

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00562 vom 4. September 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00562

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00562 du 4 septembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00562 del 4 settembre 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1965, ist seit 1. Mai 2009 als Kundenberaterin bei der Y.____, Z.____, tätig (Urk. 7/39 Ziff. 2.1, Ziff. 2.8). Am 28. August 2013 meldete sie sich wegen chronischer Schmerzen, Schwindel, zitternder Hände, Krämpfen, Konzentrationsschwächen und Schlafstörungen bei der Invalidenversicherung an (Urk. 7/15). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen und gab ein bidisziplinäres Gutachten in Auftrag, welches am 31. Juli beziehungsweise am 15. und 18. August 2015 erstattet wurde (Urk. 7/55; Urk. 7/57-58). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/61; Urk. 7/64) verneinte die IV Stelle mit Verfügung vom 11. April 2016 einen Anspruch der Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 7/68 = 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). 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 mindes tens 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 seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 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 grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C_616/2014 vom 25. Februar 2015 E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich 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 ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE

141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

E. 1.4

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

E. 2

Gegen die Verfügung vom 11. April 2016 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 11. Mai 2016 Beschwerde mit dem Antrag auf Aufhebung des angefochtenen Entscheides und Zusprache einer halben Invalidenrente (Urk. 1 S. 2). Die IV Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 20. Juni 2016 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 7. November 2016 mitgeteilt wurde (Urk. 8). Am 22. November 2016 (Urk. 9) reichte die Beschwerdeführerin weitere medizinische Unterlagen ein (Urk. 10/1-5), wozu sich die Beschwerdeführerin am 3. Januar 2017 (Urk. 12) unter Beilage einer Stellungnahme ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; Urk. 13) äusserte. Davon wurde die Beschwerdeführerin am 5. Januar 2017 in Kenntnis gesetzt (Urk. 14). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt: Die Beschwerdeführerin sei seit 7. Mai 2013 in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten sei davon auszugehen, dass in somatischer Hinsicht eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Die Beschwerdeführerin verfüge über eine Vielzahl von persönlichen und beruflichen Ressourcen, die die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit in vollem Pensum ermöglichen. Die psychiatrische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei deshalb recht sprechungsgemäss nicht von so erheblicher Intensität, dass diese eine Invalidität begründen könne. Aus medizinischer Sicht spiele bei der Beschwerdeführerin eine Krankheitsfixierung eine grosse Rolle. Sie kümmere sich aber täglich gewissenhaft um ihr Pferd, während sie daneben weiterhin in Teilzeit arbeitstätig sei. Wenn sie nicht ausreichende Ressourcen hätte, wäre sie auch in der Ausübung von Freizeitaktivitäten erheblich eingeschränkt. Sie habe einen geregelten Tagesablauf, gute soziale Kontakte und eine gute berufliche Bildung sowie eine stabile wirtschaftliche Situation. Es liege aus medizinischer und juristischer Sicht ein hohes Funktionsniveau vor und eine Therapieresistenz sei eindeutig nicht ausgewiesen. Somit sei eine Erwerbstätigkeit in einem Pensum von 100 % weiterhin zumutbar; es liege keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vor (S. 1-2). Nach Eingang weiterer medizinischer Unterlagen (Urk. 10/1-5) hielt die Beschwerdegegnerin fest, es könne nicht beurteilt werden, inwieweit durch die neuen Angaben eine relevante Verschlechterung eingetreten sei. Da sich eine allfällige Verschlechterung aber erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung manifestiert habe, sei sie im vorliegenden Verfahren nicht zu prüfen (Urk. 12).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich auf den Standpunkt (Urk. 1), sie sei nicht voll arbeitsfähig, sondern aufgrund der rezidivierenden, gegenwärtig mittelgradig ausgeprägten Depression und chronifizierten Störung erheblich in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Sie verfüge zwar über persönliche Ressourcen, die ihr die Teilzeittätigkeit im Umfang von 50 % ermöglichen, die aber nicht für ein Vollpensum ausreichen. Gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten sei sie sowohl in ihrer angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit nur zu 50 % arbeitsfähig (S. 4-5). Dieser Auffassung sei auch der RAD. Die Anwendung der Standardindikatoren sei mangels entsprechender Diagnosen nicht angezeigt. Im Übrigen sei die von einer Nicht-Medizinerin vorgenommene Ressourcenprüfung aus näher dargelegten Gründen unrichtig (S. 6 f.). Weiter hätten sich in der Zwischenzeit neue entzündliche Veränderungen sowie ein

