

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00871 vom 7. Januar 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-01-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00871](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00871)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00871 du 7 janvier 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00871 del 7 gennaio 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die 1966 geborene X.\_\_\_\_\_

hat keine berufliche Ausbildung absolviert und ist Mutter dreier erwachsener Kinder. Seit ihrer Einreise in die Schweiz im Jahr 1998 war sie bei verschiedenen Arbeitgebern als Raumpflegerin angestellt ( Urk. 9/6, 9/11 und 9/23 ). Unter Hinweis auf eine Thrombopenie mel dete sie sich am 20. Januar 2014 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an ( Urk. 9/6). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte nebst Auszügen aus dem individuellen Konto (IK-Auszug, Urk.

9/11, 9/86) insbesondere diverse Arztberichte ein ( Urk. 9/12, 9/15 f., 9/28, 9/31 f., 9/35, 9/38, 9/45 , 9/48 f. , 9/53 und 9/59 ).

Mit Schreiben vom 8. März 2016 teilte sie der Versicherten mit, dass kein Anspruch auf berufliche Massnahmen bestehe ( Urk. 9/ 51).

Im Weiteren gab sie beim Y.\_\_\_\_, ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag ( Y.\_\_\_\_-Gutachten vom 17. November 2016, Urk. 9/83). Darüber hinaus liess sie einen Haushaltabklärungsbericht erstellen ( Urk. 9/88). Mit Vorbescheid vom 9. März 2017 stellte sie der Versicherten die Zusprechung einer ganzen Rente für den befristeten Zeitraum vom 1. Juli 2014 bis 30. Juni 2016 in Aussicht ( Urk. 9/91). Am 29. Juni 2017 verfügte die IV-Stelle im angekün digten Sinne ( Urk. 9/108 = 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 Geburts gebrechen, 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**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

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

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

### **E. 1.4.1**

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung (BGE 125 V 413 E. 2d; Urteil des Bundesgerichts 8C\_780/2007 vom 27. August 2008 E. 2.3; vgl. Meyer/ Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rz 11 zu Art. 30–31 IVG).

Rechtsprechungsgemäss bildet eine solche Verfügung insgesamt den Anfechtungs- und Streitgegenstand und unterliegt integral der gerichtlichen Prüfung, selbst wenn nur einzelne Punkte davon bestritten sind (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_440/2017 vom 25. Juni 2018 E. 5.1 [in BGE 144 V 153 nicht publiziert] und 9C\_50/2011 vom 25. Mai 2011 E. 2.1).

Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine abgestufte oder befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert blieben. Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Abstufung oder Aufhebung der Rente zu erfassen (BGE 131 V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; Urteile des Bundesgerichts 8C\_765/2007 vom 11. Juli 2008 E. 2 und I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

#### **E. 1.4.2**

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung [ IVV ] ) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_399/2016 vom 18. Januar 2017 E. 4.8.1). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C\_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2 und 8C\_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis).

#### **E. 1.5**

). 4.2

Die Beschwerdegegnerin hat der Versicherten für einen befristeten Zeitraum eine ganze Rente zugesprochen, was von dieser grundsätzlich auch nicht beanstandet wird (vgl. Urk. 1 S. 4). Diese unbestritten gebliebenen Bezugszeiten sind

nicht von der gerichtlichen Beurteilung auszuklammern (vgl. E. 1.4.1) , überzeugen jedoch namentlich in Anbetracht der Ausführungen der Gutachter . Diese gingen davon aus, dass von Juli 2012 bis März 2016 durchschnittlich eine Arbeitsfähigkeit von weniger als 30 % vorgelegen habe. In diese Einschätzung bezogen sie sowohl die Auswirkungen der von Rezidiven geprägten Immunthrombozytopenie sowie des im Verlauf aufgetretenen Budd - Chiari -Syndroms mit ein .

Im Weiteren würdigten die Gutachter die von verschiedenen behandelnden Ärzten attestierten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ( Urk. 9/83/54). Hinweise für eine im genannten Zeitraum instabile gesundheitliche Situation

bilden ausserdem die mehrfach notwendig gewordenen Medikamentenumstellungen (vgl. Urk. 9/83/20 f.) sowie die Hospitalisationen (vgl. Urk. 9/32, 9/35).

