

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00132 vom 13. Mai 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-05-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00132

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00132 du 13 mai 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00132 del 13 maggio 2016

Erwägungen

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).

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. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 1.2

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. 1.3.1

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 ausgeglicherter

Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.3.2

Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28 a Abs. 2 IVG). Dabei entspricht die Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG der Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich (Art.

E. 1.3.3

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

Nach der Gerichts- und Verwaltungspraxis wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt) ermittelt; die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre, beurteilt sich mit Rücksicht auf die gesamten Umstände, so die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse. Im Rahmen der gemischten Methode bestimmt sich die Invalidität dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9).

E. 1.3.4

Ist bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, anzunehmen, dass sie im Zeitpunkt der Prüfung des Rentenanspruches ohne Gesundheitsschaden ganztätig erwerbstätig wären, so ist die Invaliditätsbemessung ausschliesslich nach den Grundsätzen für Erwerbstätige zu bemessen (Art. 27 bis

der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV).

E. 1.4.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die

geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E.

3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.4.2

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch 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 Neuanschuldung 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 demnach 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).

E. 1.5.1

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).

E. 1.5.2

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 einleuchtend 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. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte den Leistungsanspruch mit der Begründung (Urk. 2), bei der Beschwerdeführerin liege keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes vor (S. 1 unten). Nach einer Gesamtwürdigung aller Einschränkungen und Ressourcen sei sie zum Schluss gekommen, dass es der Beschwerdeführerin trotz Schmerzen zumutbar sei, vollumfänglich einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Folglich bestehe kein Gesundheitsschaden im invalidenversicherungsrechtlichen Sinne (S. 2) . 2.2

Dagegen wandte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen ein (Urk. 1), die Gutachter des Z. ___ hätten in seltener Deutlichkeit bejaht, dass und wie sich der Gesundheitszustand verschlechtert habe, und hätten dies sorgfältig und nachvollziehbar begründet. Die Gutachter hätten eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in angepasster Erwerbstätigkeit und eine Einschränkung von 50 % im Haushalt attestiert (S. 3 Ziff. 3). Es bestehe kein Grund, von der gutachterlichen Beurteilung abzuweichen, sondern es sei die Beweiskraft des Gutachtens für die Fragen der Verschlimmerung des Gesundheitszustandes und deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit anzuerkennen (S. 4 Ziff. 7). Da ihre Kinder in der Zwischenzeit erwachsen geworden seien, sei davon auszugehen, dass sie ohne gesundheitliche Einschränkungen schon aus finanziellen Gründen zu 100 % erwerbstätig wäre, weshalb sie heute als voll Erwerbstätige zu qualifizieren sei (S. 6 Ziff. 14). Für den Einkommensvergleich sei beim Invalideneinkommen zu berücksichtigen, dass es für sie aufgrund der diversen Einschränkungen auch in angepasster Tätigkeit schwierig sei, ihre 50%ige Restarbeitsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt zu verwerten. Daher sei ein angemessener Leidensabzug zu gewähren (S. 6 f. Ziff. 15). 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob sich in den tatsächlichen Verhältnissen eine wesentliche Änderung ergeben hat, die nunmehr zu einem Rentenanspruch führt. 3. 3.1

Es steht fest, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung der Beschwerdeführerin vom 13. Februar 2014

(Urk. 6/97) materiell eingetreten ist. Es gilt somit zu prüfen, ob sich die wesentlichen Tatsachen im massgeblichen Zeitraum zwischen der letzten, auf einer materiellen Prüfung beruhenden und vom hiesigen Gericht am 19. September 2011 bestätigten (vgl. Urk. 6/95) Verfügung vom 25. Januar 2010 (Urk. 6/85), mit welcher der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente verneint wurde (vgl. BGE 130 V 76 ff.), und der hier angefochtenen Verfügung vom 15. Dezember 2015 (Urk. 2), welcher die zeitliche Grenze für den zu beurteilenden Sachverhalt bildet, in einer für den Anspruch auf eine Rente relevanten Weise verändert haben. 3.2

Im Januar 2010 und somit im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenabweisung ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden einer Erwerbstätigkeit zu 60 % nachginge und zu 40 % im Haushalt tätig wäre (vgl. Urk. 6/85). Dies wurde seinerzeit von ihr nicht bestritten. Mit Einwand vom 30. März 2015 machte die Beschwerdeführerin geltend, dass sie, nachdem die Kinder nun erwachsen seien, ohne Gesundheitsschaden aus finanziellen Gründen einer 100%igen Erwerbstätigkeit nachginge (Urk. 6/149 S. 4), was sie beschwerdeweise wiederholte (vgl. Urk. 1 S.

E. 6

Ziff. 14). 3.3

Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, führt je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode; vgl. vorstehende E. 1.3) und ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde.

Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben. Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebensführung zu würdigen. Für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit ist der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich (BGE 137 V 334 E. 3.2, 130 V 393 E. 3.3, 125 V 146 E. 2c, je mit Hinweisen). 3.4 3.4.1 Laut Arbeitgeberbericht vom 4. Dezember 2007 nahm die Beschwerdeführerin im Juni 1992 ihre Arbeit beim Y._____

zu einem Beschäftigungsgrad von knapp 60 % auf (Urk. 6/10 Ziff. 2.1 und Ziff. 2.9). Damals war ihr älteres Kind knapp zwei Jahre alt, das jüngere war noch nicht auf der Welt. Bis zur Reduktion des Arbeitspensums durch die Arbeitgeberin infolge krankheitsbedingter Teil-Berufsinvalidität per 1. Oktober 2008 (vgl. Urk. 6/23) übte die Beschwerdeführerin die Erwerbstätigkeit neben Haushaltführung und Kinderbetreuung ununterbrochen zu knapp 60 % aus. Anlässlich der Haushaltsabklärung vom 25. März 2009 gab die Beschwerdeführerin an, sie würde auch bei guter Gesundheit aufgrund der Kinderbetreuung keine Pensenerhöhung in Betracht ziehen, sie könne sich aber vorstellen, dass sie ihr Arbeitspensum bei guter Gesundheit in den nächsten fünf bis zehn Jahren auf 80 bis 100 % erhöhen würde (vgl. Bericht vom 27. März 2009, Urk. 6/62

Ziff. 2.5). Damals war das jüngere Kind 15-jährig und kehrte über Mittag regelmässig nach Hause (vgl. Ziff. 4.1). Die Beschwerdeführerin ging bei der erstmaligen Rentenabweisung im Januar 2010 von einer Qualifikation von 60 % im Erwerbs- und 40 % im Haushaltsbereich aus (vgl. Urk. 6/85). 3.4.2 Mittlerweile sind beide Kinder erwachsen, leben im elterlichen Haushalt, wobei ein Auszug geplant ist, und helfen bei der Haushaltsführung mit (vgl. Urk. 6/139 S. 30 f.), so dass für die Beschwerdeführerin eine Entlastung in der Haushaltsführung eingetreten und die Kinderbetreuung vollständig weggefallen ist. Darüber hinaus beklagt sie eine angespannte finanzielle Lage (vgl. Urk. 6/139 S. 32 und S. 50), was

bei einem monatlichen Bruttoeinkommen des Ehemannes von Fr. 4'700.-- im Jahr 2008 (vgl. Urk. 6/38) nachvollziehbar ist. Unter den heute gegebenen Umständen ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ihr Arbeitspensum mittlerweile erhöht hätte und einer 100%igen Erwerbstätigkeit nachginge. 3.4.3 Damit liegt eine Änderung der Qualifikation vor, die für sich allein einen Revisionsgrund darstellt, der nach ständiger Praxis des Bundesgerichts zu einer in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassenden („allseitigen“) Prüfung des Rentenanspruchs führt, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht. Wie im Folgenden zu zeigen sein wird, liegt aber auch aufgrund der medizinischen Verhältnisse ein Revisionsgrund vor. 4. 4.1

Das hiesige Gericht stützte sich für die Beurteilung des Gesundheitszustandes im Zeitpunkt der ursprünglichen Verfügung vom 25. Januar 2010 (Urk. 6/85) massgeblich auf den

vertrauensärztlichen Bericht von Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 30. Juni 2008 (Urk. 8/43) sowie das polydisziplinäre Gutachten des B.____, vom 25. September 2008 (Urk. 6/24; vgl. 6/95 E. 5). 4.2

Dr. A.____

diagnostizierte im Bericht vom 30. Juni 2008 (Urk. 6/43) eine psychasthenische Entwicklung (F48.8) und eine Dysthymie (F34.1; S. 7).

Als Befunde führte er an, die Beschwerdeführerin sei blass und vorgealtert. Sie wirke erschöpft, matt und bedrückt, im Antrieb schleppend, in der Stimmungslage eher traurig-resigniert, zeitweilig auch mit Tränen, weniger dysphorisch oder gereizt. Es herrsche eine absolut negative und hoffnungslose Lebensbilanz vor (S. 6). An Störungen der psychischen Funktionen seien vor allem die Affektlage (Depression und Tränenausbrüche) und die Antriebsschwäche zu nennen (S. 7).

Dieser und viele andere Abklärungsfälle stellten für Gutachten zur Invaliditätsfrage diagnostisch stets ein gewisses Problem dar. Es seien immer Leidensbilder an der Grenze von schwierigem Leben und psychischer Symptomatik. Im vorliegenden Fall sei er von der Krankhaftigkeit des Leidens der Versicherten aber überzeugt und billige mit gutem Gewissen eine Berufsunfähigkeit von 60 % zu (S. 7). Die Versicherte sei als Küchenhilfe mit maximal drei Stunden pro Tag und ohne Arbeit an den Wochenenden einsetzbar (S. 8).
4.3 4.3 .1

Im B.____ wurde die Versicherte orthopädisch, neurologisch und psychiatrisch untersucht und beurteilt (Gutachten vom 25. September 2008, Urk. 6/24).

Gemäss der orthopädischen Beurteilung berichtete die Versicherte über anähernde Ganzkörperschmerzen. Im Bereich des Rumpfes bestehe eine antagonistendysbalance zu Lasten der defizitären Bauchmuskulatur. Nebenbefundlich bestünden Teilaspekte einer kongenitalen Bandlaxität, woraus aber keine nennenswerten funktionellen Einbussen resultierten. Für die bildgebende Pathologie im Sinne einer kleinen Diskushernie C6/7 ohne Neurokompression und den Verdacht einer linksseitigen Hemispondylolyse L5/S1 bestehe kein klinisches Korrelat (S. 8).

