

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00397 vom 18. September 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-09-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00397

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00397 du 18 septembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00397 del 18 settembre 2018

Erwägungen

E. 1

9/6). Dort wurden bis im Frühjahr 2013 nebst medikamentöser und physiotherapeutischer Behandlung verschiedene Verlaufskontrollen durchgeführt (Dokumentation in der Klinik in Urk. 10/19/7-12), und im Mai 2013 wurde das Osteosynthese-Material im rechten Fuss entfernt (Bericht vom 10./11. Mai 2013, Urk. 10/19/13-14).

Bei einer Kontrolle in der Universitätsklinik C.____

vom August 2013 berichtete X.____ zunächst von einem guten Verlauf (Dokumentation in Urk. 10/19/15). Nachdem sie im September 2013 jedoch eine Tätigkeit in einem Call-Center aufgenommen hatte (vgl. Urk. 10/20/5), klagte sie bei den nachfolgenden Kontrollen von Ende September 2013 sowie von Januar, April und Juli 2014 über eine erneute Zunahme der Beschwerden am rechten Fuss (Dokumentation in Urk. 10/19/16-19 und Urk. 10/19/1-2), und im Oktober 2014 suchte sie das Schmerzzentrum des Universitätsspitals als E.____ auf (Bericht vom 24. Oktober 2013, Urk. 10/19/20-22).

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

Im November 2011 erlitt X.____

ein Hyperextensionstrauma des rechten oberen Sprunggelenks, und Ende Februar 2012 unterzog sie sich einer Operation des Hallux valgus am rechten Fuss. Nachdem X.____ bereits nach dem Vorfall vom November 2011 einen protrahierten Verlauf festgestellt hatte, persistierten nach der Hallux-Operation zusätzliche starke Schmerzen, weshalb sie

zunächst die Klinik B.____ (Berichte vom 30. Mai und vom 28. Juni 2012, Urk. 10/34/21-22) und im Dezember 2012 die Rheumasprechstunde der Universitätsklinik C.____ aufsuchte (Zuweisungsschreiben der behandelnden Psychiaterin Dr. D.____, Urk. 10/

E. 1.2.1

Im Hinblick auf das Erfordernis in Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG hatte das Bundesgericht die Arbeitsunfähigkeit bei bestimmten Leiden seit dem Jahr 2004 nach besonderen Grundsätzen beurteilt. Es hatte diese Leiden unter dem Begriff der pathogenetisch-ätiologisch unklaren

syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage zusammengefasst und festgestellt, es seien diese Störungen, die sich hinsichtlich ihrer invalidisierenden Wirkung einer objektiven Beurteilung weitgehend entzogen, weil sie in erster Linie auf den Angaben der Patienten basierten (BGE 139 V 547 E. 5.9). Das Bundesgericht war weiter zum Schluss gelangt, dass solche Störungen keinen direkten Nachweis einer anspruchsbegründenden Arbeitsunfähigkeit erlaubten und der Nachweis daher indirekt, gestützt auf Indizien, zu erbringen sei, wobei bei Beweislosigkeit vermutet werde, dass sich der geklagte Gesundheitsschaden nicht invalidisierend auswirke (BGE 139 V 547 E. 7.2 und E. 8.1). Für diesen Nachweis hatte das Bundesgericht in Anlehnung an eine bestimmte medizinische Lehrmeinung (vgl. BGE 139 V 547 E. 3.2.3 mit Hinweis auf Klaus Foerster, Begutachtung und Erwerbsfähigkeit bei Patienten mit psychogenen Störungen, SZS 1996 S. 486 ff.) besondere Kriterien aufgestellt, die in gewisser Ausprägung und Zahl erfüllt sein mussten (BGE 137 V 64 E.

4.1). Ursprünglich hatte das Bundesgericht diese Kriterien für die Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (Code F45.4 der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10) entwickelt, später hatte es sie auf alle pathogenetisch-ätiologisch unklaren

Beschwerdebilder im dargelegten Sinne ausgedehnt (vgl. die Kasuistik in BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3, 139 V 547 E. 2.2). Das Bundesgericht hatte den Kriterien normativen Charakter zugeschrieben und dazu festgehalten, der ursprüngliche Katalog fachpsychologischer Prognosekriterien habe sich zu einem rechtlichen Anforderungsprofil verselbständigt (vgl. BGE 139 V 547 E. 3.2.3 und E. 7.2).

E. 1.2.2

Im Grundsatzurteil vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) hat das Bundesgericht entschieden, an der bisherigen Rechtsprechung zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage nicht länger festzuhalten und die sogenannte Überwindbarkeitsvermutung aufzugeben. Stattdessen hat das Bundesgericht unter Aufstellung von Standardindikatoren einen neuen Prüfungsraster entwickelt, anhand dessen die Auswirkungen solcher Beschwerdebilder zu ermitteln sind. Er präsentiert sich wie folgt (BGE 141 V 281 E. 4.1.3 und E. 6): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnostisch relevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz - Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Lei

densdruck .

Das Bundesgericht schreibt dem neuen Raster wiederum normativen Charakter zu, weist jedoch darauf hin, dass es die Aufgabe der medizinischen Fachpersonen sei, innerhalb der einschlägigen Indikatoren das Leistungsvermögen einzuschätzen (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.1 und E. 5.2). Des Weiteren müssen die funktionellen Einschränkungen nach wie vor mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein - nun mehr anhand der neuen Standardindikatoren -, und es ist die versicherte Person, welche die Beweislast dafür trägt (vgl. BGE 141 V 281 E. 6).