Angesichts dieser konkreten Umstände ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf

eine ganze Rente der Invalidenversicherung (mindestens) für den Zeitraum vom 1. Juli 2014 bis 30. Juni 2016 bejaht hat (Urk. 2). In diesem Zusammenhang ist mit Blick auf den Antrag der Versicherten, wonach ihr zumindest bis 30. Juni 2016 eine ganze Rente zuzusprechen sei (Urk. 1 S. 7), festzuhalten, dass insoweit kein Rechtsschutzinteresse besteht, da die IV-Stelle im angefochtenen Entscheid unter Beachtung von Art. 88a Abs. 1 IVV bereits entsprechend verfügt hat. 4.3 4.3.1

Zu prüfen bleibt, ob die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch auch berechnigterweise per 1. Juli 2016 verneint hat. Die Versicherte macht geltend, die Gutachter hätten den Umstand, dass sie unter schweren und chronischen somatischen Erkrankungen mit Rezidivgefahr leide, nicht berücksichtigt. Die Schübe der Immunthrombozytopenie

würden zudem mit einer ausgeprägten Fatigue-Symptomatik und einer Infektionsneigung einhergehen, womit sich die Gutachter nicht auseinandergesetzt hätten. Im Weiteren habe sich ihr Gesundheitszustand im Zeitraum zwischen der Begutachtung durch das Y.\_\_\_\_

und dem Erlass der angefochtenen Verfügung weiter verschlechtert, da sie nun auch an Beschwerden in beiden Armen leide. In psychischer Hinsicht sei die Arbeitsfähigkeit aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung ebenfalls erheblich eingeschränkt (Urk. 1 S. 4 ff., Urk. 11). 4.3.2

In der Annahme, dass die angestammte Tätigkeit als Reinigungskraft dem zumutbaren Belastungsprofil entspreche, gingen die Gutachter davon aus, dass der Versicherten diese Tätigkeit ab April 2016 wieder zu 100% zumutbar gewesen sei (Urk. 9/83/53). Diese Beurteilung erweist sich in Anbetracht der von somatischer Seite erhobenen Befunde als schlüssig und nachvollziehbar. Einerseits litt die Versicherte im Zeitpunkt der Begutachtung nicht mehr unter Rückenschmerzen (Urk. 9/83/24). Andererseits hatte sich die Thrombozytenzahl seit der Immuntherapie im März 2016 normalisiert, was sich auch in den Laborwerten widerspiegelt (Urk. 9/83/59). Im Weiteren wurde die Leberfunktion bei Vorliegen eines mild verlaufenden chronischen Budd-Chiari-Syndroms als normal eingestuft

(Urk. 9/83/31).

Entgegen der Argumentation der Beschwerdeführerin waren sich die Gutachter darüber im Klaren, dass es sich bei der Immunthrombozytopenie und dem Budd-Chiari-Syndrom um chronische Erkrankungen handelt, welche mit Krankheitschüben einhergehen. Sie bezogen denn auch den bisherigen Verlauf der Symptomatik in ihre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit mit ein und gingen von einer aktuell stabilen gesundheitlichen Situation aus (Urk. 9/83/53 ff.).

Dem Einwand der Versicherten ist zudem entgegenzuhalten, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung grundsätzlich nur regelmässig wiederkehrende krankheitsbedingte Absenzen vom Arbeitsplatz bei der Festlegung des zeitlich zumutbaren Umfangs der Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen sind. Nicht vorhersehbare und schwer kalkulierbare Absenzen, wie sie typischerweise

durch Krankheitsschübe verursacht werden, können demgegenüber im Rahmen des Einkommensvergleichs bei der Festlegung des Invalideneinkommens einen Tabellenlohnabzug rechtfertigen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_179/2018 vom 22. Mai 2018 E. 4.2 mit zahlreichen Hinweisen ; vgl. auch nachstehende E. 4.4 ).

Soweit die Versicherte geltend macht, ihr körperlicher Gesundheitszustand habe sich im Zeitraum zwischen der Begutachtung und dem Erlass der angefochtenen Verfügung verschlechtert, ist darauf hinzuweisen, dass die am 30. Mai 2017 sonographisch festgestellte Partialruptur der Supraspinatussehne links mit Begleitbursitis beidseits ( Urk. 3/4 , vgl. zudem Urk. 12/1 ) zwar einen Gesundheitsschaden darstellt, welcher durch die Gutachter nicht beurteilt worden war. Auf die von Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, in diesem Zusammenhang am 22. August 2017 attestierte Arbeitsunfähigkeit für jegliche berufliche Tätigkeit ( Urk. 3/3 ) kann allerdings nicht abgestellt werden. Abgesehen davon, dass behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten 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 ), und der Bericht keine nachvollziehbare Begründung für die attestierte Arbeitsunfähigkeit enthält, verfügt Dr. F.\_\_\_\_ nicht über die notwendige fachliche Qualifikation, weshalb seiner Einschätzung nicht gefolgt werden kann. Im Übrigen ist weder ersichtlich noch seitens der Beschwerdeführerin substantiiert dargelegt, inwiefern die Schulterbeschwerden sich dauerhaft auf die Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten körperlichen Tätigkeit auswirken könnten, weshalb in diesem Kontext auch kein Anlass für ergänzende medizinische Abklärungen besteht. 4.3.3