9). Aus orthopädischer Sicht sei die Versicherte in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (S. 8).

10). 4.3 .2

Nach den Angaben im neurologischen Teilgutachten vom 1. September 2008 bestanden weder aufgrund der sorgfältig durchgeführten Untersuchung noch anamnestisch Hinweise für ein neurologisches Leiden, welches eine Arbeitsunfähigkeit bedingen würde (S. 8).

21). 4.3 .3

Der psychiatrische Gutachter diagnostizierte im Rahmen der von ihm vorgenommenen Untersuchung eine Dysthymia (F34.1), welche sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (S. 8).

26).

An Befunden hielt der Gutachter ein etwas vermindertes Selbstbewusstsein und eine leicht gedrückte und nachdenklich besorgte Grundstimmung fest. Streikweise äusserte die Beschwerdeführerin resignative Betrachtungsweisen (S. 25). Weiter habe sie

Schlafstörungen angegeben (S. 26).

Die Beschwerdeführerin leide an einer leichten depressiven Verstimmung, die nach dem Schweregrad und der Dauer einer dysthymen Störung und nicht den Kriterien einer Major Depression entspreche. Sie beklage eine leichte Ermüdbarkeit, Ab lenkbarkeit, Grübeln und Einschlafstörungen. Die angegebenen Beschwerden seien bereits längere Zeit vorhanden, die Versicherte habe aber früher trotzdem relativ mühelos ganztags arbeiten und ihren sonstigen Aktivitäten in der Freizeit nachgehen können, während sie in letzter Zeit ihr Arbeitspensum reduziert habe und den Tag völlig unstrukturiert und teilweise ziellos verbringe. Dies sei aus psychiatrischer Sicht unverständlich und nicht nachvollziehbar. Bei einer besseren Tagesstrukturierung mit adäquater Einbindung in den normalen Arbeitsprozess und entsprechenden schlafhygienischen Massnahmen liege eine normale Arbeitsfähigkeit von 100 % vor (S. 26). Ein weiterer Rückzug aus der sozialen Gemeinschaft und insbesondere der Arbeitswelt würde sich weiter verschlechternd auf den Verlauf der seelischen Störung und die Gesamtsituation auswirken. Eine Berentung würde die bereits eingenommene regressive Haltung der Versicherten verfestigen (S. 26-27). 4.3 .4

In der Gesamtbeurteilung hielten die Ärzte fest, die Versicherte könnte ihre bisherige Teilzeittätigkeit in der Küche und im Service mit einem 100 % -Pensum ausüben (S. 12). 4.4

In der Ergänzung vom 23. Februar 2009 (Urk. 6/58) hielten die Ärzte des B.____ sodann fest, die Diagnose eines generalisierten Schmerzsyndroms mit unter anderem symmetrischen Polyarthralgien sei im Gutachten hinreichend gewürdigt und diagnostisch als orthopädisches Ganzkörperschmerzsyndrom und ohne funktionell relevantes klinisches Korrelat zusammengefasst worden (S.

1; vgl. auch die Angaben von RAD-Arzt Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 11. Juni 2009, Urk. 6/84 S.

4).

Die von der behandelnden Ärztin psychopathologisch begründete Einschränkung von mindestens 60

%, langfristig bis 70

%, könne bei den objektivierten psychopathologischen Befunden nicht bestätigt werden. Im Weiteren sei nicht nachvollziehbar, dass Dr. A.____ auf der Grundlage der Diagnosen der Dysthymie und der psychasthenischen Entwicklung eine Berufsunfähigkeit von 60

% annehme (S.

2; vgl. auch Angaben von med. pract .

D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. Februar 2009 und 21. August 2009, Urk. 8/84 S. 2 und S.

4). 5.5.1

Der aktuelle Gesundheitszustand ergibt sich aus folgenden medizinischen Akten: 5.2.5.2.1

Dr. med. E.____, Oberarzt am Y.____, Klinik für Rheumatologie, diagnostizierte im Bericht vom 24. Oktober 2013 (Urk. 6/96) folgendes (S. 1): - seronegative

Spondylarthropathie (axial und peripher) mit/bei - Status nach Arthritiden MCP Gelenke I – III rechts, I – II links, win zige Erosion Basis Grundphalanx Dig . II rechts (MRI Hände beidseits 14.9.2010) - rezidivierende Kniegelenksergüsse (Sonographie 11/2011) - aktuell keine Hinweise auf Synovitiden (Ganzkörper skelettszintigraphie vom 12.9.2012) - diskrete entzündliche Veränderungen ISG rechts im superioren Quadranten sakral mehr als ileal , Cornerläsionen (Romanus-Läsionen) akut auf Niveau L4, chronisch auf Niveau L3, diskrete Entesioopathie der Ligg . Interspinosa L3 bis S1 (MRI LWS/ Sakrum vom 28. September 2012) - HLA-B27 nicht nachweisbar - Fibromyalgiesyndrom - Differentialdiagnose (DD) : chronische Schmerzstörung bei somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) - Periarthropathia

humeroscapularis links - rezidivierend depressive Störung - Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung - Status nach leicht- bis mittelgradiger Episode (Höhenklinik Davos Clavadel

Mai 2013): F33.0 - chronisch obstruktive Lungenerkrankung - persistierender Nikotinabusus

In Anbetracht des ausgeprägten Leidensdrucks der Patientin sei die Indikation zur Behandlung mit einem TNF-Alpha-Blocker gestellt worden, im Bewusstsein, dass hierdurch nur ein Teil der Problematik angegangen werden könne, zumal die ganze Schmerzchronifizierung Bestand habe. 5.2.2

Im undatierten Bericht (Urk. 6/130) wiederholte Dr. E.____ die oben (vgl. E. 5.2.1) aufgeführten Diagnosen (S. 1 Ziff. 1.1).