malignes Melanom gebildet. Letzteres stehe in Zusammenhang mit ihren Rheuma-Medikamenten, welche sie nicht mehr einsetzen sollte. Dies gelte auch für ein anderes Medikament, welches entzündliche Magen-Darm-Beschwerden verursache. Eine wirksame Medikation gegen die Spondylarthritis, den Morbus Bechterew sowie die Psoriasis-Arthritis sei somit kaum mehr möglich. Es könne deshalb kaum mehr von leistungsausschliessenden Ressourcen die Rede sein (Urk. 9).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin. 3. 3.1

Mit Austrittsbericht vom 6. März 2013 (Urk. 7/3) stellten die Ärzte der Rheuma klinik des A.____, wo sich die Beschwerdeführerin vom 15. Februar bis 7. März 2013 stationär aufhielt, folgende, verkürzt wieder gegebene Diagnosen (S. 1): - Spondylarthritis mit

axialem und peripherem Befall, Differentialdiagnose (DD) Psoriasisarthritis, Morbus Bechterew - chronisches Zervikothorakalsyndrom mit mechanischem Schmerzcharakter - Hypästhesie im Bereich V1 links und des linken Armes unklarer Ätiologie, DD entzündlich - Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10 F43.2; Erst diagnose 5. März 2013) Die Beschwerdeführerin sei vom 15. Februar bis 17. März 2013 zu 100 %, vom 18. März bis zum 7. April 2013 zu 50 % und seit 8. April 2013 zu 0 % arbeitsunfähig (S. 4 unten). Diese Angaben wiederholten die Ärzte des A.____ in ihrem Bericht vom 16. Juli 2013 (Urk. 7/6 = Urk. 7/32/6-8). 3.2

Dr. med. B.____, Fachärztin für Allgemeine Medizin, wiederholte mit Bericht vom 12. Juli 2013 die von den Ärzten des A.____ gestellten Diagnosen und hielt fest, die Prognose sei unklar. Die ersten Symptome seien im Juni 2012 aufgetreten. Die Beschwerdeführerin sei vom 3. bis 7. Dezember 2012 zu 100 %, vom 8. bis 19. April 2013 zu 50 % sowie vom 7. Mai bis 30. Juni 2013 zu 40 % arbeitsunfähig gewesen. Die bisherige Tätigkeit sei noch zu 60 % zumutbar. 3.3

Eine bildgebende Untersuchung (Ganzkörper-MRI) vom 18. Oktober 2013 ergab einen altersentsprechenden Normalbefund, keine akuten oder chronisch-entzündlichen Veränderungen, keine Spinalkanalstenose und keine Neurokompression (Urk. 7/55/66-67). 3.4

Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte mit Bericht vom 19. Februar 2014 (Urk. 7/28/15-17) eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1). Als Ursachen kämen zum einen die somatischen Erkrankungen wie auch die unerwünschten Arzneimittelwirkungen der rheumatologischen Medikation in Betracht. Die Beschwerdeführerin sei seit Behandlungsbeginn ab 3. Dezember 2013 zu 40 % arbeitsunfähig. Es erfolgten psychotherapeutische Sitzungen im Abstand von zwei bis drei Wochen (S. 2). Unter der bisherigen ambulanten Behandlung habe der Zustand nicht wesentlich gebessert werden können, so dass jetzt eine stationäre Behandlung diskutiert werde. Es sei keine Prognose möglich, da der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin noch instabil sei (S. 3). 3.5

Mit Bericht vom 20. Februar 2014 (Urk. 7/30) diagnostizierte Dr. med. D.____, Facharzt für Rheumatologie, eine Spondylarthritis mit axialem und peripherem Befall, DD: Psoriasisarthritis, M. Bechterew, sowie ein chronisches zervikothorakales Syndrom. Beides habe Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (Ziff. 1.1). Bei einem guten Ansprechen auf die aktuelle medikamentöse Therapie (Tumornekrosefaktor/TNF-alpha-Blocker, Methotrexat,