E. 1.2.3

Schliesslich hat das Bundesgericht die Anwendbarkeit der neu entwickelten Standardindikatoren in zwei Grundsatzurteilen auf grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen ausgedehnt, indem es für alle diese Erkrankungen das strukturierte Beweisverfahren, wie es für die somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbare Leiden entwickelt worden ist, als massgebend erklärt hat (BGE 143 V 418 E. 7, 143 V 409 E. 4.4 und E. 4.5).

Damit hat das Bundesgericht insbesondere seine bisherige Rechtsprechung zu den depressiven Störungen geändert und nicht länger daran festgehalten, dass rezidivierende oder episodische Depressionen leicht- bis mittelgradiger Natur einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (vgl. die Zusammenfassung der bisherigen Rechtsprechung in BGE 143 V 409 E. 4.1).

E. 1.3

Von vornherein nicht als relevant im Sinne des Invalidenversicherungsrechts gelten geklagte Beschwerden insoweit, als sie aggraviert werden, also als stärker beeinträchtigend dargestellt werden, als sie tatsächlich sind beziehungsweise empfunden werden. Hinweise für eine Aggravation erblickt das Bundesgericht etwa darin, dass eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, dass intensive Schmerzen angegeben werden, die jedoch nur vage charakterisiert werden, dass Klagen in einer Weise demonstrativ vorgetragen werden, die unglaubwürdig wirkt, dass keine medizinischen Behandlungen in Anspruch genommen werden und dass schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 141 V 281 E. 2.2 und E. 3.7.1, 131 V 49).

Des Weiteren gilt rechtsprechungsgemäss der Grundsatz, dass ein invalidenversicherungsrechtlich relevantes Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen bestehen darf, die von psychosozialen und soziokulturellen Faktoren her rühren, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde umfassen muss, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne. Je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss nach der Rechtsprechung eine fachärztlich festgestellte psychische Störung mit Krankheitswert vorhanden sein. Dort, wo nur Befunde erhoben werden, die in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden und somit gleichsam in ihnen aufgehen, verneint das Bundesgericht einen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a mit Hinweis).

E. 2

X.____, nunmehr vertreten durch Fürsprecher Frank Goecke, liess gegen die Verfügung vom 1. März 2017 mit Eingabe vom 3. April 2017 Beschwerde erheben (Urk. 1) mit den Anträgen, die Verfügung sei aufzuheben und ihr sei eine halbe Invalidenrente auszurichten, eventualiter sei ein polydisziplinäres gerichtliches Gutachten einzuholen (Urk. 1 S. 2). Sie berief sich unter anderem auf

allgemeine Ausführungen

der Integrierten Psychiatrie H.____

zur Psychodynamik

(Urk. 3); zusätzlich liess sie mit Eingabe vom 12. Juni 2017 (Urk. 7) zwei

von ihrem Rechtsvertreter eingeholte Berichte von Dr. I.____, Spezialarzt für Neurologie, vom 12. April und vom 7. Juni 2017 über Konsultationen von April bis Juni 2017 sowie einen ebenfalls vom Rechtsvertreter eingeholten Bericht des Schmerzzambulatoriums des Universitätsspitals E.____ vom 26. Mai 2017 einreichen (Urk. 8/1-3). Die IV-Stelle schloss in der Beschwerdeantwort vom 21. Juni 2017 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9).

Mit Eingabe vom 26. Juni 2017 (Urk. 12) liess X.____ dem Gericht einen Bericht von Dr.

D.____ vom 8. Juni 2017 zukommen, in dem die Psychiaterin Fragen ihres Rechtsvertreters beantwortet hatte (Urk. 13). Die IV-Stelle verzichtete mit Eingabe vom 18. Juli 2017 auf eine Stellungnahme zu den nachgereichten Unterlagen der Versicherten (Urk. 15), was der Versicherten mit Verfügung vom 26. Juli 2017 mitgeteilt wurde (Urk. 19).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 % oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid sind.

E. 2.2.1

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 ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sogenanntes Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sogenanntes 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. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (BGE 128 V 29 E. 1).

Bei nicht erwerbstätigen Versicherten wird gestützt auf Art. 28a Abs. 2 IVG für die Bemessung der Invalidität darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im nichterwerblichen Aufgabenbereich zu betätigen.

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch in einem nichterwerblichen Aufgabenbereich tätig, namentlich im Haushalt, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (vgl. Art. 28a Abs. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

E. 2.2.2

Bei der Frage, ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, was je zur Anwendung einer andern Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) führt, muss nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung geprüft werden, was die versicherte Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Bei der Prüfung dieser Frage sind die gesamten Umstände, also die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse, einzubeziehen und neben der finanziellen Notwendigkeit, eine Erwerbstätigkeit wiederaufzunehmen oder auszudehnen, auch allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen (vgl. BGE 141 V 15 E. 3.1, 130 V 393 E. 3.3, 125 V 146 E. 2c, je mit Hinweisen).

E. 2.3

Der Rentenanspruch entsteht nach Art. 28 Abs. 1 IVG frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig war (lit. b), sofern sie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ist (lit. c). Zusätzlich kann der Rentenanspruch gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG nicht vor Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung entstehen.

E. 3

Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte haben nach Art.