Grundsätzlich werde für den Grundmorbus seit November 2012 Remicade eingesetzt. Die Verträglichkeit sei sehr gut, die Wirksamkeit sei verzögert eingetreten. Nach einem sehr langen Intervall zwischen den Infusionen habe die Beschwerdeführerin eine massive Verschlechterung ihrer entzündlichen Rückenschmerzen erlebt, die mit Wiedereinsatz der Medikation deutlich positiv zu beeinflussen gewesen seien. Dies spreche doch für eine substanzielle Dominanz der Spondylarthropathie . Bei den Weichteilschmerzen, insbesondere am Schultergürtel und wechselnd auch an den Beinen, handle es sich um eine Überlagerung durch die Fibromyalgie (S. 2 Ziff. 1.4).

Es bestehe aus komplexer rheumatologischer und psychiatrischer Sicht sicherlich eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % für jegliche Tätigkeit. Bezüglich der langfristigen Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht müsse eine separate Auskunft eingeholt werden (S. 3 Ziff. 1.6). Im aktuellen Pensum von 30 – 40 % als Mensa-Mitarbeiterin am Y.____ sei die Beschwerdeführerin noch knapp kompensiert. Eine wesentliche Zunahme der Arbeitsfähigkeit sei nicht zu erwarten (S. 3 Ziff. 1.7). 5 . 3 5.3.1

Laut Bericht von med. pract . F.____ , G.____ AG, Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 13. Februar 2014 (Urk. 6/97) leidet die Beschwerdeführerin an einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0) infolge posttraumatischer Belastungsstörung (F43.1) nach physischem und psychischem Missbrauch in Kindheit und Jugend, an einer chronischen Schmerzstörung (F45.4) sowie an einer seronegativen Spondylarthropathie .

Die Persönlichkeitsänderung äussere sich in anhaltend depressiver Stimmungslage , sozialem Rückzug, Misstrauen, Gefühlen von Leere, Gleichgültigkeit, Hoffnungslosigkeit

und Lebensmüdigkeit. Ausserdem bestünden Störungen des Schlafes und Appetits, Reizbarkeit und Konzentrationsschwierigkeiten. Die Beschwerdeführerin leide unter wiederholten Träumen und Nachhallen bezüglich der erlebten Traumata. Die im Rahmen des Morbus Bechterew auftretenden Schmerzen und Beschwerden nähme sie durch die psychische Vorbelastung aggraviert wahr.

Die von der Beschwerdeführerin täglich geleisteten drei Stunden in der Küche des Y.____ brächten sie an ihr Limit, stellten für sie jedoch eine Tagesstruktur dar, welche sie selber so lange wie möglich aufrechterhalten möchte. Ein höheres Pensum sei ihr nicht zumutbar.
5.3.2

Der Bericht von med. pract. F.____ vom 4. November 2014 (Urk. 6/137) deckt sich weitgehend mit demjenigen vom 13. Februar 2014 (vgl. vorstehende E. 4.2). 5.4

Im Kurzbericht vom 6. Juni 2014 der H.____, wo die Beschwerdeführerin vom 25. Mai bis 7. Juni 2014 stationär behandelt wurde, wurden folgende Diagnosen genannt (Urk. 6/112) :
- seronegative

Spondylarthropathie (axial und peripher) Erstdiagnose (ED) 2012 - Status nach Arthritiden MCP Gelenke I – III rechts, I – II links - rezidivierende Kniegelenksergüsse (Sonographie 11/2011) - HLA-B27 negativ - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren F45.41 - rezidivierend depressive Störung aktuell leicht- bis mittelgradig F33.0 - Gonarthrose beidseits ED 2014 - Periarthropathia

humeroscapularis links - chronisch obstruktive Lungenerkrankung - persistierender Nikotinabusus Die Ärzte attestierten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis zum 22. Juni 2014. 5.5.5.1

Im Z.____ wurde die Beschwerdeführerin internistisch, rheumatologisch und psychiatrisch untersucht und beurteilt (Gutachten vom 21. November 2014, Urk. 6/139/1-65). Die Gutachter stellten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 56): - seronegative

Spondylarthropathie mit axialem und peripherem Befall mit/bei - HLA-B27 negativ - Behandlung mit Remicade

intravenös seit November 2012 - gemäss Akten Arthritiden MCP-Gelenke I – III rechts, I – II links, winziger Erosion Basis Grundphalanx Dig II rechts (MR (14. September 2010) - rezidivierenden Kniegelenksergüssen (Sonographie 11/11) - diskreten entzündlichen Veränderungen I SG rechts im superioren Quadranten sacral mehr als ilial (MR 2013, 2014) sowie Conerläsionen (Romanus-Läsionen) akut LWK4, chronisch LWK3, diskreter Enthesiopathie der Ligamenta interspinosa LWK3 – SWK1 (MR 28.9.2012) - Fibromyalgie - DD : somatoforme Schmerzstörung - mediane Gonarthrose beidseits - DD: sekundär - anatomisch :

