

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00706 vom 19. Dezember 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-12-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00706

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00706 du 19 décembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00706 del 19 dicembre 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1956 und zuletzt bis 31. Juli 2003 beim Altersheim Y.____ als Mitarbeiterin Hauswirtschaft angestellt gewesen (Urk. 7/7), meldete sich nach einem am 18. Juli 2002 erlittenen Verkehrsunfall, anlässlich welchem sie sich eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) zugezogen hatte (statt vieler: Urk. 7/9/13), am 26.

Juni 2003 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, verneinte gestützt auf ihre medizinischen und erwerblichen Abklärungen und nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Verfügung vom 19.

Februar 2009 einen Leistungsanspruch (Urk.

7/68). Die s wurde vom hiesigen Gericht mit Urteil vom 29. November 2010 im Prozess Nr.

IV.2009.00294 (Urk.

7/82) und

vom Bundesgericht mit Urteil vom 14. Juni 2011 (Urk. 7/88) bestätigt.

E. 1.1

S. 1). Seit vielen Jahren habe sich das psychische Zustandsbild stetig verschlechtert. Die Beschwerdeführerin sei seit Jahren nicht mehr leistungs- oder arbeitsfähig. Es bestehe keine Aussicht auf Besserung (Ziff.

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken.

Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

E. 1.3

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.

E. 1.4

S.

2). Die Belastbarkeit der Beschwerdeführerin sei aus somatischer wie auch aus psychiatrischer Sicht deutlich eingeschränkt. Wahrscheinlich könne sie eine körperlich sehr leichte Tätigkeit zu maximal 20-25 % ausüben (Ziff.

E. 1.5

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. 1.6

S

4). 4. 5

Dr.

H.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 18.

Juni 2015 (Urk.

7/105) bei den bekannten Diagnosen, die Beschwerden und Befunde seien identisch wie in seinem früheren Bericht (Ziff.

E. 1.7

S.

2

f.). 4. 6

Die Z.____-Gutachter stellten im Gutachten vom 25.

Februar 2016 (Urk.

7/117) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsunfähigkeit (Ziff.

5.1 S. 35): - chronische cervicospoondylogenes bis cervicobrachiales

myogelotisch bedingtes therapieresistentes Schmerzsyndrom - radiomorphologisch: deutliche Streckhaltung der HWS mit deutlicher degenerativer Osteochondrose

- im Segment C5/6 mit leichter Antepositionsfehlstellung von C6 gegenüber C5 mit ventraler und dorsaler reaktiver Spondylose und deutlicher Höhenminderung der Bandscheibe C5/6 - weitgehend normale Höhenverhältnisse der Bandscheibenhöhen proximal und distal vom Segment C5/6 - im ap -Bild im Segment C5/6 bilaterale Unkarthrose - progredient zunehmende Osteochondrosen im Segment C5/6 im Vergleich zu Vorbildern gemäss Aktenlage vom August 2008 - reaktive Myogelosen der gesamten Nacken-Schultergürtelmuskulatur im Rahmen einer erheblichen allgemeinen muskulären Dekonditionierung

- Halte- und Aktionstremor beider Hände rechtsbetont, möglicherweise essentiell

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (Ziff . 5.2 S.

35

f.) - dysfunktionale Schmerzverarbeitung mit algogener Verstimmung - multilokuläres Schmerzsyndrom mit Schwerpunkt zervikal - Status nach Autounfall (Heckkollision) mit HWS-Distorsionstrauma am 18. Juli 2002 - Zeichen einer Symptomausweitung mit funktioneller sensomotorischer Hemisymptomatik rechts - assoziiert mit anamnestisch geschilderter subjektiver Steh- und Gehunsicherheit und chronischem Schwindel mit Kopfschmerzen - Status nach endovaskulärer Behandlung eines Aneurysmas der A. carotis interna links 2009 - Adipositas (BMI 34 kg/m²) - arterielle Hypertonie - medikamentös (deutlich ungenügend) behandelt - Schlafapnoe-Syndrom - unter adäquater CPAP-Behandlung subjektiv beschwerdefrei

Bezüglich Beschwerden am Bewegungsapparat sei das chronische multilokuläre Schmerzsyndrom zu erwähnen, mit Schwerpunkt zervikal, in vielen Bereichen ohne organisches Korrelat. Die Hauptbeschwerden könnten einem chronischen

cervicospoondylogenen bis cervicobrachialen, myogelotisch bedingten Schmerzsyndrom zugeordnet werden mit leichten bis mässiggradigen degenerativen Veränderungen bildgebend und klinisch vor allem reaktiven Myogelosen mit erheblicher Dekonditionierung. Im Weiteren sei aus neurologischer Sicht der essentielle Tremor zu erwähnen. Zusammenfassend resultiere aus rheumatologischer und neurologischer Sicht beziehungsweise aus Sicht des Bewegungsapparates, dass der Beschwerdeführerin keine körperlich schweren und anhaltend mittelschweren Tätigkeiten zumutbar seien. Für körperlich leichte, wechselbelastende und adaptierte Tätigkeiten, auch ohne wesentliche Beanspruchung der Feinmotorik, bestehe hingegen eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit mit einem erhöhten Pausenbedarf im Sinne einer Leistungseinbusse von 20

% (S.