E. 8

Abs. 3 lit. b IVG), darunter die Arbeitsvermittlung nach Art. 18 IVG und der Arbeitsversuch nach Art. 18a IVG. 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich für die strittige Verneinung des Rentenanspruchs aufgrund eines Invaliditätsgrades von 25 %

auf das

bidisziplinäre, neurologische und psychiatrische Gutachten von Dr.

A. ___ vom 14. September 2016 (Urk. 10/47). Dieser leitete eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit allein aus dem psychischen Gesundheitszustand ab und bemass sie auf 20-30 % (vgl. die Zusammenfassung in Urk. 10/47/3). 4.2 4.2.1

Bei der neurologischen Teilbegutachtung stand die Problematik am rechten Fuss im Vordergrund. Dr.

A.____ liess sich zunächst das aktuelle Beschwerdebild schildern (Urk. 10/47/12) und nahm hierauf die klinische Untersuchung vor. Bei dieser gab die Beschwerdeführerin eine Hyperpathie (Überempfindlichkeit) im gesamten rechten Fuss an, die von der Fusssohle über den Fussrücken bis zu den Knöcheln reicht (Urk. 10/47/15). Temperaturmessungen ergaben im Bereich der Oberschenkel eine um 0,5 Grad Celsius höhere Temperatur rechts, im Bereich der Unterschenkel eine um 0,6 Grad Celsius höhere Temperatur rechts, im Bereich der Fussrücken eine um 0,5 Grad niedrigere Temperatur rechts und im Bereich der Fusssohlen eine identische Temperatur (Urk. 10/47/15-16).

Eine Schwellung, eine Hautverfärbung, ein Glänzen der Haut oder Auffälligkeiten in der Hautbehaarung konnte Dr.

A.____ nicht feststellen (Urk. 10/47/16). Des Weiteren beschrieb Dr.

A.____ das Gangbild als flüssig, berichtete hingegen, dass die Beschwerdeführerin bei den koordinativen Bewegungsprüfungen Angst gezeigt habe und aus Angst auch den Einbeinstand und das Einbeinhüpfen verweigert habe (Urk. 10/47/16).

Dr.

A.____

prüfte sodann die erhobenen Befunde anhand der einschlägigen Budapest-Kriterien (vgl. deren Darstellung in Urk. 10/47/21) auf das Vorliegen eines CRPS hin (chronisch regionales Schmerzsyndrom) , wie es die Universitätsklinik C.____

schon anlässlich der Erstkonsultation vom Dezember 2012 als Verdachtsdiagnose aufgeführt hatte (Urk. 10/19/7-8). Dabei gelangte er zur Beurteilung, neben dem übergeordneten Symptom eines anhaltenden Schmerzes, der durch das Anfangstrauma nicht mehr erklärt werde (Budapest-Kriterien Ziffer 1) ,

seien wohl die anamnestischen Kriterien erfüllt (Budapest-Kriterien Ziffer 2) , nicht hingegen die Kriterien für ein aktuell vorhandenes CRPS (Budapest-Kriterien Ziffer 3; Urk. 10/47/22). 4.2.2

Diese Beurteilung ist nachvollziehbar. Insbesondere stimmt mit den klinischen Feststellungen überein, dass Dr.

A.____ nur Symptome aus einer einzigen der vier Kategorien von Ziffer 3 der Budapest-Kriterien als beobachtbar bezeichnete, nämlich die Symptome einer Hyperalgesie auf spitze Reize, einer Allodynie

(gesteigerte Schmerzempfindlichkeit) und eines Schmerzes bei Druck auf Gelenke/Knochen/Muskeln der Kategorie a (Urk. 10/47/22). Soweit die Beschwerdeführerin geltend machen liess, es sei zusätzlich das Symptom der Asymmetrie der Hauttemperatur der Kategorie b gegeben (Urk. 1 S. 6), so legte Dr.

A.____ dar, dass eine Temperaturdifferenz von bis zu 0,5 Grad Celsius - wie vorstehend wiedergegeben , erwies sich im Vergleich der beiden Fussrücken der rechte Fuss als 0,5 Grad Celsius kälter als der linke (vgl. Urk. 10/47/16) - noch nicht als pathologisch einzustufen sei (Urk. 10/47/ 15). Zudem hatte sich entgegen der Annahme in der Beschwerdeschrift (Urk. 1 S. 6) auch die Universitätsklinik C.____

mit der Temperatur der Füße befasst, und sie hatte nur anlässlich der Erstuntersuchung vom Dezember 2012 eine Temperaturdifferenz von 0,5 Grad Celsius beschrieben - hier hatte sich der rechte Fuss als wärmer erwiesen (Urk. 10/19/8) -, wogegen bei sämtlichen weiteren Kontrollen von Anfang 2013 bis Herbst 2015 symmetrische Temperaturen festgestellt wurden (vgl. Urk. 10/19/2+10+11+12+15+16+17, Urk. 10/27/2 und Urk. 10/29/2).

Dementsprechend stellte die Universitätsklinik C.____ wohl am Anfang die Verdachtsdiagnose eines CRPS und beschrieb neben der Temperaturdifferenz die weiteren dazu passenden Symptome einer Schwellung und einer lividen Verfärbung. Die Schwellung hatte jedoch von Anfang an ein lediglich diskretes Ausmass und

war bereits ab Januar 2013 regredient, und die livide Verfärbung wurde ebenfalls als leichtgradig charakterisiert (Urk. 10/19/7-12). Von Mai 2013 an war dann höchstens noch eine leichte Schwellung und keine Verfärbung mehr feststellbar (Urk. 10/19/14-17, Urk. 10/27/2 und Urk. 10/29/2), und im September 2013 sowie im Januar und im September 2014 hielt die Universitätsklinik C.____ fest, es bestünden keine Anhaltspunkte (mehr) für ein florides CRPS (Urk. 10/19/16+17 und Urk. 10/19/27/3).