Analgetika) sei mit einer Kontrolle der Entzündungsaktivität mit Besserung der Beschwerden und Steigerung der Belastbarkeit im Alltag zu rechnen (Ziff. 1.4). Dr. D.____ hielt fest, er habe bisher keine Arbeitsunfähigkeit attestiert (Ziff. 1.6). Die Behandlung bei ihm erfolge seit 29. November 2012 (Ziff. 1.2). Die bisherige Tätigkeit sei noch zumutbar; der zeitliche Rahmen könne aber derzeit nicht festgelegt werden. Aktuell bestünden aufgrund einer florierenden Entzündung axial sowie der peripheren Gelenke schmerz- und mechanisch bedingte Beweglichkeitseinschränkungen mit verstärkten belastungsabhängigen Schmerzen (Ziff. 1.7). 3.6

Mit einem weiteren Bericht vom 3. März 2014 (Urk. 7/28/1-6) stellte Dr. B.____ folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - Spondylarthritis mit axialem und peripherem Befall, DD Psoriasisarthritis, M. Bechterew - chronisches

zervikothorakales Syndrom - Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10 F43.2) In der angestammten Tätigkeit habe vom 19. Oktober 2012 bis 28. Februar 2013 eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Vom 8. bis 19. April 2013 sei die Beschwerdeführerin zu 50 % und vom 7. Mai bis 15. November 2013 zu 40 % arbeitsunfähig gewesen. Seit 15. Oktober 2013 bis 28. Januar 2014 bestehe volle Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6). Die bisherige Tätigkeit sei noch zumutbar, maxi mal 50 % wäre optimal. Die Patientin benötige pro Woche zwei Erholungstage (Ziff. 1.7). Es könne nicht mit einer Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden (Ziff. 1.9). 3.7

Dr. med. E. ____, Facharzt für Dermatologie und Venerologie, diagnostizierte mit Bericht vom 21. März 2014 (Urk. 7/29) unter anderem multiple melanozytäre Naevi, welche zurzeit klinisch und dermatoskopisch ohne Anhaltspunkte für Malignität seien. Aufgrund der dermatologischen Diagnosen bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. 3.8

Vom 5. Mai bis 9. Juni 2014 hielt sich die Beschwerdeführerin stationär in der F. ____ auf. Mit Austrittsbericht vom 30. Juni 2014 (Urk. 7/55/93-96) wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1): - mittelgradige depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.1) mit Entwicklung eines Erschöpfungssyndroms (ICD-10 Z73) bei chronischer - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) - Spondylarthritis mit axialem und peripherem Befall, DD M. Bechterew, Psoriasisarthritis und chronischem zervikozephalen Syndrom - chronische Sinusitis, nicht näher bezeichnet Die Beschwerdeführerin habe in gebessertem psychophysischem Zustand entlassen werden können. Die Weiterführung der Einzelpsychotherapie mindestens einmal pro Woche sei dringend empfohlen (S. 1). Es sei ihr für die Zeit ihres Aufenthaltes und bis zum 21. Juni 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert worden. Am 24. Juni werde sie sich einer schon seit längerem geplanten Nasenoperation unterziehen. Danach werde sie voraussichtlich für weitere drei Wochen arbeitsunfähig sein und frühestens Mitte Juli wieder zunächst mit einem Pensum von 30 % ihre Arbeit aufnehmen. Zu empfehlen sei eine langsame Steigerung entsprechend der Belastbarkeit der Patientin (S. 2). 3.9