36).

Die zur neurologischen Untersuchung ergänzend durchgeführte neuropsychologische Untersuchung habe keine reproduzierbaren Befunde ergeben, die einer Einschränkung zuzuordnen wären. Die Datenerhebung könne bei der Beschwerdeführerin nicht valide erfolgen. Neuropsychologisch könne keine objektive Einschränkung dargestellt werden (S.

36).

Aus psychiatrischer Sicht könne keine Diagnose im engeren Sinn gestellt werden. Es könne von einer dysfunktionalen Schmerzverarbeitung mit algogener Verstimmung gesprochen

werden, welche sich nach dem Unfall im Juli 2002 entwickelt habe. Eine Komorbidität liege aus psychiatrischer Sicht nicht vor, insbesondere auch keine Depression. Gemäss geprüften Indikatoren könne aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zugeordnet werden (S.

37).

Aus allgemeininternistischer Sicht lägen Befunde vor, die vor allem im Bereich des metabolischen Syndroms anzusiedeln seien mit Folgeproblemen auch des Schlafapnoe-Syndroms, und die für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit blieben (S.

37).

Zusammenfassend resultiere aus

polydisziplinärer Sicht, dass bei der Beschwerdeführerin für schwere und anhaltend mittelschwere Tätigkeiten eine bleibende Arbeitsunfähigkeit bestehe. Wahrscheinlich sei auch die zuletzt durch geführte Tätigkeit im Altersheim, wofür kein genauer Stellenbeschrieb vorliege, mindestens teilweise ungeeignet. Für leichte, adaptierte Tätigkeiten bestehe hingegen eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Das Pensum könne vollschichtig umgesetzt werden mit erhöhtem Pausenbedarf bis 10 Minuten pro Stunde (S.

37).

Am 10.

März 2016 führten die Gutachter ergänzend aus (Urk.

7/119), die von ihnen gemachten Aussagen zur Arbeitsfähigkeit gälten ab dem Beurteilungszeitpunkt, retrospektiv könnten keine sicheren Aussagen gemacht werden. 4. 7

Dr.

I.____, Oberärztin am Universitätsspital

J.____ berichtete am 16.

März 2016 (Urk.

7/128) nach der kardiologischen Sprechstunde, die Beschwerdeführerin präsentiere sich in einem reduzierten Allgemeinzustand, sie wirke schläfrig und unkonzentriert. Trotz Therapie mit CPAP berichtete die Beschwerdeführerin über Schlafstörungen und Orthopnoe. Es liege eine symptomatische orthostatische Hypotonie vor.

Bei der Therapieresistenz spielten viele Faktoren mit: Die

Compliance betreffend Antihypertensiva sei nicht perfekt, die Einnahme anderer Medikamente und Begleiterkrankungen wie Schlafapnoe und Adipositas wirkten sich negativ auf den Blutdruck aus. Das Echokardiogramm zeige keine Hypertrophie, aber einen leicht dilatierten linken Vorhof. 4. 8

Am 17.

Juli 2016 nahm Dr. G.____ gegenüber dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin Stellung zum Z.____-Gutachten (Urk.

7/131) und führte aus, dass die Arbeitsunfähigkeit, welche er im Verlauf der Jahre bestätigt habe, nicht nur auf isolierten Befunden eines cervicalen Segments oder einer schmerzhaften Schulterschmerzen basiert habe, sondern dass er als Internist und Rheumatologe während Jahren die Gesamtsituation mit therapieresistenter arterieller Hypertonie, Kopfschmerzen, rezidivierenden Stürzen und psychischen Schwierigkeiten mitberücksichtigt habe (S.

3).

Aus rein internistischer und rheumatologischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für schwere und mittelschwere Tätigkeiten. Für leichte, angepasste Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 40

%, wobei das Tragen und Heben von Lasten über 5

kg, Überkopfarbeiten und Präzisionsarbeiten und schnelle repetitive Bewegungen der Hände (wegen des Tremors) nicht möglich seien. Auch Arbeiten mit regelmässigen Nackenbewegungen (Rotationen) und häufiger Flexion der HWS seien zu vermeiden. In Betracht kämen theoretisch vor allem Produktionsarbeiten in der Industrie. Aufgrund der psychischen Schwierigkeiten und der wiederholten Stürze könnten nur Beschäftigungen im geschützten Rahmen berücksichtigt werden (S.