Die Beurteilung von Dr.

A.____, anamnestisch könne ein CRPS bestanden haben, im Zeitpunkt der Begutachtung lasse sich diese Diagnose hingegen nicht mehr stellen (Urk. 10/47/23), steht somit im Einklang mit der Beurteilung der Universitätsklinik C.____ beziehungsweise von deren Chefarzt der Rheumatologie, Dr. med. F. Brunner. 4.2.3

Wenn daher Dr.

A.____

ausführte, aus rein neurologischer Sicht habe zu keinem Zeitpunkt eine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen, die 20% oder mehr betragen hätte

(vgl. Urk. 10/47/23-25), so ist dieser Beurteilung zumindest für die Zeit ab (spätestens) September 2013 in dem Sinne zu folgen, dass ab diesem Zeitpunkt ein CRPS als neurologische Diagnose nicht mehr nachgewiesen ist und damit auch keine Arbeitsunfähigkeit aus dieser Diagnose mehr abgeleitet werden kann.

Daran ändern auch die Ausführungen von Dr. I.____ in den Berichten vom 12. April und vom 7. Juni 2017 nichts. Dr. I.____ beobachtete zwar aktuell eine reduzierte Beweglichkeit und Schwäche im rechten Fuss, erachtete die reduzierte Beweglichkeit jedoch vornehmlich als schmerzbedingt (Urk. 8/1 und Urk. 8/2 S. 1 und S. 2). Das Symptom der reduzierten Beweglichkeit aus der Kategorie d von Ziffer 3 der Budapest-Kriterien geht somit weitgehend auf ein übergeordnetes Symptom des anhaltenden Schmerzes, der durch das Anfangstrauma nicht mehr erklärt wird (Ziffer 1 der Budapest-Kriterien). Dadurch ist erklärbar, dass Dr.

A.____ dieses Symptom nicht als zusätzlich gegeben markierte. 4.3.4.3.1

Ist nach dem Gesagten ab September 2013 die Diagnose eines CRPS nicht mehr gesichert, so stellt sich die weitere Frage, ob und wie weit die Schmerzsymptomatik im rechten Fuss durch eine Problematik ausserhalb des neurologischen Fachgebietes verursacht wird. 4.3.2

Die Beschwerdeführerin liess in der Einsprache zu Recht darauf hinweisen (Urk. 10/57/ 3-5), dass Dr.

A.____

sich gemäss seinen eigenen Ausführungen auf die neurologischen Aspekte beschränkt hatte und insbesondere eine Arbeitsunfähigkeit aus orthopädischer Sicht nicht ausschliessen konnte (vgl. Urk. 10/47/23). Das neurologische Teilgutachten von Dr.

A.____ kann somit nicht als Gesamtbeurteilung in somatischer Hinsicht verstanden werden. Zum rheumatologisch-orthopädischen Aspekt geben

indessen die Vorakten, namentlich die Dokumentationen der Universitätsklinik C.____ über einen mehrjährigen Beobachtungszeitraum hinweg, zuverlässig Aufschluss, sodass entgegen den Darlegungen in der Einsprache (Urk. 10/57/5) von einer zusätzlichen Begutachtung in diesen Fachgebieten keine weiteren Erkenntnisse zu erwarten sind.

So konnte die Universitätsklinik C.____ zwar ab September 2013 keine Anhaltspunkte für ein florides CRPS mehr erkennen, zweifelte jedoch nicht grundsätzlich am Vorhandensein der geklagten Schmerzen, die sie mit neuropathischen Schmerzen verglich (Urk. 10/27/3 und Urk. 10/29/2). Das Vorhandensein dieser Schmerzen ist glaubhaft. Denn Dr.

A.____ hob das offene und authentische Auftreten der Beschwerdeführerin hervor und beobachtete keinerlei Aggravation oder gar Simulation und nicht einmal Verdeutlichungstendenzen, und er konnte auch keine Hinweise auf eine signifikante Selbstlimitierung erkennen (Urk. 10/47/8+19). Unter diesen Umständen lässt aber die alleinige Tatsache, dass der Medikamentenspiegel im Blutserum sehr tief war (vgl. Urk. 10/47/17+19), entgegen dem Hinweis von Dr.

A.____ (Urk. 10/47/19) keine Zweifel an der geklagten Schmerzintensität und am Leidensdruck aufkommen. Dies gilt umso mehr, als im Bericht des Schmerzambulatoriums des Universitätsspitals E.____ vom 26. Mai 2017 (Urk. 8/3) plausibel dargetan ist, dass die Beschwerdeführerin vor Untersuchungen schon aufgefordert worden war, im Hinblick auf eine bessere Beurteilbarkeit der Schmerzqualität vorgängig keine Schmerzmittel einzunehmen, und deshalb einleuchtet, dass die Beschwerdeführerin, wie sie geltend machen liess (Urk. 1 S. 6, Urk. 7, Urk.