Die Beschwerdeführerin übt überdies Kritik am psychiatrischen Teilgutachten, wobei sie in diesem Zusammenhang primär auf den Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. E.\_\_\_\_ vom 25. September 2017 verweist ( Urk. 11, Urk. 12/2 ). Jene erklärte sich mit der von Dr. D.\_\_\_\_ gestellten Diagnose (Angst- und depressive Störung, gemischt [ICD-10 F41.2]) nicht einverstanden und sprach sich gestützt auf die von ihr erhobenen Befunde für das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), aus. Ein in Administrativ- oder Gerichtsgutachten ist jedoch nicht stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnde Arztperson zu anderslautenden Einschätzungen gelangt. Dies gilt insbesondere, wenn die anderslautenden Einschätzungen wie im konkreten Fall im Wesentlichen auf rein subjektiver Interpretation entspringenden Aspekten beruhen

(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]) . Ausserdem ist nicht die diagnostische Einordnung eines Gesundheitsschadens entscheidend, sondern dessen konkrete Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit (Urteil des Bundesgerichts 9C\_228/2013 vom 26. Juni 2013 E. 4.1.4 mit Hinweis).

Zu klären bleibt indes, ob die Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_, wonach die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht grundsätzlich nicht eingeschränkt sei (vgl. Urk. 9/83/47), auch mit Blick auf die vom Bundesgericht vorgenommene Praxisänderung, gemäss derer prinzipiell für sämtliche psychischen Leiden für anwendbar erklärte strukturierte Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 anwendbar ist, überzeugt (vgl. E. 1.3). In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist dabei sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach diesem Entscheid verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren

Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE a.a.O. E. 6 in initio).

Zur Kategorie «funktioneller Schweregrad»

ist zunächst festzuhalten, dass die Gutachterin die depressive Symptomatik als leichtgradig eingestuft hat (Urk. 9/83/45), was in Anbetracht der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde schlüssig erscheint. So war die Stimmung anlässlich der gutachterlichen Exploration nur leicht in den depressiven Bereich verschoben, das Denken war logisch sowie geordnet und der Antrieb war ebenfalls erhalten. Im Weiteren ergaben sich weder Hinweise für Zwänge, noch für Wahn- oder Ich-Störungen. Die Versicherte war zudem bewusstseinsklar, allseits orientiert, im Gespräch lenk- und leitbar. Auffälligkeiten ergaben sich in Bezug auf die Affektlabilität sowie Angstsymptome (Urk. 9/83/42 f.). In Bezug auf den Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» ist entgegen der Auffassung der Versicherten (vgl. Urk.

## **E. 2**

Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 28. August 2017 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die IV-Stelle sei zu verpflichten, ihr die gesetzlich geschuldeten Leistungen, insbesondere über den 31. März 2016 hinaus weiterhin eine ganze Rente, auszurichten. Zudem ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung sowie Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertreterin in der Person von Rechtsanwältin Susanne von Aesch (Urk. 1 S. 2). Nachdem die Versicherte mit Verfügung vom 29. August 2017 aufgefordert worden war, innert einer Frist von 30 Tagen zu erklären, ob sie über eine Rechtsschutzversicherung verfüge und bei bestehender Versicherung anzugeben, aus welchem Grund eine Kostenübernahme abgelehnt werde (Urk. 5), zog sie ihr Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege mit Eingabe vom 19. September 2017 zurück (Urk. 7). Mit Beschwerdeantwort vom 5. Oktober 2017 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8). Darüber wurde die Versicherte mit Verfügung vom 6. Oktober 2017 in Kenntnis gesetzt (Urk. 10), worauf sie mit Eingabe vom 17. Oktober 2017 (Urk. 11) weitere Arztberichte einreichte (Urk. 12/1-2). Diese Dokumente wurden der IV-Stelle mit Schreiben vom 19. Oktober 2017 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

In der angefochtenen Verfügung vom 29. Juni 2017 (Urk. 2; vgl. zudem Urk.

