

Die Beschwerdeführerin absolvierte die Primarschule in der Türkei, schloss im Weiteren jedoch keine Berufsausbildung ab (Urk. 6/16 Ziff. 5.2-3). Sie arbeitete einige Jahre als Stanzerin (vgl. Urk. 6/12/1), bevor sie zuletzt als Reinigungsmitarbeiterin tätig war (Urk. 6/26 Ziff. 2.7). Das Invalideneinkommen ist daher gestützt auf den standardisierten Durchschnittslohn in sämtlichen Zweigen des privaten Sektors zu bestimmen und es ist vom mittleren Lohn für Frauen, die einfache und repetitive Arbeiten ausführen, auszugehen. Dieser belief sich im Jahre 2012 auf Fr. 4'112.-- monatlich (LSE 2012, Tabelle TA1, Total, Niveau 1), mithin Fr. 49'344.-- im Jahr (Fr. 4'112.-- x 12). Unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Wochenstunden

(betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total;

[www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch), Arbeit und Erwerb, Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit, detaillierte Daten) sowie der Nominallohnerhöhung (Schweizerischer Lohnindex insgesamt [1939 = 100], Stand 2012: 2630, Stand 2015: 2686; [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch), Arbeit und Erwerb, Löhne/Erwerbseinkommen, detaillierte Daten, Lohnentwicklung) ergibt dies für das Jahr 2015 ein Einkommen von rund Fr. 52'536.-- (Fr. 49'344.-- : 40 x 41.7 : 2630 x 2686). Nachdem der Beschwerdeführerin auch in einer leidensangepassten Tätigkeit lediglich ein Pensum von 50 % zugemutet werden kann, beträgt das Invalideneinkommen Fr. 26'268.-- (Fr. 52'536.-- x 0.5). 7.4

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/aa). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5. 2; 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/bb-cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung

des selben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteile des Bundesgerichts 9C\_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1 und 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E.

6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_113/2015 vom 26. Mai 2015 E.

3.2 und 8C\_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.1.1 mit Hinweisen).

Der Beschwerdeführerin können aus rheumatologischen Gründen lediglich noch körperlich leichte Tätigkeiten ohne rückenbelastende Zwangshaltungen zugeordnet werden, wobei aus psychiatrischen Gründen nur noch ein Pensum von 50 % möglich ist und die Beschwerdeführerin zusätzlich bezüglich Antrieb, Motivation, Durchhaltevermögen sowie Konzentration und Gedächtnis eingeschränkt ist. Insgesamt erscheint damit ein Abzug von 10 % den Gegebenheiten des vorliegenden Falles angemessen. 7.5

Unter Berücksichtigung eines Abzuges von 10 % (vorstehend 7.4) beträgt das Invalideneinkommen somit Fr. 23'641.-- (vorstehend E. 7.3; Fr. 26'268.-- x 0.9). Bei einem Valideneinkommen von Fr. 44'616.-- (vorstehend E. 7.2) ergibt sich eine Einkommenseinbusse von Fr. 20'975.--, was einem Invaliditätsgrad von 47 % entspricht.

Damit hat die Beschwerdeführerin nach Ablauf des Wartjahres, mithin ab 1. September 2015, Anspruch auf eine Viertelsrente. Dies führt zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

## **E. 8**

ATSG) sind.

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

### **E. 8.1**

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

### **E. 8.2**

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Partei Anspruch auf Ersatz der Partei kosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Vorliegend erscheint eine Prozessentschädigung von Fr. 1'600.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) als angemessen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 10. Februar 2017 aufgehoben und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin ab 1. September 2015 Anspruch auf eine Viertelsrente hat. 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 Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Fortuna Rechtsschutz-Versicherungs-Gesellschaft - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - BVG-Sammelstiftung Swiss Life - 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  
Der Vorsitzende  
Die Gerichtsschreiberin  
Mosimann  
Kübler-Zillig

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