E. 12

), vor der Begutachtung ebenso gehandelt hatte. Zudem hat die Beschwerdeführerin die Grenzen der Belastbarkeit des rechten Fusses selber dadurch ausgelotet, dass sie im September 2014 eine mit regelmässigem Gehen verbundene Tätigkeit in der Postzustellung aufgenommen hatte, die sie im Zeitpunkt der Begutachtung von September 2016 immer noch verrichtete (vgl. Urk. 10/26/2 und Urk. 10/47/10+11).

Eine gewisse schmerzbedingte Einschränkung durch die Symptomatik am rechten Fuss leuchtet daher ein, ohne dass diese Symptomatik einer eindeutigen somatischen Diagnose zugeordnet werden muss oder im Detail zu eruieren ist, wieweit eine psychiatrische Diagnose daran beteiligt ist. Es ist lediglich darauf hinzuweisen, dass Dr.

A.____ im Rahmen der psychiatrischen Teilbegutachtung

die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung oder einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 Code F45.4) nicht stellte (mit der

Begründung der guten Reduzierbarkeit der Schmerzen durch Analgetika und des fehlenden Einflusses von psychosozialen oder emotionalen Faktoren auf die Schmerzintensität), sondern vielmehr von psychologischen Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten im Sinne von ICD-10 Code F54 ausging (Urk. 10/47/71+73).

Dieser Code wird indessen verwendet, um psychische und Verhaltensinflüsse zu erfassen, die wahrscheinlich eine wesentliche Rolle in der Manifestation körperlicher Krankheiten spielen; Dr.

A.____ anerkannte also einen körperlichen Kern

der Schmerzproblematik. 4.3.3

Eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit, wie die Universitätsklinik C.____ sie der Beschwerdeführerin im Bericht vom 15. September 2015 attestierte

(Urk. 10/29), ist demnach in Bezug auf die Tätigkeit als Postzustellerin einleuchtend angesichts dessen, dass die Beschwerdeführerin diese Tätigkeit zur Zeit jener Konsultation seit rund einem Jahr zu einem Pensum von maximal 50% tatsächlich ausübte (Urk. 10/29/1), jedoch über starke Schmerzen klagte und später gegenüber Dr.

A.____ ausführte, sie schaffe selbst ein Pensum von 30% nur mit Mühe (Urk. 10/47/13 +61).

Soweit die Universitätsklinik C.____ die 50%ige Arbeitsunfähigkeit demgegenüber anfänglich auch auf die sitzend zu verrichtende Tätigkeit im Call-Center bezogen hatte, so am 15. August 2013 (Urk. 10/19/15) und am 7. Januar 2014 (Urk. 10/19/17), so ist dies für die damalige Zeit nicht zu beanstanden, in späterer Zeit ist jedoch für solche Tätigkeiten keine körperlich bedingte Arbeitsunfähigkeit in diesem Ausmass mehr anzunehmen. Denn es gab in der Folge offenbar auch Zeiten, in denen das Pensum im Call-Center auf 80% stieg, wie dem Bericht der Universitätsklinik C.____

vom 23. April 2014 zu entnehmen ist (Urk. 10/19/18). Und wiewohl in diesem Bericht die Aussage der Beschwerdeführerin festgehalten ist, dieses Pensum sei schmerzbedingt mehr schlecht als recht realisierbar, so führte die Beschwerdeführerin später gegenüber Dr.

A.____

doch aus, sie würde sich eine Tätigkeit in einem Call-Center, anders als die Tätigkeit als Postzustellerin, zu 100% zutrauen (Urk. 10/47/13 +61).

In Übereinstimmung damit bezeichnete die Universitätsklinik C.____

im Dezember 2016 eine solche Tätigkeit aus rheumatologischer Sicht als ideal und führte keine zeitliche Einschränkung mehr an (Urk. 10/58/5). 4.3.4

Damit ist überwiegend wahrscheinlich im Sinne des massgebenden Beweisgrades, dass die Beschwerdeführerin in der Zeit ab der Anmeldung bei der Invalidenversicherung aufgrund des Schmerzbildes im rechten Fuss für eine mit viel Gehen verbundene Tätigkeit wie diejenige als Postzustellerin zu höchstens 50% arbeitsfähig war, für eine rein sitzende Tätigkeit wie diejenige in einem Call-Center hingegen zu 100%.

Soweit die Beschwerdeführerin in der Beschwerdeschrift zusätzlich geltend machen liess, sie leide auch an Schulterbeschwerden, die sie einschränkten (Urk. 1 S. 7), so sind diese Beschwerden in den Akten der behandelnden Ärzte nicht dokumentiert, und gegenüber Dr.

A.____ erwähnte die Beschwerdeführerin zwar Schmerzen in der linken Schulter (Urk. 10/47/12), die Beweglichkeitsprüfung ergab jedoch keine Einschränkungen (Urk. 10/47/15). Von Seiten einer Schulterproblematik ist somit keine weitergehende Arbeitsunfähigkeit nachgewiesen. 4.4 4.4.1

Hingegen sind

neben den bereits genannten psychologischen Faktoren und Verhaltensfaktoren nach ICD-10 Code F54, welche die Schmerzproblematik beeinflussen, zusätzliche psychiatrische Diagnosen dokumentiert . 4.4.2

Die behandelnde Psychiaterin Dr. D.____ nannte im Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 15. Januar 2016 (Urk. 10/39/1) zum einen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig bis mittelgradige Episode mit psychisch-physischer Erschöpfung in anhaltenden Konfliktsituationen (ICD-10 Code F33.1 und Code Z63.0) , und zum anderen eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit abhängigen, selbstunsicheren und histrionischen Anteilen (ICD-10 Code F61.0). Dr.