6/91) zog die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen in Erwägung, die Versicherte habe glaubhaft dargelegt,

dass sie bei guter Gesundheit in einem 100%-Pensum einer Hilfsarbeitertätigkeit nachgehen würde. Gestützt auf die medizinischen Unterlagen sei davon auszugehen, dass es ihr vom 1. Juli 2012 bis 31. März 2016 gesundheitsbedingt nicht möglich gewesen sei, ihrer angestammten Tätigkeit als Raumpflegerin oder einer anderen Erwerbstätigkeit nachzugehen. Jedenfalls habe im genannten Zeitraum eine Restarbeitsfähigkeit von durchschnittlich weniger als 30% vorgelegen, weshalb sich der Invaliditätsgrad auf 100% belaufen habe. Seit April 2016 sei der Beschwerdeführerin eine dem Belastungsprofil entsprechende Tätigkeit wieder zu 100% zumutbar, da der Gesundheitszustand im März

2016 habe stabilisiert werden können. Da das Wartejahr per 30. Juni 2013 abgelaufen sei und der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs entstehe, sei der Versicherte vom 1. Juli 2014 bis 30. Juni 2016 eine ganze Rente der Invalidenversicherung auszurichten.

### **E. 2.2**

Die Versicherte machte in ihrer Beschwerdeschrift vom 28. August 2017 zusammengefasst geltend, dass die sozialversicherungsrechtliche Qualifikation und die Rentenzusprechung für den Zeitraum vom 1. Juli 2014 bis 31. März 2016 nicht umstritten seien. Nicht einverstanden sei sie jedoch mit der ab 1. April 2016 attestierten vollen Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit. Das Y.\_\_\_\_-Gutachten vom 17. November 2016 beruhe insgesamt auf einer unvollständigen und folglich nicht beweistauglichen medizinischen Grundlage. So habe sich die gesundheitliche Situation seit der Begutachtung verschlechtert, da sie seit März 2017 auch an Beschwerden in beiden Armen leide. Im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hätten die Gutachter darüber hinaus insbesondere nicht berücksichtigt, dass eine schwere chronische Erkrankung mit immer wieder auftretenden Krankheitsaktivitäten vorliege. Ferner habe das psychiatrische Teilgutachten nur unzureichend Eingang in die Konsensbeurteilung gefunden.

Vor diesem Hintergrund sei auch über den 31. März 2016 hinaus von einer vollständigen Erwerbsunfähigkeit auszugehen, weshalb weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente bestehe (Urk. 1 S. 4 ff.). Falls wider Erwarten auf das Y.\_\_\_\_-Gutachten abgestellt werden sollte, hätte die Rentenaufhebung in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV frühestens per 30. Juni 2016 erfolgen dürfen (Urk. 1 S. 7).

### **E. 2.3**

Mit Stellungnahme vom 17. Oktober 2017 (Urk. 11) reichte die Beschwerdeführerin weitere Arztberichte ein (Urk. 12/1-2) und wies insbesondere darauf hin, dass die behandelnde Psychiaterin nach wie vor eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit

attestiere. Die durch die anhaltende depressive Erkrankung verursachte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei im Rahmen der Begutachtung nicht adäquat gewürdigt worden. Dieser komme invalidisierende Wirkung zu, selbst wenn das Gericht wider Erwarten nicht von einer Therapieresistenz ausgehen sollte. 3.

Dem polydisziplinären Y.\_\_\_\_-Gutachten vom 17. November 2016 sind folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 9/83/50): - chronische Immuntrombozytopenie (Erstdiagnose Juli 2012), - Budd-Chiari-Syndrom (Erstdiagnose Mai 2015), - rezidivierendes lumbospondylogenes

respektive Status nach lumboradikulärem Reizsyndrom S1 rechts mit Diskushernie L5/S1 (MRI Februar 2015), aktuell Beschwerdefreiheit.

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien demgegenüber im Wesentlichen: - Angst und depressive Störung, gemischt, - Störungen durch Benzodiazepine, schädlicher Gebrauch, - Adipositas (Body-Mass-Index 34.3 kg/m<sup>2</sup>), - Status nach einmaligem Bewusstseinsverlust 2015, wahrscheinlich vasovagal, - perniziöse Anämie gemäss Akten (Erstdiagnose April 2012).