Periarthropathia

humero-scapularis linksbetont, Status nach wahrscheinlichem subacromialen

Débridement Schulter links 2006 (oder 2008) - chronifizierte depressive Störung, mittelgradiges Ausmass (F33.1) - DD : sonstige affektive Störung (F38) - DD : andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Erkrankung (F62.1) - Schmerzstörung mit psychischen und körperlichen Faktoren (F45.41)

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden genannt (S. 57): - leichte degenerative Diskopathie HWK5/6, mässige Uncovertebral arthrose rechts mit osteophytärem Sporn ins Neuroforamen hineinragen mit möglicher Reizung der Wurzel C6 rechts, geringgradige degenerative Diskopathie mit kleiner breitbasiger medio-lateral links gelegener Diskushernie HWK6/7 ohne Neurokompression, Segmentationsanomalie des Wirbelkörpers BWK4 ohne signifikante Deformierung der Wirbelsäule und ohne Einengung des Spinalkanals oder der Neuroforamina (MR HWS 7.11.2006) - CT-gesteuerte periradikuläre Infiltration HWK6/7 links am 11.1.2007 ohne Beschwerdebesserung - leichte Spondylarthrose und fragliche Spondylolyse LWK5/SKW1 links, flache diskrete S-Skoliose lumbal (Röntgen LWS 19.2.2007) - beidseitiger Knick-Senkfuss - Vitamin D-Insuffizienz - stark schwankende Refraktions- Anisometropie und schwere Amblyopie bei Anisometropie - Adipositas, BMI 28.9 kg/m² - Rezidivvarikosis I beidseits mit/bei Status nach

Phlebektomie beidseits 2005 - Status nach Hysterektomie 2005 5.5.2

Dem rheumatologischen Teilgutachten (Urk. 6/139/75-90) kann entnommen werden, dass bei der Beschwerdeführerin mit einer deutlich zeitlichen Verzögerung zwischen Beginn der Beschwerden und Diagnosestellung – wie dies leider häufig bei Spondylarthritiden der Fall sei – die Diagnose einer axialen und peripheren Spondylarthritis gestellt worden ist. Aufgrund der aktuellen klinischen Untersuchung und den vorliegenden Röntgenbefunden liessen sich zwar entzündliche Veränderungen nachweisen, die aber unter Therapie mit Remicade nicht sehr ausgeprägt seien. Auch sei es noch nicht zu Ankylosen gekommen. Das von der Beschwerdeführerin geltend gemachte extrem hohe Schmerzausmass und die dadurch für sie subjektiv starke Einschränkung könnten jedoch durch die objektiven Befunde nicht ganz ausreichend erklärt werden, so dass eine zusätzliche wesentliche nichtorganische Schmerzkomponente vermutet werden müsse. Theoretisch erfülle die Beschwerdeführerin aufgrund der ausgeprägten Schmerzsymptomatik und diverser begleitender Faktoren wie Konzentrationseinschränkung, Schlafstörung, verminderte Belastbarkeit und auch verschiedene vegetative

Symptome die Diagnosekriterien einer Fibromyalgie. Von rheumatologischer Seite könne jedoch nicht beurteilt werden, ob allenfalls nicht ein grosser Teil auch im Rahmen der psychiatrischen Komorbidität erklärt werden müsse. Hinweise auf weitere Erkrankungen, die mit Spondylarthritiden vergesellschaftet sein könnten (Iridozyklitiden, Psoriasis, entzündliche Magen-Darmerkrankungen) fanden sich anamnestisch nicht. Eine Periarthropathia

humeroscapularis links sei bereits 2006 beschrieben worden. Zwischenzeitlich sei offenbar sogar ein operatives subacromiales

Débridement erfolgt. Zudem bestünden jetzt auch rechtsseitige Beschwerden. Diese dürften eher unabhängig von der entzündlich-rheumatischen Grunderkrankung im Sinne einer mechanischen Überlastung sein, gehörten sie doch nicht zum typischen Präsentationsbild einer Spondylarthritis. Bis anhin seien noch nie Kontrollen der Knochendichte erfolgt, obwohl entzündlich-rheumatische Erkrankungen ein Risiko für das Auftreten einer Osteoporose darstellten (S. 12 f.).

Aufgrund der Spondylarthritis, den degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule und der beidseitigen medianen Gonarthrose und dem zumindest für die linke Seite nachweisbaren Vorhandensein einer Periarthropathia

humeroscapularis könne die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht lediglich noch leichte bis maximal intermittierend mittelschwere, wechselbelastende, rückenadaptierte Tätigkeiten unter Ausschluss sämtlicher Arbeiten, die wiederholtes Arbeiten mit den Armen in und über der Horizontalen oder in Zwangshaltung mit dem Oberkörper oder wiederholtes Steigen auf Leitern oder Treppen erforderten, und ohne Arbeiten in der Höhe oder Gehen auf unebenem Grund ausüben.