A.____ konnte diese Diagnosen im psychiatrischen Teilgutachten bestätigen (Urk. 10/47/71) ; unter den Fachpersonen der Psychiatrie besteht somit ein Konsens darüber.

Es besteht auch kein Anlass, die psychiatrischen Diagnosen von A mtes wegen in Frage zu stellen.

So berichtete Dr. D.____ der Beschwerdegegnerin eingehend und anschaulich, dass die Beschwerdeführerin die Behandlung bei ihr im Jahr 2002 wegen eines psychisch-physischen Erschöpfungszustandes aufgenommen habe , nachdem ihr ein Partner wegen Gewaltandrohungen ein Hausverbot erteilt werden musste (Urk. 10/39/2) , dass nach der Überwindung der akuten Krise die dahinterliegenden Probleme der strukturellen Störung sichtbar geworden seien - Schwierigkeit, eine eigene Meinung zu finden und durchzusetzen, Angst, kritisiert und abgelehnt zu werden, vermindertes Selbstwertgefühl und verminderte Selbstachtung, aufopferndes Verhalten mit Unterordnung eigener Bedürfnisse unter diejenigen anderer Personen, zu denen eine Abhängigkeit bestehe , und Mühe, zu eigenen aggressiven Impulsen zu stehen - und dass zudem eine deutliche depressive Grundstimmung bestehe, die wenn immer möglich überspielt werde, und eine deutliche Erschöpfung und innere Anspannung wahrnehmbar sei (Urk. 10/39/3). Dr.

A.____

konnte für den Krankheitsverlauf auf die ausführliche Dokumentation von Dr. D.____ zurückgreifen und nahm im

Untersuchungsgespräch die von Dr. D.____ beschriebene Symptomatik, etwa die gedrückte Stimmung und das reduzierte Selbstwörterleben ebenfalls wahr (vgl. Urk. 10/47/64-65). Es leuchtet deshalb ein, dass er zu den gleichen Diagnosen wie Dr. D.____ gelangte. 4.4.3

Was die Auswirkungen der diagnostizierten psychischen Störungen betrifft, so führte Dr.

A.____ aus, die kombinierte Persönlichkeitsstörung bewirke eine Verminderung der Resilienz und der Durchsetzungsfähigkeit und die rezidivierende depressive Störung mit wechselndem Schweregrad von leicht bis mittelgradig führe zu einer verminderten Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit . Sodann erwog er, eine mittelgradige Depression habe gemäss den SIM (Swiss Insurance Medicine)-Leitlinien eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit zur Folge, hiervon seien jedoch die invaliditätsfremden Anteile

abzuziehen, die das psychopathologische Bild mitverursachten. Würden die invaliditätsfremden Faktoren etwa zur Hälfte angerechnet, so sei von einer 20-30%igen Minderung der Arbeitsfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht auszugehen, was sowohl für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als auch für adaptierte Tätigkeiten gelte (Urk. 10/47/3+72+73).

Diese Herleitung ist, für sich allein betrachtet, zu schematisch und vermag der dargelegten Rechtsprechung zur Ermittlung der Leistungseinschränkungen anhand von Indikatoren, die dem konkreten Sachverhalt entnommen werden müssen, nicht zu genügen. Darin ist der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 8 f.) zuzustimmen. Eine mittelgradige depressive Episode hat nach der qualitativen Umschreibung in der ICD-10-Klassifikation zur Folge, dass ein Patient nur unter erheblichen Schwierigkeiten soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten fortsetzen kann (ICD-10 F32.1); die quantitative Bezifferung dieser Schwierigkeiten durch einen bestimmten, generell-abstrakt festgelegten prozentualen Einschränkungsgrad kann jedoch nur als erster Anhaltspunkt dienen und macht eine individuelle, auf den Einzelfall zugeschnittene Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht entbehrlich. Das Gleiche gilt für

die Berücksichtigung der invaliditätsfremden Faktoren in Form eines abstrakt geschätzten prozentualen Abzugs. Auch dieses Vorgehen genügt den Anforderungen an eine konkrete, fallbezogene Beurteilung nicht. Zudem ist zu präzisieren, dass die invalidenversicherungsrechtlich relevanten Auswirkungen einer psychischen Störung nicht schon dadurch gemindert werden, dass psychosoziale Faktoren zur Entstehung der Störung beigetragen haben. Die Ausführungen der H.____, auf die sich die Beschwerdeführerin berief (Urk. 3), machen dies anschaulich. Die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz fehlt vielmehr im Sinne der dargelegten Rechtsprechung (BGE 127 V 294 E. 5a mit Hinweis) erst dann, wenn ein Störungsbild sich in psychosozialen Faktoren erschöpft, sodass keine eigenständige medizinische Diagnose gestellt werden kann, oder wenn Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit nicht von der diagnostizierten Gesundheitsstörung, sondern von sozialen Umständen herrühren.

Im Ergebnis kann allerdings der Bemessung der psychisch bedingten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit durch Dr.