Gegenüber Dr. med. Z.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, habe die Versicherte über eine Kraftlosigkeit und Müdigkeit geklagt. Jeden Morgen erwache sie zudem mit einer Übelkeit, die nach Einnahme von Motilium gegen Mittag etwas nachlasse. Sie reagiere auch sehr empfindlich auf unangenehme oder starke Gerüche. Seit sie Rituximab -Infusionen erhalte, seien keine Hämatome mehr aufgetreten. Psychisch gehe es ihr schlecht; sie weine oft und fühle sich einsam ( Urk. 9/83/18 f.). Aus internistischer Sicht sei bei der Beschwerdeführerin seit Juli 2012 eine chronische primäre Immuntrombozytopenie bekannt, welche zunächst mit Steroidstosstherapien behandelt worden sei. Nach einer notfallmässigen Umstellung auf Revolade ab April 2014 sei die Behandlung im Mai 2015 gestoppt worden, nachdem ein Budd - Chiari -Syndrom diagnostiziert worden sei. Infolge weiterer Steroidstosstherapien seien im Dezember 2015 starke Nebenwirkungen aufgetreten. Nach einem erneuten Thrombozytenabfall im Februar 2016 habe man sich für eine Immuntherapie mit Rituximab entschieden, wobei die Versicherte die vier intravenösen Gaben im März 2016 bis auf leichte Hautveränderungen gut toleriert habe. Die Thrombozytenzahl sei anschliessend angestiegen, habe sich normalisiert und sei seither stabil geblieben. Wegen der erhöhten Blutungsgefahr bei Immuntrombozytopenie und der gleichzeitig aufgrund des Budd - Chiari -Syndroms durchgeführten oralen Antikoagulation seien für die Versicherte Tätigkeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr nicht geeignet ( Urk. 9/83/20 f.).

Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt in seiner Teilexpertise fest, dass die Versicherte in Bezug auf das rezidivierende lumbospondylogene Schmerzsyndrom zurzeit beschwerdefrei sei. Sie habe auch jeweils rasch auf Behandlungen mit Infiltrationen und Physiotherapie angesprochen. Im Rahmen der Grunderkrankung mit Thrombozytopenie komme es immer wieder zur Bildung von Hämatomen. Vor vier Tagen sei eine Schwellung im Bereich des linken Oberarms aufgetreten, welche palpatorisch ebenfalls auf ein Hämatom hinweise. Diesbezüglich sei in den nächsten Tagen eine weitere Abklärung in der behandelnden Klinik vorgesehen. Aus orthopädischer Sicht seien repetitive Tätigkeiten in Zwangspositionen zu vermeiden. Nicht zumutbar sei im Weiteren das Heben von Lasten über zehn Kilogramm ( Urk. 9/83/25 f f.).

Dem Teilgutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie, ist zu entnehmen, dass sich in Bezug auf das seit Mai 2015 bekannte Budd - Chiari -Syndrom ein bis dato komplikationsloser Verlauf und eine Stabilisierung unter der Therapie mit oralen Antikoagulantien gezeigt habe. Unter Berücksichtigung der Laborresultate könne keine signifikante Leberfunktionseinschränkung erkannt werden. Insgesamt könne von einer leichtgradigen Hepatopathie bei Budd - Chiari -Syndrom mit erhaltener hepatopetaler Zirkulation und Leberperfusion ausgegangen werden ( Urk. 9/83/30 f.).

Im Rahmen der neurologischen Untersuchung bei Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, habe die Explorandin angegeben, aktuell weder unter Rückenschmerzen noch unter Ausstrahlungen in die Beine zu leiden. Es bestünden auch keine Gefühlsstörungen oder Schwächen. Seit dem Wechsel auf Rituximab seien ausserdem weniger Blutungen aufgetreten ( Urk. 9/83/34). Der neurologische Status sei insgesamt unauffällig gewesen. So hätten weder ein relevantes Lumbovertebralsyndrom noch eine radikuläre Reiz- oder

Ausfallsymptomatik nachgewiesen werden können. Ein gewisses Rückfallrisiko persistiere. Funktionsstörungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien theoretisch keine vorhanden, wobei rückenbelastende Tätigkeiten unter Berücksichtigung der Vorgeschichte ungünstig seien ( Urk. 9/83/36 f.).

Anlässlich der psychiatrischen Exploration durch Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, habe die Beschwerdeführerin angegeben, depressiv gewesen zu sein, weshalb sie sich ab 2013 bei Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, in Behandlung begeben habe. Sie habe auch sehr unter der Gewichtszunahme durch das Kortison gelitten. Das seit circa zwei Jahren von ihr verwendete Temesta helfe gegen Anspannung, Traurigkeit und Ängste. Sie habe dadurch auch weniger Appetit, was die Gewichtsabnahme unterstütze. Im Weiteren leide sie unter Zukunftsängsten und wisse nicht, wie es weitergehen solle. Die Krankheit habe sie viel Kraft gekostet und sie habe auch grosse finanzielle Sorgen. Überdies habe sie Mühe mit dem Gedächtnis und vergesse viel ( Urk. 9/83/41 f.).