Allenfalls müssten bei der Diagnose einer Osteoporose zusätzlich sturzgefährdende Arbeiten ausgeschlossen werden. Wegen der chronischen Schmerzsymptomatik beziehungsweise der Fibromyalgie bestehe zudem eine Verminderung des Rendements um 30%, sicher seit 2007 (S. 13 f.). 5.5.3

Im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 6/139/91-103) fasste der Gutachter zusammen, es zeige sich aufgrund der Beschreibungen und aufgrund des Zustandes ein deutlich depressiver Zustand, der nicht einer subdepressiven Störung entspreche. Es bestehe eine depressive Stimmung, Interessen- und Freudeverlust an den meisten Aktivitäten und ein verminderter Antrieb. Das Selbstvertrauen sei reduziert, es bestünden auch sich wiederholende Gedanken an den Tod und Suizidimpulse. Die Beschwerdeführerin klage über kognitive Schwierigkeiten und wirke auch teilweise unruhig.

Sie möge wenig unternehmen und gebe Schlaf- und Appetitstörungen an. Es bestünden ein Rückzug im sozialen Bereich und eine Erregungstendenz, zusätzlich empfinde sie Hassgefühle. Etwas untypisch sei, dass sie zeitweise je nach Thema doch deutlich weniger belastet wirke und auch eine gute affektive Kontaktaufnahme aufweise, weswegen doch differentialdiagnostisch eine sonstige affektive Störung in Betracht gezogen werden könne. Andererseits müsse festgehalten werden, dass es sich mittlerweile um einen jahrelangen Verlauf handle, der wenig oder gar nicht verändert werden könne, weswegen eine Chronifizierung

eingetreten sei, wodurch sich auch die Frage einer möglichen dauernden Persönlichkeitsveränderung im Rahmen einer psychischen Erkrankung stelle. Es bestehe ein chronifizierter Zustand, der therapeutisch nicht mehr beeinflusst werden könne, weswegen differentialdiagnostisch eine Persönlichkeitsänderung durchaus vorliegen dürfte. Die Situation erscheine festgefahren und könne kaum mehr verbessert werden. Ausserdem seien die Ressourcen der Beschwerdeführerin eher gering, und sie scheine auch resigniert zu haben (S. 9 f.).

Es bestehe des Weiteren eine Schmerzproblematik, die nur teilweise aus somatischer Sicht nachvollzogen werden könne. Die seronegative

Spondylarthropathie könne das subjektive Ausmass der Beschwerden nicht erklären. In diesem Zusammenhang und im Zusammenhang mit den psychosozialen Belastungen müsse aufgrund der jahrelangen Vorgeschichte eine Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren angenommen werden (S. 10).

In diesem Sinne bestehe eine gewisse Übereinstimmung mit der aktuell behandelnden Stelle und eine mögliche Persönlichkeitsänderung könne in Betracht gezogen werden, zumindest aber eine chronifizierte depressive Störung in etwa mittelgradigem Ausmass. Weiterhin bestehe eine chronifizierte Schmerzstörung, wobei auch gewisse körperliche Faktoren eine Rolle spielten. Die Diagnose einer dysthymen Störung, wie sie in der Vergangenheit gestellt worden sei, könne nicht bestätigt werden. Es könne ein mindestens

mittel schwer depressiver Zustand bestätigt werden, weswegen mittlerweile von einer Verschlechterung des Zustandes ausgegangen werden könne (S.

E. 6.1

Aufgrund der medizinischen Akten steht fest, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verschlechtert hat. Im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenabweisung diagnostizierten die Ärzte lediglich ein orthopädisches Ganzkörper schmerzsyndrom ohne funktionell relevantes klinisches Korrelat, einen komplikationslosen Status nach Varizenoperation beider Beine und eine Dysthyreose (F34.1), welche sich allesamt nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten (vgl. Urk. 6/24 S. 11). In den aktuellen Arztberichten, unter anderem im Gutachten der Z.____, wurde eine seronegative

Spondylarthropathie mit axialem und peripherem Befall, eine Fibromyalgie, eine mediane Gonarthrose beidseits, eine, allerdings seit 2006 bestehende,

Periarthropathia

humero-scapularis

links betont, eine chronifizierte depressive Störung mittelgradigen Ausmasses (F33.1) sowie eine Schmerzstörung mit psychischen und körperlichen Faktoren (F45.41) diagnostiziert (vgl. E. 5.5.1).

E. 6.2

Vorweg ist festzustellen, dass das Gutachten der Z.____ vom 21. November 2014 (E. 5.5) in sämtlichen Punkten den Kriterien der gefestigten Rechtsprechung zu den Anforderungen einer Expertise entspricht.

So sind die Stellungnahmen der Gutachter für die Beantwortung der gestellten Fragen (nach der verbleibenden Arbeitsfähigkeit) umfassend und sie beruhen namentlich auf eingehenden internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen. Die Gutachter berücksichtigten die geklagten Beschwerden und setzten sich damit sowie mit dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander. Weiter waren ihnen die medizinischen Vorakten bekannt, welche in die Beurteilung einfließen.