A.____ dennoch gefolgt werden. Dies ergibt sich aus dem Nachfolgenden. 4.4.4

Dr. D.____ schilderte in den Berichten zuhanden der Krankenkasse den Behandlungsverlauf, konstatierte insgesamt ein langsames, durch äussere, familiäre Umstände teilweise erschwertes Vorankommen in der Bearbeitung der strukturellen Störung und wies darauf hin, dass es durch die Therapie gelungen sei, die Beschwerdeführerin in ihrem sozialen Rahmen zu halten, ihre Arbeitsfähigkeit als alleinerziehende Mutter zu erhalten und kürzere oder längere Hospitalisationen zu vermeiden (Urk. 10/34/13-14, Urk. 10/34/19-20, Urk. 10/34/10-11 und Urk. 10/34/17-18).

In den Berichten der Jahre 2013 und 2014 wurde dann der negative Einfluss der Fussproblematik auf den psychischen Zustand thematisiert, gleichzeitig hielt Dr. D.____ im Mai 2014 aber auch fest, es sei der Beschwerdeführerin aufgrund der Fortschritte im Ablösungsprozess, in der Erweiterung ihrer Selbständigkeit

und in der Stärkung des Selbstbewusstseins und Selbstvertrauens gelungen, das Teilzeitpensum im Call-Center aufzunehmen und aufrechtzuerhalten (Urk. 10/34/18).

Diese Stelle umfasste gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin beim Standortgespräch vom Juni 2015 ein Pensum von 30-50 % (Urk. 10/26/2) , das Pensum dehnte sich jedoch nach dem bereits Dargelegten kurzzeitig

bis auf 80 % aus .

Des Weiteren hatte die Beschwerdeführerin die Stelle im Call-Center noch inne, als sie im September 2014 als zusätzliche Stelle die Tätigkeit als Postzustellerin zu einem Pensum von zunächst 20 % aufnahm , und sie verlor die Stelle im Call-Center im Frühjahr 2015 nicht aus gesundheitlichen Gründen, sondern infolge Konkurses der Arbeitgeberin (vgl. Urk. 10/26/2-3). Auch wussten die Arbeitgeber der Beschwerdeführerin offenbar nichts von ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung, sodass die Beschwerdegegnerin davon absah, dort Informationen einzuholen (vgl. Urk. 10/26/1+2). Die Beschwerdeführerin selber sodann erfuhr gemäss ihren Angaben gegenüber Dr.

A. ___ vornehmlich die vom Fuss ausgehenden Schmerzen als limitieren d und traute sich deshalb, wie schon dargelegt, eine körperlich weniger belastende Stelle wie diejenige im Call-Center zu 100 % zu (Urk. 10/47/13+61). Es leuchtet daher zwar durchaus ein, dass sich die körperlichen Schmerzen negativ auf die Grundstimmung, den Antrieb und die Lebensfreude der Beschwerdeführerin auswirkten und das psychische Leiden verstärkten (Urk. 10/39/3, Urk.

E. 13

S. 2), lässt sich indessen aufgrund der tatsächlichen Berufserprobung ab Herbst 2013 nicht begründen. Zudem sind die psychischen Ressourcen der Beschwerdeführerin auch darin erkennbar, dass sie schon in der Zeit davor den Alltag mit sechs Kindern trotz depressiver Episoden unterschiedlichen Schweregrades in beachtlicher Weise gemeistert hatte , wenn auch mit psychiatrischer Unterstützung, und dass es ihr im Jahr 2009 gelungen war , einen sechsmonatigen Kurs für eine Tätigkeit als Kosmetikerin zu durchlaufen und erfolgreich abzuschliessen

(vgl. Urk. 10/47/55). Im Ergebnis

ist daher

die von Dr.

A. ___ attestierte psychisch bedingte berufliche Einschränkung im Umfang von

etwa 20-30 % plausibel. 5. 5.1

Zusammengefasst war die Beschwerdeführerin ab der Anmeldung vom Mai 2015 für Tätigkeiten, die eine kontinuierliche Belastung des rechten Fusses erforderten, schon aus körperlichen Gründen zu mindestens 50 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, und für körperlich angepasste, vorwiegend im Sitzen zu verrichtende Tätigkeiten bestand immer noch eine psychisch bedingte Minderung in der Leistungsfähigkeit um 20-30 % .

Es bleibt zu prüfen, welcher Invaliditätsgrad aus diesen Einschränkungen abzuleiten ist. 5.2

Wie dem Auszug aus dem in die viduellen Konto vom 9. Juni 2015 zu entnehmen ist (Urk. 10/24), war die Beschwerdeführerin zu Anfang der 1980er-Jahre bis zur Geburt ihres ersten Kindes im Jahr 1983 noch teilzeitlich erwerbstätig , danach sind bis und mit dem Jahr 2012 keine eigenen Erwerbseinkünfte mehr registriert, abgesehen von einem Einkommen in der Höhe von Fr. 780.-- im Jahr 2002.

Dennoch leuchtet die Annahme der Beschwerdegegnerin ein, die Beschwerdeführerin wäre bei guter Gesundheit nunmehr zu 100 % erwerbstätig (Urk. 10/26/2). So erlaubten die Lebensumstände im Zeitpunkt der Anmeldung vom Mai 2015

zweifelloso eine volle Erwerbstätigkeit, da die beiden jüngsten, 1995 und 1997 geborenen Kinder, die noch zu Hause lebten (vgl. Urk. 10/26/3), die Volljährigkeit erreicht hatten oder demnächst erreichten; zudem erforderten die finanziellen Umstände, dass die Beschwerdeführerin ein namhaftes Einkommen erzielte, da sie nach ihren Angaben gegenüber Dr.