3). 4. 9

Am 2.

September 2016 stellte sich

Dr. D.____

auf den Standpunkt (Urk. 7/133), das Z.____ -Gutachten vermöge nicht zu überzeugen, da es nicht die innere und äussere Realität der Beschwerdeführerin widerspiegeln (S.

2). 4. 10

Am 22. November 2016 (Urk. 7/140) erwiderten die Z.____ -Gutachter die Kritik von

Dr. G.____ und

Dr. D.____ und hielten zusammenfassend fest, dass aufgrund der eingereichten Unterlagen kein Anlass bestehe, am Gutachten etwas zu ändern (S.

5). 4.1 1

Am 12.

Januar 2017 äusserte sich Dr. G.____ (Urk. 7/142) gegenüber dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin erneut zum Z.____ -Gutachten. 4.1 2

Dr .

K.____, Fachärztin für Radiologie und Fachärztin für Neurologie, stellte im Bericht vom 26. Juni 2017 (Urk. 10/1) fest, dass die gleichen tags durchgeführte MRT der HWS eine mässige Foramina stenose C6/7 links und eine leichtgradige Foramina stenose C5/6 beidseits rechtsbetont zeige, mit einer möglichen Affektion der entsprechenden austretenden Nervenwurzeln durch die genannten leicht progredienten degenerativen Veränderungen. Überdies zeigten sich erosive

Spondylarthrosen beidseits C7/Th 1. Es sei keine Spinalkanalstenose oder Wurzelkompression erkennbar. 4.1 3

Dr. L.____, Leitender Arzt am Institut für Medizinische Radiologie und Nuklearmedizin am Stadtspital F.____

berichtete am 25. September 2017 (Urk. 10/2) über die gleichentags durchgeführte MRT der Lendenwirbelsäule (LWS), es lägen eine mehrsegmentale Diskusdegeneration lumbal, mit kleinvolu miger Diskushernie L2/3 links paramedian ohne Beeinträchtigung der neuralen Strukturen sowie eine zirkumferente Diskusverbreiterung L2/3 und L4/5 mit all fälliger Wurzelirritation rezessal L3 rechts und L5 links vor (S. 1 unten). Überdies seien mittelschwere rechtsbetonte Spondylarthrosen sowie eine zystische Raumforderung im Becken rechts, wahrscheinlich von der Adnexe ausgehend, zu erkennen (S. 2 oben). 4.1 4

Dr.

M.____, Oberarzt am Institut für Medizinische Radiologie und Nuklearmedizin am Stadtspital F.____, gab im Bericht vom 12. Oktober 2017 (Urk. 10/3) über die Arthro-MRI der Schulter rechts vom 12. Dezember 2017 folgende Beurteilung ab (S. 2): - progrediente hypertrophe AC-Arthrose - progrediente Tendinopathie und bursaseitige Partialrupturen der Supraspinatussehne, zusätzliche interstitielle Partialrupturen wahrscheinlich - vorbestehende Bursitis subacromialis - insgesamt besteht der Verdacht auf ein subacromiales

Impingement - SLAP-Läsion Typ II, nach dorsal in einen oberflächlichen, undislozierten Labrumriss übergehend 5. 5.1

Das Gericht

erwog im Urteil vom 29. November 2010 (Urk. 7/82), alle befassten Gutachter hätten die geklagten Schmerzen der Beschwerdeführerin nicht zu objektivieren vermocht. Dieses von den Gutachtern beschriebene mangelnde organische Substrat sei im Wesentlichen auch durch die übrigen medizinischen Akten belegt. Mehrfach hätten die befassten Ärzte - in Übereinstimmung mit den

A.____-Gutachtern - auf die (mögliche) Symptomausweitung hingewiesen. Zum selben Schluss sei auch das Bundesgericht im Urteil vom 6. Oktober 2008 (in Sachen der Beschwerdeführer in gegen den Unfallversicherer) gelangt, in dem es die beschriebenen Funktionsstörungen rechtsverbindlich als organisch nicht nachweisbar qualifiziert habe (E. 6.1).