Bei der psychiatrischen Untersuchung sei die Versicherte gepflegt, bewusstseinsklar, allseits orientiert und freundlich zugewandt gewesen. Sie habe ein hohes Mitteilungsbedürfnis gehabt, wobei die Gestik und Mimik situationsadäquat, reichhaltig und temperamentvoll gewesen seien. Der Antrieb sei erhalten gewesen. Beim Berichten über ihre Probleme habe die Explorandin mehrfach geweint, sich jedoch auch von selbst wieder beruhigt. Das Denken sei geordnet, logisch und frei von Störungen gewesen. Hinweise auf Zwänge, Wahn oder Ich-Störungen hätten sich nicht ergeben. Es bestünden jedoch Ängste in Bezug auf die Zukunft und die Gesundheit. Die Beschwerdeführerin habe eher ratlos gewirkt und die Stimmung sei leicht in den depressiven Bereich verschoben gewesen. Anhaltspunkte für Eigen- oder Fremdgefährdung hätten sich nicht ergeben (Urk. 9/83/42 f.). In Anbetracht dieser Befunde sei die depressive Symptomatik leichtgradig ausgeprägt. Im Vordergrund stehe eine Affektlabilität. Die Versicherte habe den chronischen Charakter ihrer Erkrankung noch nicht emotional in ihr Leben integriert. Sie habe wenige gute Krankheitsbewältigungsstrategien, sei jedoch vom psychischen Zustand her in der Lage, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Sie benötige ein wohlwollendes Umfeld mit einer klaren Arbeitsaufgabe und Rückmeldungen. In Konfliktsituationen reagiere sie mit Stress und wahrscheinlich mit Kopfschmerzen und Affektlabilität. Durch die Merkfähigkeitsstörung seien zudem komplexe Tätigkeiten eher ungünstig ( Urk. 9/83/44 f.).

Im interdisziplinären Konsens gelangten die Gutachter zur Auffassung, dass der Versicherten Tätigkeiten mit erhöhtem Verletzungsrisiko nicht zumutbar seien. Aus hepatologischer Sicht bestehe ausserdem eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für körperlich schwere Tätigkeiten. Körperlich belastende Tätigkeiten mit repetitivem Heben von Lasten über zehn Kilogramm oder repetitiven Arbeiten in Zwangspositionen seien ferner aufgrund der Rückenproblematik ungünstig. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen sei die Versicherte in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Reinigungskraft seit April 2016 voll arbeitsfähig. Eine Stellungnahme bezüglich des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit seit erstmaligem Auftreten der Immunthrombozytopenie im Juli 2012 gestalte sich schwierig. Im Durchschnitt könne davon ausgegangen werden, dass eine Arbeitsfähigkeit von weniger als 30 % vorgelegen habe. Es liege eine bis vor Kurzem von Rezidiven geprägte Krankheit vor, weshalb der Versicherten immer wieder eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei. Im Verlauf sei die Situation durch das Budd - Chiari -Syndrom insofern erschwert worden, als noch zusätzlich eine

Antikoagulation notwendig geworden sei. Es sei zwar nicht ausgeschlossen, dass zwischenzeitlich vorübergehend zumindest eine teilweise oder allenfalls auch eine volle Arbeitsfähigkeit vorgelegen habe, allerdings unter Berücksichtigung der instabilen Situation ohne realistische Umsetzbarkeit im freien Arbeitsmarkt über längere Zeiträume (Urk. 9/83/53 f.). 4. 4.1

Die angefochtene Verfügung vom 29. Juni 2017 (Urk. 2) basiert in erster Linie auf dem polydisziplinären Y. \_\_\_ -Gutachten vom 17. November 2016, weshalb vorab auf dessen Beweiswert einzugehen ist.

Die Expertise beruht auf umfassenden internistischen, orthopädischen, gastroenterologischen, neurologischen und psychischen Abklärungen. Zudem wurde sie in detaillierter Kenntnis der Vorakten erstellt (Urk. 9/83/5 ff.). Die Versicherte konnte gegenüber den einzelnen Gutachtern ihre aktuellen Beschwerden schildern und wurde von diesen jeweils - soweit fachspezifisch erforderlich - eingehend befragt.

Sie konnte sich insbesondere zu verschiedenen Themenbereichen wie dem gewöhnlichen Tagesablauf sowie den familiären und beruflichen Verhältnissen äussern (Urk. 9/83/14 ff., 9/83/23 f., 9/83/27 f., 9/83/33

f. und 9/83/37

ff.). Die geklagten Leiden fanden sodann im Rahmen der Feststellung der Diagnosen Berücksichtigung, wobei sowohl diese als auch die aus medizinischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit dargelegt und erläutert wurden (Urk. 9/83/20 f., 9/83/25 ff., 9/83/29 ff., 9/83/35

ff., 9/83/43 ff. und 9/83/50 ff.). Soweit möglich erfolgte ausserdem eine Auseinandersetzung mit vorangegangenen ärztlichen Beurteilungen (Urk. 9/83/22, 9/83/26, 9/83/31, 9/83/37 und 9/83/44 ff.). Insgesamt erfüllt das polydisziplinäre Gutachten somit die formellen Kriterien für eine beweiswerte medizinische Expertise (vgl. E.