A. ___ von ihren Kindern finanziell unterstützt werden musste (vgl. Urk. 10/47/55). Des Weiteren bestehen zwar Anhaltspunkte für invaliditätsfremde Gründe, welche die Beschwerdeführerin in der Vergangenheit an einer beruflichen Tätigkeit gehindert hatten; beispielsweise erklärte sie, nach dem Kursabschluss im Jahr 2009 wegen Problemen ihrer Tochter keine Arbeit als Kosmetikerin aufgenommen zu haben (Urk. 10/47/55). Aus den Berichten von Dr. D. ___

wird aber deutlich, dass auch gesundheitliche Gründe dafür verantwortlich waren, dass die Beschwerdeführerin nicht schon früher als im Jahr 2013 zumindest teilweise wieder in eine berufliche Tätigkeit eingestiegen war;

die Psychiaterin wertete die Aufnahme einer teilzeitlichen Erwerbstätigkeit, wie schon diskutiert,

als therapeutischen Fortschritt im Rahmen des Prozesses der Stärkung des Selbstbewusstseins und der Erlangung von Selbständigkeit (vgl. Urk. 10/34/18).

Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin in der massgebenden Zeit ab der Anmeldung vom Mai 2015 als mutmasslich voll erwerbstätig eingestuft hat. Unter diesen Umständen spielt für den Rentenanspruch keine Rolle, ob und wie weit die Beschwerdeführerin auch in der Verrichtung der Hausarbeit gesundheitlich eingeschränkt ist. Es muss daher nicht geprüft werden, ob Dr.

A. ___

eine solche Einschränkung zu Recht verneint hat (vgl. Urk. 10/47/73) . 5.3

Bei der Festlegung des Invaliditätsgrades sind das Validen- und das Invalideneinkommen des Jahres 2015 miteinander zu vergleichen, da ein Rentenanspruch der Beschwerdeführerin gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens sechs Monate nach der Anmeldung vom Mai 2015 entstehen kann .

Was das Valideneinkommen betrifft, so war die Beschwerdeführerin nach dem bereits Ausgeführten zunächst schon aus familiären Gründen nicht berufstätig und hätte auch bei guter Gesundheit erst in den letzten Jahren eine Erwerbstätigkeit aufgenommen. Gemäss ihren Angaben gegenüber der Beschwerdegegnerin hatte sie in Deutschland eine Lehre als Kosmetikerin/ Coiffeuse abgebrochen und hatte danach eine Lehre als Medizinische Praxisassistentin gemacht, deren Abschluss jedoch in der Schweiz nicht anerkannt ist (Urk. 20/26/3) . Der Beschwerdeführerin standen daher unabhängig vom Gesundheitszustand in erster Linie Stellen offen, für die es keiner Ausbildung bedarf, also Tätigkeiten aus dem Stellenspektrum des Kompetenzniveaus 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) der massgebenden Tabelle TA1 (Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht im Privaten Sektor; vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.3.1 und

E. 2.5.7) der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE; Ausgabe 2014).

Die körperlich angepassten Tätigkeiten, die für die Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung in Frage kommen und bestimmend für das Invalideneinkommen sind, entstammen demselben Stellenspektrum. Die Einkommenseinbusse

entspricht daher der psychisch bedingten Leistungseinbusse von 20-30 %. Eine darüber hinausgehende Reduktion des Invalideneinkommens aufgrund dessen, dass der Beschwerdeführerin aufgrund der Beschwerden im rechten Fuss nicht mehr alle Tätigkeiten im massgebenden Stellenspektrum zuzumuten sind, ist hingegen nicht vorzunehmen. Denn wie das Bundesgericht schon festgestellt hat, ist im untersten Kompetenzniveau bereits eine Vielzahl von leichten bis mittelschweren Tätigkeiten enthalten, sodass das Erfordernis, von einer körperlich schwereren auf eine körperlich leichtere Tätigkeit umzustellen, keinen Abzug vom Tabellenlohn (vgl. BGE 126 V 75 E. 5a/ bb) rechtfertigt. 5.4

Resultiert damit ein Invaliditätsgrad, der unter der Mindestgrenze von 40 % liegt, so hat die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente mangels anspruchserheblicher Erwerbseinbusse ab dem frühestmöglichen Anspruchsbeginn zu Recht verneint. Offen bleiben kann unter diesen Umständen, wann das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 IVG zu laufen begonnen hatte und wann es abgelaufen war.

Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde.

Soweit die Beschwerdeführerin gegenüber Dr.

A. den Wunsch bekundet hat, Hilfe bei der Stellensuche zu erhalten (Urk. 10/47/13 +61), so kann sie sich bei der Beschwerdegegnerin zur Abklärung der in Frage kommenden beruflichen Massnahmen melden. Der Vermerk in der angefochtenen Verfügung, der Anspruch auf berufliche Massnahmen erübrige sich (Urk. 2 S. 2), kann nicht als Verneinung dieses Anspruchs verstanden werden, sondern kann im vorliegenden Zusammenhang lediglich bedeuten, dass auch ohne Durchführung beruflicher Massnahmen kein Rentenanspruch besteht. Dementsprechend wurde der Beschwerdeführerin schon beim Standortgespräch vom 19. Juni 2015 Unterstützung bei der Wiedereingliederung angeboten (vgl. Urk. 10/26/4-5). 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GrünigKobel

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