Angesichts des fehlenden organischen Substrats prüfte das Gericht die Wertbarkeit der (Rest) arbeitsfähigkeit anhand der damals anwendbaren, für die somatoforme Schmerzstörung entwickelten Kriterien (sogenannte Überwindbarkeitspraxis) und kam zum Schluss, dass ein Kriterium zwar erfüllt sei, was aber nicht genüge, um die willentliche Schmerzüberwindung ausnahmsweise als unzumutbar erscheinen zu lassen. Auf die von den behandelnden Ärzten und den A.____-Gutachtern bescheinigte Arbeitsunfähigkeit könne daher nicht abgestellt werden, sondern es sei vielmehr zu schliessen, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin mangels objektivierbarer Befunde aus somatischer Sicht nicht eingeschränkt sei und die Beschwerden im Übrigen nicht invalidisierend seien (E. 6.6). 5 .2

Aus den medizinischen Akten ist ersichtlich, dass bei der Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht seit der letzten Beurteilung neue Leiden wie ein Aneurysma der A. carotis

interna links und ein Schlafapnoe Syndrom hinzugekommen sind.

Diese erachteten die Z.____-Gutachter (E. 4.6) als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die Hauptbeschwerden ordneten sie einem chronischen cervicospinalen bis cervicocranialen, myogelotisch bedingten Schmerzsyndrom mit leichten bis mässiggradigen degenerativen Veränderungen zu, welche die Beschwerdeführerin in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit mit näher umschriebenen Anpassungen zu 20 % einschränkt.

In psychiatrischer Hinsicht konnten die Z.____-Gutachter keine Diagnose im engeren Sinne mehr stellen.

Zu prüfen ist im Folgenden, ob das Z.____-Gutachten beweistauglich ist, was von der Beschwerdeführerin bestritten wird. 5.3

Insoweit die Beschwerdeführerin bemängelte, den Z.____-Gutachtern hätten weder das MRI des Kopfes mit HWS vom 23. April 2009 noch die

Ergebnisse der Arthro-MRI-Untersuchung der rechten Schulter vom 5. November

2010 vorgelegen, trifft dies zumindest für das Arthro-MRI vom 5. November 2010 nicht zu, wurde doch diese im Gutachten unter dem Titel «Stellungnahme zu früheren Einschätzungen ...» explizit erwähnt (S. 26 Ziff. 4.2.7). Im Übrigen lassen bildgebende Untersuchungen für sich alleine nicht notwendigerweise auf eine funktionelle Einschränkung schliessen. Es ist vielmehr Aufgabe des Gutachters, die bei der Bildgebung erhobenen Befunde anhand der Klinik zu überprüfen (Urteil des Bundesgerichts 9C_470/2017 vom 29. Juni 2018 E. 3.2 mit Hinweisen). Im rheumatologischen Teilgutachten des Z.____

wurde ausgeführt, dass das Röntgenbild vom 4. Januar 2016 in Bezug auf die HWS radiomorphologisch unter Berücksichtigung der Aktenlage eine progredient zunehmende klare Osteochondrose monosegmental betreffend das Segment C5/6 zeige, so dass ein somatischer Kern der Cervicalgien durchaus postuliert werden könne. Proximal und distal des Segments C5/6 stellen sich die Wirbelkörper und die Bandscheiben jedoch weitgehend normal dar, so dass die klinisch demonstrierte massive Bewegungseinschränkung in allen Ebenen rein aufgrund dieser monosegmentalen degenerativen Osteochondrose im Segment C5/6 somatisch nicht begründet werden könne. Der Schultergelenkstatus habe in Schulterneutralstellung eine normale Innen- und Aussenrotationsfähigkeit ergeben, so dass klinisch keine Hinweise für eine Frozen Shoulder vorgelegen hätten.

Die aktive Bewegungsfähigkeit der Schultergelenke und der Arme hinsichtlich Abduktion und Elevation sei im Status massiv eingeschränkt und diskrepant gegenüber der beobachteten Bewegungsfähigkeit beim An- und Ausziehen der Kleidungsstücke gewesen. Eine somatisch nachvollziehbare klare Schulterpathologie sei

in Bezug auf das Schultergelenk

rechts nicht zu begründen (S. 24).

Unter diesen Umständen ist es naheliegend, dass die Z.____-Gutachter von weiteren bildgebenden Untersuchungen absahen, liegt es doch im Ermessen des Gutachters, ob (und welche) Zusatzuntersuchungen durchzuführen sind (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_516/2014 vom 6. Januar 2015 E. 6.2). Überdies ergab auch die Berichterstattung durch Dr. G.____ (E. 4.4) keinen Anlass für weitere bildgebende Abklärungen, diagnostizierte doch auch er lediglich eine Läsion der Rotatorenmanschette rechts, obwohl seine Untersuchungen Einschränkungen der Beweglichkeit beider Schultergelenke in gleichem Ausmass ergaben. Auch weitergehende Untersuchungen veranlasste er lediglich für das rechte Schultergelenk, woraus der Schluss nahe liegt, dass auch er von einer Symptomausweitung ausging, auch wenn er dies nicht explizit ausdrückte.