Mit Bericht vom 3. September 2014 (Urk. 7/37/6-9) stellte Dr. C. ____ die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - Spondylarthritis mit axialem und peripherem Befall, DD M. Bechterew, Psoriasis-Arthritis - chronisches zervikozephalen Syndrom Als ursächlich für die depressive Entwicklung kämen die somatischen Erkrankungen wie auch die unerwünschten Arzneimittelwirkungen der rheumatologischen Medikation in Betracht (Ziff. 1.4). Die Versicherte nehme ihre Termine der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen zuverlässig wahr und sei motiviert, eine Besserung ihrer gesundheitlichen Situation zu erreichen. Die ambulante Behandlung werde seit dem Austritt aus der F. ____ bis auf weiteres im Abstand von etwa zwei Wochen fortgesetzt. Durch die stationäre Behandlung habe der Gesundheitszustand zwar kurzfristig gebessert werden können, habe sich jedoch aus unbekanntem Gründen inzwischen wieder verschlechtert (Ziff. 1.5). Die Arbeitsunfähigkeit als Kundenbetreuerin wie auch in leidensangepasster Tätigkeit präsentiere sich wie folgt (Ziff. 1.6): 40 % vom 7. Mai 2013 bis 4. Mai 2014 100 % vom 5. Mai 2014 bis 15. Juni 2014 100 % vom 16. Juni 2014 bis 23. Juni 2014 100 % vom 24. Juni 2014 bis 11. Juli 2014 60 % vom 12. Juli 2014 bis 10. August 2014 50 % vom 11. August 2014 bis auf weiteres Eine nachhaltige Steigerung der Arbeitsfähigkeit über 50 % hinaus habe unter den bisherigen Behandlungsmassnahmen nicht erreicht werden können (Ziff. 1.8). Es müsse von einer fortgesetzten Arbeitsunfähigkeit von 50 % ausgegangen

werden (Ziff. 1.9). 3.10

Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, stellte mit Bericht vom 18. November 2014 (Urk. 7/43) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - Spondylarthropathie, DD Psoriasis-Arthritis, M. Bechterew - chronisches Zervikalsyndrom Eine Prognose sei derzeit schwierig. Sollten die etablierten antiinflammatorischen Medikamente ein gutes Ansprechen zeigen, so sei mit einer guten Regredienz der Schmerzen zu rechnen. Ob eine Beschwerdefreiheit erreicht werden könne, sei fraglich (Ziff. 1.4). In der angestammten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin seit August 2014 zu 50 % arbeitsunfähig; die frühere Arbeitsunfähigkeit sei anderswo attestiert worden. Auch für eine angepasste leichte Arbeit bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.7). 3.11

Dr. med. H.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, stellte in ihrem nach Beizug der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung eigener Untersuchungen am 31. Juli 2015 erstatteten Gutachten (Urk. 7/55/1-59) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 52): - Spondylarthritis (Erstdiagnose Februar 2013) mit axialem und peripherem Befall (DD Psoriasis-Arthritis bzw. Spondylitis ankylosans) - HLA B 27 positiv mit - passageren leichten Zeichen einer aktiven ISG-Arthritis links sowie geringe subchondrale Mehrsklerosierungen der ISG beidseits (MRI 02/2013) und rascher deutlicher bildgebender Besserung unter Basistherapien - kein Nachweis aktiver entzündlicher oder postentzündlicher Veränderungen im Bereich der HWS, BWS, LWS und beider ISG sowie des Sternums, der Rippengelenke sowie des Schulter- und Beckengürtels (Ganzkörper-MRI Oktober 2013 und Juli 2015) und der rechten Hand (MRI Juli 2015) - unauffällige kräftige autochthone Rückenmuskulatur und unauffällige Muskulatur des Schulter- und Beckengürtels (MRI Juli 2015) - Basistherapien: - Methotrexat ab März 2013 bis März 2015 und Golimumab/Simponi ab Mai 2013 bis März 2015, seit März 2015 Leflunomid und Adalimumab/Humira mit guter Wirkung - verminderte Belastbarkeit und Beschwerden des linken Handgelenks bei - Status nach Lunatum-Malazie mit Verletzung zu einem unbekanntem Zeitpunkt mit geringen diffusen intercarpalen Synovitiden ohne Usuren und ohne Erosionen (MRI Juli 2015) Die folgenden Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 52) - Adipositas Grad I - Hypercholesterinämie - Status nach subperichondraler Septumplastik - Status nach Varizenoperation beidseits - Status nach zwei Reitunfällen vor Jahren mit Rippenfrakturen - Status nach Clavicula-Fraktur vor Jahren bei Reitunfall - unspezifische Marklager-Läsionen mit stabilen bildgebenden Befunden Der normale Gang sei unauffällig, wie auch der Zehen- und Fersengang. Es bestehe eine leichte redressierbare Hyperkyphose der Brustwirbelsäule (BWS). Die HWS- (Hals-) und Brustwirbelsäule seien normal beweglich. Die Lendenwirbelsäule (LWS) sei in der Lateralflexion beidseits leicht eingeschränkt beweglich bei normaler Inklination und Reklination. Radikuläre Zeichen seien nicht vorhanden. Insbesondere wiesen weder die Hände noch die Füße Synovitiden auf. Das Gaenslen-Zeichen der Hände und Füße sei beidseits normal. Die Bioimpedanz-Analyse zeige trotz der Adipositas eine normale Muskelmasse von 39,9 %, woraus keine lang dauernde Schonung abgeleitet werden könne. Dem entspreche, dass die Versicherte fast täglich eine Stunde auf ihrem Pferd reite, fast täglich eine halbe Stunde lang mit Walking-Stöcken spaziere und manchmal schwimme (S. 59 Mitte). Die Beschwerdeführerin habe ab März 2013 Basistherapien erhalten, wodurch es bildgebend rasch zu einer eindrucklichen Besserung gekommen sei. Die Ganzkörper-Untersuchung