## **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. 11**

S. 3) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht davon auszu gehen, dass eine Therapieresistenz der depressiven Störung vorliegt. Solches geht namentlich weder aus dem psychiatrischen Teilgutachten, noch aus dem Bericht von Dr. E. \_\_\_ vom 25. September 2017 hervor (vgl. Urk. 9/83/47, Urk. 12/2 S. 4). Hinsichtlich des Indikators «Komorbiditäten» ist anzumerken, dass eine gewisse Wechselwirkung zwischen den chronischen somatischen Erkrankungen sowie der Angst- und depressiven Symptomatik naheliegt. Was die Persönlichkeitsstruktur der Versicherten anbelangt, gilt es zu

berücksichtigen, dass keine Persönlichkeitsstörung im engeren Sinne vorliegt. Obwohl Dr. D.\_\_\_\_ akzentuierte Persönlichkeitszüge für wahrscheinlich erachtete, führte sie diese im Gegensatz zur behandelnden Psychiaterin nicht als Diagnose auf ( vgl. Urk. 9/15/2, 9/31/2, 9/83/43 und 9/83/46 ). Ihr ist jedoch insofern beizupflichten, als diese Persönlichkeitsakzentuierungen eine Abweichung von der Norm und keine Krankheit im eigentlichen Sinne darstellen ( vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_558/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 4.2.4 mit Hinweis auf 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1).

Zum Komplex «Sozialer Kontext» ist den Akten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin über ein intaktes soziales Umfeld verfügt und in dieser Hinsicht auf entsprechende Ressourcen zurückgreifen kann.

Unter anderem lebt sie seit zehn Jahren in einer Beziehung, wobei sie ihren Partner jeweils am Wochenende besucht. Ferner steht sie in regelmässigem Kontakt mit den in Bolivien lebenden Familienmitgliedern, ihren erwachsenen Kindern, den Enkeln sowie mehreren Freundinnen ( Urk. 9/83/18, 9/83/38 ff.). Vor diesem Hintergrund ist ein krankheitsbedingter sozialer Rückzug somit nicht erkennbar.

Zum beweisrechtlich entscheidenden Aspekt der «Konsistenz» ist einerseits festzuhalten, dass ein gewisser Leidensdruck in Anbetracht des Umstandes, dass sich die Versicherte seit Januar 2013 regelmässig bei Dr. E.\_\_\_\_

in ambulante psychiatrische Behandlung begeben (vgl. Urk. 9/15/2, 9/31/2 ; Urk. 12/2) , ausgewiesen ist. Es kann jedoch angesichts der vielfältigen Alltagsaktivitäten der Versicherten nicht von einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ausgegangen werden. So ist die Beschwerdeführerin nicht nur in der Lage, ihren Haushalt bis auf Tätigkeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr selbständig ohne die Hilfe von Drittpersonen zu führen. Sie bewegt sich auch viel, unternimmt Spaziergänge und trifft sich regelmässig mit ihrem Partner sowie ihren Kindern und Enkeln. Zudem pflegt sie Kontakt zu mehreren Freundinnen, mit denen sie spazieren geht oder Tarot spielt ( Urk. 9/83/18, 9/83/40).

Gesamthaft ist die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. D.\_\_\_\_ in Anbetracht der massgeblichen Standardindikatoren und deren Würdigung schlüssig und nachvollziehbar. Gegen eine erhebliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht sprechen nicht nur die weitgehend unauffälligen objektiven Befunde, sondern insbesondere auch das hohe Aktivitätsniveau

und das intakte soziale Beziehungsnetz . Ein rechtsgenügender Bezug zwischen den gestellten Diagnosen und deren funktionellen Auswirkungen im Sinne einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit ist insgesamt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht ausgewiesen, weshalb die materiell beweisbelastete Beschwerdeführerin die Folgen zu tragen hat (BGE 141 V 281 E. 6; 141 V 547 E. 2). 4.4

Nach dem Gesagten überzeugt die Beurteilung der Y.\_\_\_\_ -Gutachter, wonach die Beschwerdeführerin ab April 2016 wieder in der Lage gewesen ist, ihrer angestammten Tätigkeit als Reinigungskraft - in der Annahme, diese entspricht dem individuellen Belastungsprofil - in einem 100%-Pensum nachzugehen. Mit der zum genannten Zeitpunkt eingetretenen Stabilisierung des somatischen Gesundheitszustandes ist eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten, weshalb ein Revisionsgrund vorliegt (vgl. E.