E. 6.3

Was die Beschwerdegegnerin gegen die Schlüssigkeit des Gutachtens vorbringt (vgl. Feststellungsblatt vom 17. Dezember 2014, Urk. 6/140 S. 6.), vermag nicht zu überzeugen. Die Aussage, dass ein organisches Korrelat für die Schmerzen nicht festgestellt werden könne, ist klar aktenwidrig. Was die Rückenschmerzen der Beschwerdeführerin betrifft, erhob die rheumatologische Gutachterin zum einen degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule. Zum anderen führte sie aus, dass sich in den vorliegenden Röntgenbefunden entzündliche Veränderungen nachweisen liessen. Zwar stellte sie fest, dass die entzündlichen Veränderungen durch die Behandlung mit Remicade nicht sehr ausgeprägt seien, und hoffte, dass diese die entzündliche Aktivität ausreichend supprimiere, fügte jedoch hinzu, dass hierzu der effektive Verlauf abgewartet werden müsse.

Wenn auch die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenabweisung über ähnliche somatische Beschwerden klagte, handelt es sich bei der Einschätzung der Z.____-Gutachterin nicht um eine andere Beurteilung des gleichgebliebenen Sachverhalts. Denn was im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenabweisung noch als generalisiertes

Schmerzsyndrom ohne organisches Substrat interpretiert wurde, kann heute zumindest teilweise mit der Spondylarthropathie erklärt werden. Da, wie die Gutachterin ausführte, zwischen Beginn der Beschwerden und Diagnosestellung eine deutliche zeitliche Verzögerung vorlag, was offenbar häufig bei Spondylarthritiden der Fall ist (vgl. E. 5.5. 2), ist auch nachvollziehbar, dass die Gutachterin die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit bereits ab 2007 als gegeben erachtete. Insoweit sie zum Schluss gekommen ist, dass auch heute das geltend gemachte extrem hohe Schmerzausmass und die subjektiv starke Einschränkung durch die objektiven Befunde nicht ganz ausreichend erklärt werden können, trug sie dem insoweit Rechnung, als sie lediglich eine Verminderung des Rendements um 30 % attestierte.

E. 6.4

In psychiatrischer Hinsicht hat sich klar eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ergeben, wurde im Z.____-Gutachten nicht mehr nur eine Dysthymie (F.43.1), sondern neben einer Schmerzstörung mit psychischen und körperlichen Faktoren eine chronifizierte depressive Störung mittelgradigen Ausmasses (F33.1) diagnostiziert. Dabei wurde im psychiatrischen Teilgutachten festgehalten, dass sich ein deutlich depressiver Zustand, der nicht einer subdepressiven Störung entspreche, zeige. Weiterhin bestehe eine chronifizierte Schmerzstörung, allerdings spielten auch gewisse körperliche Faktoren diesbezüglich eine Rolle. Der Gutachter kam zum Schluss, dass sich der Gesundheitszustand dahin gehend verschlechtert hat, als dass die Diagnose einer dysthymen Störung nicht mehr gestellt werden könne, sondern von einem mindestens mittelschwer depressiven Zustand ausgegangen werden müsse (vgl. E. 5.5.3). 7. 7.1

Nach der neuen Rechtsprechung ist bei der Invaliditätsbemessung aufgrund psychosomatischer Störungen stärker als bisher der Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen, was sich in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit wird an der Überwindbarkeitsvermutung nicht festgehalten. Das bisherige Regel /Ausnahme-Modell wird durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt (BGE

141 V 281). 7.2

Im Unterschied zu einer somatoformen Schmerzstörung (F45.40), bei welcher ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz im Vordergrund steht, wird bei einer chronischen Schmerzstörung ein über sechs Monate bestehender Schmerz in mehreren anatomischen Regionen beschrieben. Der Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) fehlt damit ein Bezug zum Schweregrad (Urteil des Bundesgerichts 8C_478/2015 vom 12. Februar 2016 E. 4.2 mit Hinweis). Die im Z.____-Gutachten gestellten beziehungsweise nicht gestellten Diagnosen wurden zwar nachvollziehbar dargelegt und vermögen zu überzeugen, machen aber die Notwendigkeit einer rechtlichen Überprüfung der psychiatrischen Einschränkungen deutlich. Es stellt sich mithin die Frage, ob die mit der im Z.____-Gutachten gestellten Diagnosen einer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren in Zusammenhang stehenden Einschränkungen und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen überhaupt eine invalidisierende Bedeutung annehmen können. 7.3

Aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese lässt sich wie gesagt die Schwere des Krankheitsgeschehens nicht plausibilisieren (vgl. E. 7.2). Bezüglich des Indikators Behandlungserfolg oder –resistenz (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.1.3) ist von einer guten

Compliance der Beschwerdeführerin auszugehen, steht sie doch regelmässig in einer ambulanten psychiatrischen Therapie, die gemäss Gutachter durchaus adäquat durchgeführt wird, und die ihr dazu verhalf, ihre Arbeitstätigkeit von drei Stunden pro Tag über Jahre zu halten. Auch wenn die Medikamentencompliance nicht einwandfrei ist, muss doch auf eine invalidisierende, psychische Störung, welche therapeutisch nicht mehr

angehbar ist, geschlossen werden, denn der Z.____-Gutachter ging von einer Chronifizierung aus und erachtete eine Verbesserung des Zustandes bei Durchführung einer konsequenten Massnahme bloss als nicht ausgeschlossen.