habe im Oktober 2013 nirgends mehr entzündliche Veränderungen ergeben, insbesondere seien die bildgebenden Befunde im Bereich beider Iliosakralgelenke altersentsprechend normal gewesen. Die Kontroll-Ganzkörper-Untersuchung vom Juli 2015 habe die bildgebenden Befunde von 2013 bestätigt. Weiterhin seien nirgends aktive entzündliche Zeichen einer durchgemachten Entzündung bildgebend vorhanden gewesen, ebenso seien im Bereich der Wirbelsäule auch keine wesentlichen degenerativen Veränderungen oder Kompressionen neuraler Strukturen sichtbar. Enthesitiden seien nirgends erkennbar gewesen. Die ganze autochthone Rückenmuskulatur sei bildgebend normal, wie auch die Schulter- und Beckenmuskulatur (S. 53). Die erstmals vorgenommene MRI-Untersuchung der Handgelenke habe rechts einen altersentsprechenden Befund ergeben, links überraschenderweise einen Status nach einer bislang nicht erkannten früheren Lunatum-Malazie, welcher nicht besonders gravierend sei, aber Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin habe. Ihre Arbeitsfähigkeit werde durch die Spondylarthritiden, die aktuell klinisch, bildgebend und rheuma-immunologisch nicht aktiv sei, und durch die durchgemachte Lunatum-Malazie der linken dominanten Hand limitiert. Sie könne jedoch eine angepasste Tätigkeit zu 100 % ausüben bezogen auf ein Pensum von 100 % (S. 54). Zumutbar seien leichte wechselbelastende Tätigkeiten mit Hantieren von Lasten bis zu 10 kg. Zusätzlich könne sie mit der linken Hand keine lang andauernden repetitiven Tätigkeiten ausüben. Generell seien Tätigkeiten in Nässe, Kälte und unter Temperaturschwankungen zu meiden. Die angestammte Tätigkeit als Kundenberaterin bei einer Bank sei angepasst. Es handle sich um eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Nässe, ohne Kälte und ohne Temperaturschwankungen. Dies gelte auch für die frühere Tätigkeit als Postassistentin (S. 55). In der angestammten Tätigkeit als Kundenberaterin einer Bank oder in einer anderen angepassten Tätigkeit habe nie eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden. Die im Februar 2013 festgestellte Spondylarthritiden habe mit der Basistherapie rasch gebessert werden können, so dass bereits im Oktober 2013 bildgebend nirgendwo mehr entzündliche Veränderungen sichtbar gewesen seien. Eine nicht angepasste Tätigkeit sei ab Februar 2013 nicht mehr zumutbar gewesen (S. 56). Unklar sei, weshalb der Rheumatologe Dr. G.____ im November 2014 floride aktive ISG-Arthritiden beidseits beschrieben habe. Bereits die Ganzkörper-MRI-Untersuchung ein Jahr zuvor habe keine ISG-Arthritiden gezeigt, sondern altersentsprechende Befunde im Bereich der ganzen Wirbelsäule und beider ISG sowie im Schultergürtel, der Thoraxwand und dem Beckengürtel. Neue MRI Untersuchungen seien seither nicht erstellt worden. Da Dr. G.____ von wesentlich schlechteren Befunden ausgehe, als die beiden bildgebenden Untersuchungen (2013 und 2015) ergeben hätten, weiche seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wesentlich ab (S. 57). 3.12