1.4.2) und sich die Aufhebung der ab Juli 2014 zugesprochenen Rente per 30. Juni 2016 in Anwendung von Art. 17 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 88a Abs. 1 IVV als korrekt erweist.

Der Rentenanspruch ab Juli 2016 wäre im Übrigen auch zu verneinen, wenn davon ausgegangen würde, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der nach dem Zeitpunkt der Begutachtung aufgetretenen Schulterbeschwerden (vgl. E. 4.3.2) dauerhaft in ihrer zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit eingeschränkt wäre. Wie bereits ausgeführt, ist nicht ersichtlich, weshalb ihre Arbeitsfähigkeit unter diesen Umständen für ihr offenstehende Hilfsarbeiten wie leichte Überwachungs-, Prüf- und Kontrollarbeiten in der Industrie oder die Bedienung und Überwachung von (halb-) automatischen Maschinen respektive Produktionseinheiten oder Sortierarbeiten, welche allesamt keine besonderen Qualifikationen erfordern (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_599/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 5.1), eingeschränkt sein sollte.

Ausgehend davon, dass die Versicherte im Gesundheitsfall zu 100 % erwerbstätig wäre (vgl. Urk. 9/88), würde sich das Invalideneinkommen gestützt auf die vom Bundesamt für Statistik herausgegebene Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE 2014, TA1\_tirage\_skill\_level, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Total, Kompetenzniveau 1, Frauen) für das Jahr 2016 unter Berücksichtigung der durchschnittlichen betriebsüblichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden pro Woche (vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, A-S) und angepasst an die Entwicklung der Nominallöhne für weibliche Arbeitskräfte von 2'673 Punkten im Jahr 2014 auf 2'709 Punkte im Jahr 2016 (vgl. www.bfs.admin.ch) auf Fr. 54'517.48 belaufen ( $(Fr. 4'300.-- / 40 * 41.7 * 12 / 2'673 * 2'709)$ ). Das Valideneinkommen wäre derweil ausgehend vom IK-Auszug für die Jahre 2010 und 2011 (Urk. 9/86/2 f.), als die Versicherte gemäss eigenen Angaben zu 100 % erwerbstätig war (vgl. Urk. 9/88/3), und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis 2016 auf Fr. 39'717.-- festzusetzen ( $(Fr. 33'734.-- + Fr. 42'621.--) / 2 / 2'604 * 2'709$ ).

Auf der Grundlage dieser Vergleichseinkommen würde selbst bei Gewährung eines maximalen leidensbedingten Abzuges vom Invalideneinkommen - etwa aufgrund unvorhersehbarer Krankheitsschübe (vgl. E. 4.3.2) - in Höhe von 25 % (vgl. BGE 126 V 75 E. 5b/cc) kein Invaliditätsgrad von mindestens 40 % und folglich kein Rentenanspruch resultieren (vgl. E. 1.2). Eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen hätte im Übrigen ebenfalls keinen Rentenanspruch zur Folge. So liegt das hiervoor ermittelte Valideneinkommen von Fr. 39'717.-- um Fr. 14'800.48, mithin 27.15 %, unter der branchenüblichen Entlohnung ( $(Fr. 54'517.48 / Fr. 39'717.--) * 100 / 54'517.48$ ). Rechtsprechungsgemäss ist das Valideneinkommen demnach um den 5 % übersteigenden Prozentsatz der Unterdurchschnittlichkeit, also um 22.15 %, zu parallelisieren (vgl. BGE 135 V 297 E. 6.1.3). Mit anderen Worten ist

das Valideneinkommen für das Jahr 2016 auf Fr. 51'017.34.-- zu erhöhen, wobei der Betrag von Fr. 39'717.-- dem Prozentsatz von 77.85 % ( $100 \% - 22.15 \%$ ) gleichzusetzen und auf 100 % hochzurechnen ist ( $Fr. 39'717.-- / 77.85 * 100$ ); vgl. zur Berechnung Urteil des Bundesgerichts 8C\_2/2017 vom 16. August 2017 E. 2).

Wiederum ausgehend von einem Invalideneinkommen von Fr. 54'517.48 resultiert selbst bei Gewährung eines maximalen Leidensabzuges kein Invaliditätsgrad von mindestens 40

% . 5.

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin der Versicherten zu Recht für den befristeten Zeitraum vom 1. Juli 2014 bis 30. Juni 2016 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zugesprochen. Die angefochtene Verfügung (Urk. 2) ist daher nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist. 6.

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand sowie unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Susanne von Aesch - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

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

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