Was das von Dr. G.____ entworfene Zumutbarkeitsprofil betrifft, attestierte er der Beschwerdeführerin seit Dezember 2003 ununterbrochen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, obwohl laut Urteil vom 29. November 2010 (Urk. 7/82) ein organisches Substrat für die geklagten Beschwerden fehlte (E. 6.1). Erst mit Stellungnahme vom 17. Juli 2016 (E. 4.7) räumte er ein, die von ihm attestierte Arbeitsunfähigkeit habe nicht nur auf isolierten Befunden eines cervicalen Segments oder einer schmerzhaften Schultersehne basiert, sondern er habe während Jahren die Gesamtsituation mitberücksichtigt, und attestierte erstmals eine Arbeitsfähigkeit (in behinderungsangepasster Tätigkeit) von 40%. Auch anlässlich dieser Einschätzung verliess er bei der Beschreibung der noch zumutbaren Tätigkeiten sein Fachgebiet und erachtete aufgrund der psychischen Schwierigkeiten und der wiederholten Stürze nur Beschäftigungen im geschützten Rahmen als zumutbar, womit er faktisch wieder von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausging. Es muss deshalb angenommen werden, dass sich Dr. G.____ bei seiner Beurteilung mehr auf die subjektive Befindlichkeit der Beschwerdeführerin denn auf objektive Befunde stützte. Überdies ist der Tatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patientinnen aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc).

Dr. G.____ vermag daher die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Z.____ Gutachter nicht zu entkräften.

5.4

In psychiatrischer Hinsicht kamen die Z.____-Gutachter zum Schluss, dass keine Diagnose im engeren Sinn gestellt werden könne, sondern von einer dysfunktionalen Schmerzverarbeitung mit algogener Verstimmung gesprochen werden müsse. Dagegen ging Dr. D.____

(E. 4.3) von einer chronifizierten depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen und anhaltender Suizidalität (F32.3), aus.

Die psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen und eröffnet dem begutachtenden Psychiater deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag (BGE

124 I 170 E. 4 S. 175; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2011 vom 25. Juli 2011 E. 5.2), kann es nicht angehen, ein Administrativgutachten stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten (Urteil des Bundesgerichts 9C_4/2015 vom 5. Mai 2015 E. 3.2). Anders verhält es sich nur, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts 9C_853/20

E. 2

IVG).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin wies das Leistungsbegehren zusammengefasst mit der Begründung ab (Urk.

2), aufgrund der Beurteilung der Z.____-Gutachter sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in einer näher umschriebenen behinderungsangepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig sei. In einer solchen Tätigkeit erziele sie gegenüber ihrer ursprünglichen Tätigkeit als Mitarbeiterin in der Hauswirtschaft ein um 28 % geringeres Einkommen, womit kein Rentenanspruch bestehe (S. 2 oben). Die medizinischen Berichte der behandelnden Ärzte vermöchten das Z.____-Gutachten nicht zu entkräften (S. 2 Mitte f.).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin wandte dagegen im Wesentlichen ein (Urk.

1), angesichts der anderslautenden ärztlichen Berichte hätte nicht auf das Z.____-Gutachten abgestellt werden dürfen (S.

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob sich der massgebliche Sachverhalt zwischen der Verfügung vom 19.

Februar 2009 (Urk.

7/68) und der angefochtenen Verfügung vom 22.

Mai 2017 (Urk.

2) in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise geändert hat. 3.

E. 3

der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist in der Neuanschuldung glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf

die

Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades

auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat dem nach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E.

2b).

Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_297/2016 vom 7. April 2017 E. 2.2, nicht publiziert in: BGE 143 V 77, aber in SVR 2017 IV Nr. 51 S. 152

E. 3.1

Die am 19.

Februar 2009 verfügte Abweisung des Rentenbegehrens gründete auf dem von der Unfallversicherung in Auftrag gegebenen polydisziplinären Gutachten der Gutachtenstelle A.____ vom 30.

Juni 2005 und dem psychiatrischen Gutachten von Dr. B.____ vom 21.

August 2008, welcher das rheumatologische Konsilium von Dr.

C.____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, vom 21.

August 2008 bezog (Urk. 7/82 E. 6.1).

E. 3.2

Im Rahmen ihrer Gesamtbeurteilung stellten die Gutachter der A.____ im Gutachten vom 30.