In diesem Zusammenhang muss ausserdem berücksichtigt werden, dass die Beschwerdeführerin jahrelang als sogenannte „Schmerzpatientin“ behandelt worden war, obwohl ihre Beschwerden – wie sich erst später herausstellte – zumindest teilweise auf die seronegative

Spondylarthropathie zurückzuführen waren. Dass sich die Schmerzen bis zum Zeitpunkt, in welchem diese Erkrankung einer adäquaten Behandlung zugeführt wurde, verfestigt haben, erscheint durchaus nachvollziehbar.

Die Beschwerdeführerin geht seit Jahren einer Tätigkeit in einem Pensum von drei Stunden pro Tag nach. Dabei verhält sie sich nach eigenen Angaben gegenüber den Kolleginnen eher abweisend und oft gereizt. Im Haushalt erledigt sie nur wenig, der Ehemann und die Kinder müssen mithelfen.

Die Beschwerdeführerin liest nie und erträgt keine Musik. Tagsüber legt sie sich immer wieder hin (S. 2 f. des psychiatrischen Teilgutachtens). Sozial hat sie sich völlig zurückgezogen und pflegt keine Kontakte.

Eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E.4.4.1) erscheint aufgrund der Schilderungen des Alltags der Beschwerdeführerin als gegeben.

Nach dem Gesagten ist es in rechtsgenügender Bezug zwischen der gestellten Schmerzstörung mit psychischen und körperlichen Faktoren und deren funktionellen Auswirkung im Sinne einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit gegeben.

Bei gesamthafter Betrachtung über alle massgeblichen Indikatoren hinweg ist die sich ergebende Arbeitsunfähigkeit von 50 % plausibel. 7.4

Zusammenfassend ist somit mit den Z.____-Gutachtern davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in einer einfach strukturierten, vorgegebenen Tätigkeit mit nur leichter bis maximal zwischendurch mittelschwerer wechselbelastender rückenadaptierter Tätigkeit ohne wiederholtes Arbeiten mit den Armen in und über der Horizontalen oder in Zwangshaltung mit dem Oberkörper und ohne wiederholtes Steigen auf Treppen oder Leitern und Gehen auf unebenem Grund nur noch zu 50 % arbeitsfähig ist. 8. 8.1

Mit Schreiben vom 27. August 2008 teilte das Y.____ der Beschwerdeführerin mit, dass die Finanzdirektion ihre Restarbeitsfähigkeit als Küchenhilfe auf maximal drei Stunden pro Tag, ohne Arbeit an den Wochenenden, festgesetzt habe, was zu einer Änderung der Anstellung auf den 1. Oktober 2008 führte (Urk. 6/23). Welche Tätigkeiten die Beschwerdeführerin als Küchenhilfe konkret ausübt, kann den Akten nicht entnommen werden.

Aus diesem Grund kann auch nicht beurteilt werden, ob ihre angestammte Tätigkeit als Küchenhilfe einer angepassten Tätigkeit entspricht. Ebenso wenig finden sich Angaben über den aktuellen Verdienst der Beschwerdeführerin in den Akten. 8.2

Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie erwerbliche Abklärungen vornehme

und den Invaliditätsgrad gestützt auf das Ressourcenprofil (50 % in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit) als Vollerwerbstätige neu festlege und über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu befinde. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 9. 9.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzu erlegen. 9.2

Der obsiegenden und anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin steht eine Prozessentschädigung zu, die beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise auf Fr. 2'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen und von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 15. Dezember 2015 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu entscheide. 2.

Die Gerichtskosten von Fr.

1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Marianne Ott - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismitel 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 MosimannTiefenbacher

E. 10

).

Die Beschwerdeführerin sei stark vermindert belastbar, sie leide nachvollziehbar unter kognitiven Beeinträchtigungen im Verlaufe des Tages, es falle ihr zeit weise schwer, ihre emotionalen Schwankungen genügend zu kontrollieren, und sie habe Mühe im zwischenmenschlichen Bereich. Sie benötige dadurch auch Erholungsphasen. Tätigkeiten mit Übernahme von Verantwortung und unter hohem Zeitdruck seien nicht möglich. Die Arbeit müsse klar vorgegeben sein . E s brauche eine relativ verständnisvolle Umgebung. Es sei von einer mindestens 50%igen Arbeitsunfähigkeit bezogen auf eine ganztägige Arbeit auszugehen. Es müsse angenommen werden, dass eine derart hohe Einschränkung seit Novem ber 2009 vorliege, als Dr.

I.____ einen entsprechenden Bericht geschrieben habe (S. 11 f.). 5 . 5 .4

In der Gesamtbeurteilung (Urk. 6/139/1-65) hielten die Gutachter fest, es bestehe seit mind estens 2009 eine 50%ige

Arbeitsunfähigkeit (psychiatrische und rheumatologische zeitliche Einschränkungen seien nicht additiv) in einer einfach strukturier ten, vorgegebenen leichte n bis maximal intermittierend mit telschwere n körperliche n

wechselbelastende n rückenadaptierte n Tätigkeit unter Ausschluss sämtlicher Tätigkeiten, die wiederholtes Arbeiten mit den Armen in und über der Horizontalen oder in Zwangshaltung mit dem Oberkörper und seit 2014 auch wiederholtes Steigen auf Treppen oder Leitern sowie Gehen auf unebenem Grund und Arb eiten in der Höhe , erforderten (S. 62) . 6.

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