Juni 2005 folgende Diagnosen (Urk. 7/23/4): - generalisiertes Schmerzsyndrom mit Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen - cervicocephales und cervicobrachiales Syndrom - Diskushernie C5/6 ohne Kompression - Thorako- und Lumbovertebralsyndrom - sensomotorische Parese rechts wahrscheinlich funktionell bedingt - anhaltende depressive Episode mit mittelschweren Ausmasses (F32.1) - Anpassungsstörung (F43.23) - geschätzte leichte neuropsychologische Funktionsstörung - traumatisch bedingte Anosmie (fehlende Geruchswahrnehmung) - Verdacht auf Symptomausweitung

Dazu führten die Gutachter aus, die Gesamtbeurteilung ergebe einen chronifizierten Zustand mit einem generalisiertem Schmerzsyndrom, einerseits im Sinne eines cervicocephalen und cervicobrachialen Syndroms, andererseits auch ein thorako / lumbovertebrales Syndrom bei bildgebend festgestellter Diskushernie C5/6. Eine differenzierte Untersuchung der Beschwerdeführerin sei nicht möglich gewesen, weshalb die klinischen Befunde nicht genau hätten erhoben werden können. Die Gutachter führten dies auf die

Symptomausweitung im Rahmen der Depression zurück. Aus neurologischer Sicht erg e be sich eine funktionelle Störung ohne strukturelle Veränderungen. Aus neuropsychologischer Sicht erg e be sich eine leichte Funktionsstörung, überlagert von der in der mittel schweren Depression begründeten Leistungshemmung. Von psychiatrischer Seite rieten die Gutachter zu einer medikamentösen Anpassung und einem Versuch mit einer ambulanten Psychotherapie. Dabei wiesen sie darauf hin, dass selbst bei Durch führung solcher Massnahmen - nicht zuletzt angesichts der weiteren limitieren den Faktoren wie kultureller Hintergrund, Bildungsstand, Verquickung der psychischen Dimension mit dem Schmerzsyndrom - von einer schlechten Pro gnose auszugehen sei (Urk. 7/23/3-4; vgl. auch Urk. 7/23/31-32). Sie warfen zudem die Frage auf, ob die Beschwerdeführerin die notwendige Mitarbeit zur Therapie aufbringen könne (Urk. 7/23/7 Ziff. 7).

Bildgebend fanden die Gutachter - neben der objektivierbare n Anosmie - ein orga nisches Korrelat einzig für die Diskushernie C5/6 (Urk. 7/23/5 Ziff. 2; vgl.

auch Urk. 7/23/18). Weiter hielten sie fest, dass für den aktuellen Gesund heits zustand der Beschwerdeführerin keine unfallfremden Faktoren verant wort lich seien (Urk. 7/23/5 Ziff. 5.1 und Urk. 7/23/6 Ziff. 5.2-3).

Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, die angestammte Tätigkeit als Hausangestellte in einem Pflegezentrum sei nicht mehr vorstellbar (Urk. 7/23/7 Ziff. 6.2). Zur Zumutbarkeit einer Verweistätigkeit äusserten sie sich nicht.

E. 3.3.1

Dr. B.____ diagnostizierte im Gutachten vom 2 1. August 2008 (Urk. 7/47) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) und eine Dysthymie (F34.1). Zudem nannte er weitere, nicht gesundheitsbedingte Belastungsfaktoren wie fehlen de Ausbildung, mässige Integration, lange Phasen von Arbeitsuntätigkeit, invalider Ehemann (S. 10).

Seiner Ansicht nach lasse sich eine depressive Episode nicht nachweisen. Die Beschwerdeführerin sei zwar gelegentlich verstimmt. Dies wie auch andere psychische Symptome hingen davon ab, ob sie Schmerzen empfinde. Anlässlich der Untersuchung sei kein auffälliger Befund, namentlich keine gedrückte Stimmung erhoben worden. Nach der gutachterlichen Einschätzung sei die somato forme Schmerzstörung überwindbar und somit nicht invalidisierend. Zu den in diesem Zusammenhang zu prüfenden Kriterien hielt Dr. B.____ fest, eine erhebliche psychische Komorbidität liege nicht vor, ebenso wenig wie chronische körperliche Begleitkrankheiten und ein sozialer Rückzug. Dagegen sei der Krank heitsverlauf mehrjährig und chronifiziert (S. 9 f.).

Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. B.____ unter Vorbehalt der rheumatologischen Erkenntnisse aus, in der angestammten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin zu weniger als 20 % eingeschränkt. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine weit gehend volle Arbeitsfähigkeit (S. 10 ff.).

Mit Blick auf die diesbezüglich abweichende Beurteilung durch den behandeln den Dr. D.____ kritisierte Dr. B.____ , der Psychiater habe sich nicht zu den somatischen Befunden zu äussern. Eine depressive Episode sei nicht nachweisbar und Dr. D.____ habe die psychosomatische Überlagerung nicht berücksichtigt. Seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei daher nicht nachvollziehbar (S. 11).

E. 3.3.2

Dr. C.____ referierte im Gutachten vom 21. August 2008 (Urk. 7/48) zunächst die unter Beizug einer Dolmetscherin erhobenen Befunde seiner Untersuchung vom 12. August 2008 sowie die überlassenen Akten, wobei auch er das A.____-Gutachten nicht erwähnte (S. 3-7).

Dr. C.____ übernahm einerseits die von Dr. B.____ aus psychiatrischer Sicht formulierten Diagnosen (S. 7 Ziff. III.1) und nannte andererseits in somatischer Hinsicht folgende Diagnosen (S. 7 Ziff. III.2-5): - chronisch generalisiertes Schmerzsyndrom - nicht ausreichend somatisch abstützbar - Panalgie, betont der rechten Körperhälfte - anamnestisch Sensibilitätsstörungen der rechten Körperhälfte - cervicalbetontes Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung - anamnestisch multiple Beschwerden wie Steh- und Gangunsicherheit, Bauchschmerzen, Müdigkeit, Leistungsschwäche - Adipositas - essentieller Tremor - arterielle Hypertonie - anamnestisch Reizmagensyndrom - Calciumpyrophosphatkristall-Ablagerungserkrankung

Dr. C.____ legte dar, dass in der klinischen Untersuchung die behandlungsbedürftige Adipositas, eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik, eine partielle Sensibilitätsstörung der rechten Körperhälfte und diffuse Schmerzangaben bei weitgehend unauffälligem klinischen Verhalten (Habitus) imponiert hätten (S. 8). Bildgebend vermochte Dr. C.____ die von der Beschwerdeführerin beschriebenen Beschwerden nicht zu objektivieren, und zwar weder im Bereich der oberen noch der unteren Extremitäten; im Bereich der Wirbelsäule erhob er abweichend von den A.____-Gutachten auch keine Diskushernie mehr, sondern altersentsprechende normale Befunde mit leichtgradiger Osteochondrose (S. 10 f.). Er schloss daraus auf ein Aggravationsverhalten (S. 12) und setzte sich mit detaillierten Begründungen mit den mit den eigenen Schlussfolgerungen in Widerspruch stehenden ärztlichen Beurteilungen in den Vorakten auseinander und stellte diese in Frage (S. 13).

Aus rein rheumatologischer Sicht erachtete Dr. C.____ die Beschwerdeführerin weder in der angestammten noch in einer leicht- bis mässiggradig belastenden Arbeit mit der Möglichkeit, wechselnde Positionen einzunehmen und die Rückenergonomie einzuhalten, als eingeschränkt. Im Übrigen verwies er auf die Einschätzung durch Dr. B.____ (S. 15). Zur Beschwerdelinderung empfahl Dr. C.____ eine alternative Medikation (S. 16).

Der aktuelle Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ergibt sich aus den nachfolgenden medizinischen Berichten: 4.2.

Im Bericht über eine am 5. November 2010 durchgeführte

Arthro-MRI der rechten Schulter gab Dr. E.____, leitender Arzt am Institut für Medizinische Radiologie und Nuklearmedizin des Stadtspitals F.____ (Urk. 10/4), folgende Beurteilung ab: - partielle, gelenksnahe liegende Läsion der Sehne des Musculus

supraspinatus, Bursitis subacromialis und subdeltoidea, hypertrophe AC-Arthrose - kleinvolumige degenerativ bedingte zystische Läsionen am Tuberculum

majus, prominenter superiorer

Recessus des Labrum glenoidale, kleinvolumige SLAP-Läsion nicht auszuschliessen 4.3

Dr. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 16.

März 2015 (Urk. 7/102) eine chronifizierte depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen und anhalten der Suizidalität (F32.3; Ziff.

E. 6

f. Ziff.

7.1.3.1). Die Beschwerdeführerin sei aufgrund der somatischen Gesundheitsschäden maximal noch in der Lage, eine näher beschriebene leichte Tätigkeit zu 40

% auszuführen. Zusätzlich sei die Arbeitsfähigkeit auch aufgrund der psychischen Erkrankung eingeschränkt, und zwar gemäss behandelndem Psychiater zu 100

% (S.

E. 6.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art.

E. 6.2

Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzugs vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts 9C_675/2016 vom 18. April 2017 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allen falls 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 pflichtgemäßem 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 desselben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteil 9C_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1 mit Hinweisen; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_805/ 2016 vom 22. März 2017 E. 3.1).

Die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, weiterhin körperlich schwere Arbeit zu verrichten, führt nicht automatisch zu einer Verminderung des hypothetischen Invalidenlohns. Vielmehr ist der Umstand allein, dass nur mehr leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar sind, auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit kein Grund für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 (bis LSE 2010 Anforderungs niveau 4) bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.4.2

unter Hinweis auf 9C_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.4 und 9C_386/2012 vom 18. September 2012 E. 5.2).

Mit Blick auf die höchststrichterliche Rechtsprechung ist vorliegende in Abzug vom Tabellenlohn nicht vorzunehmen. Es resultiert folglich ein Invaliditätsgrad von 20 %, welcher keinen Anspruch auf eine Invalidenrente begründet (vgl. Art. 28 Abs. 2 IVG). Folglich ist die Beschwerde abzuweisen. 7.

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 vorliegend auf Fr. 9 00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 9 00.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur. André Largier unter Beilage einer Kopie von Urk. 12 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - 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 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 Tiefenbacher

E. 10

Ziff.

7.3). Es sei von einem Valideneinkommen per 2015 von rund Fr.

70'651.-- auszugehen (S.

E. 11

f. Ziff.

8) und beim Invalideneinkommen sei ein Abzug vom Tabellenlohn von mindestens 20

% vorzunehmen (S.

E. 12

f. Ziff. 9).

E. 15

vom 23. Juni 2014 E. 3.1.2).

Insoweit die Beschwerdeführerin unter Verweis auf die Stellungnahme von Dr. D.____ vom 2. September 2016 (E. 4.9) geltend machte, das Z.____-Gutachten sei nicht lege artis erstellt worden, weil darin keine Äusserungen zum inneren Erleben der Beschwerdeführerin enthalten seien, welche für das Verständnis und die Diagnostik der depressiven Störung eine zentrale Rolle spielten, ist ihr entgegen zu halten, dass der psychiatrische Gutachter gerade nicht von einer depressiven Störung ausging. Damit erübrigte sich auch die Erfassung der Schwere der depressiven Störung mittels HAMD-Skala. Entgegen ihrer Ansicht sind im Gutachten auch Angaben enthalten, die es erlauben, sich ein Bild von der Beschwerdeführerin zu machen (S. 14).

Dagegen ist dem durch Dr. D.____ erhobenen ärztlichen Befund nicht zu entnehmen, aufgrund welcher Merkmale er die psychischen Symptome angenommen hat.

Trotz diagnostizierter anhaltender Suizidalität war die Beschwerdeführerin letztmals im Frühling 2009 in stationärer psychiatrischer Behandlung und finden lediglich alle 1-2 Monate Konsultationen bei Dr. D.____

statt. Es muss aufgrund der Behandlungsdichte darauf geschlossen werden, dass er die suizidalen Äusserungen der Beschwerdeführerin lediglich zur Kenntnis nimmt, nicht aber eine Suizidalität tatsächlich annimmt.

Insgesamt vermag die Beurteilung durch

Dr. D.____

daher die gutachterlichen Feststellungen nicht zu erschüttern. 5.5

Zusammenfassend ist somit mit den Gutachtern des Z.____ davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes in dem Sinne vorliegt, als die Beschwerdeführerin in leichten, wechselbelastenden, mehrheitlich sitzend durchzuführenden adaptierten Tätigkeiten bei einem erhöhten Pausenbedarf zu 80 % arbeitsfähig ist. 6.

E. 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 durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener 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 gegenüber gestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

Die Beschwerdeführerin ging seit dem Unfall im Jahr 2002 nie mehr einer Erwerbstätigkeit nach, obwohl keine Arbeitsunfähigkeit im invalidenver sicherungs rechtlichen Sinne vorgelegen hatte. Mithin war sie aus invaliditäts fremden Gründen nicht mehr erwerbstätig,

und es ist damit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sie die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte. Dementsprechend ist das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) zu berechnen (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 128 V 29 E. 4e; Urteil des Bundesgerichts 9C_887/2015 vom 12. April 2016 E. 4.2).

Der Zentralwert für mit einfachen Tätigkeiten (skill-level 1) beschäftigte Frauen betrug im Jahre 2014 im privaten Sektor Fr. 4'300.-- (LSE, Tabelle TA 1), was unter Berücksichtigung des Nominallohnindex von 103.6 Punkten im Jahr 2014 und 104.1 Punkten im Jahr 2015 (mutmasslicher Rentenbeginn;

Bundesamt für Statistik, Nominallohnindex Frauen, T1.12.10) sowie einer im Jahr 2015 geltenden betriebsüblichen durchschnittlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden pro Woche Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen T 03.02.03.01.04.01) ein hypothetisches Einkommen von (aufgerundet) Fr.

54'253.-- pro Jahr ergibt.

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