Prof. Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete sein Gutachten am 15. August 2015 (Urk. 7/58) unter Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer eigenen Untersuchung. Als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (chronifiziert, da über zwei Jahre anhaltend; ICD-10 F33.1). Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er diejenigen eines Erschöpfungssyndroms (ICD-10 Z73.0) sowie eines Verdachts auf eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0; S. 23). Die Versicherte habe Ressourcen: Sie führe eine harmonische Ehe, welche sie als unterstützend erlebe. Auch ihr Pferd stelle für sie eine grosse Ressource dar. Die Arbeit gebe ihr ebenso Kraft, da sie hieraus eine Ablenkung von den Schmerzen erfahre und auch eine wirtschaftliche Unabhängigkeit, die ihr wichtig sei.

Sie habe grundsätzlich Spass bei der Arbeit und wolle diese unbedingt behalten (S. 15 oben). Der familiäre Zusammenhalt stelle eine wichtige Ressource der Versicherten dar. Ihre wirtschaftliche Situation sei stabil. Sie verfüge über qualifizierende berufliche Ausbildungen und Erfahrungen. Auch im privaten Umfeld habe sie Ressourcen, welche ihr eine geordnete Work-life-balance ermöglichen sollten. Sie erlebe die Ausritte mit ihrem eigenen Pferd als wohl tuend. Das Wohnumfeld sei beruhigend (S. 18 unten). Sie berichte, ihren Psychiater einmal im Monat zu konsultieren (S. 15 Mitte). Es bestehe ein weiterhin mittelgradig depressives Bild, welches nun nach mehr als zweijährigem Bestehen als chronifiziert angesehen und diagnostisch als rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), eingeordnet werden müsse. Bei der aktuellen Untersuchung habe eine deutliche affektive Inkontinenz psychopathologisch im Vordergrund gestanden bei weiterhin imponierenden Erschöpfungssymptomen. Es sei gemäss Blutspiegelbestimmung von einer Compliance zur medikamentös antidepressiven Behandlung auszugehen (S. 21 Mitte). Die Einordnung der weiterhin bestehenden somatischen Symptome sei aus differentialdiagnostischer Sicht nicht ganz einfach. Sie könnten zum einen Ausdruck einer eigenständigen Somatisierungsstörung sein, wie diese in der F. ___ eingeordnet worden seien, andererseits aber auch Teil eines somatischen Syndroms einer Depression. Schliesslich müsse der Verlauf zeigen, ob die Symptome eventuell dem rheumatoid-entzündlichen Komplex im Sinne eines related Fatigue Syndroms entsprächen oder gar als unerwünschte Wirkungen der TNF-Blockade entspringen. Die Evidenz zur Diagnosestellung einer somatoformen Störung sei unzureichend (S. 21 Mitte). Bezüglich der chronischen Schmerzsymptomatik ergebe sich kein Anhalt für eine Schmerzverarbeitungsstörung gemäss ICD-10 F45.41 (chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren). Einerseits fehle eindeutig ein emotionaler oder psychischer Stressor im Zusammenhang mit dem Auftreten der Schmerzen, andererseits liege keine Symptomausweitung vor. Es bestehe kein Ganzkörperschmerz. Die Schmerzen seien zudem klar belastungsabhängig und reagierten gut bis befriedigend auf Analgetika. Die subjektive Schmerzempfindung stehe in keinem Zusammenhang mit emotionalen oder psychosozialen Belastungsfaktoren (S. 21 unten). Die Beschwerdeführerin sei vornehmlich in der Durchhaltefähigkeit eingeschränkt. Bei längeren Belastungen komme es zu Unkonzentriertheit mit nachfolgendem Abfall der Arbeits Sorgfalt (S. 23 oben). Infolge der depressiven Störung bestehe bei der Beschwerdeführerin eine mittel- und langfristige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in zuletzt ausgeübter und adaptierter Tätigkeit. Zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeitszeiten könnten die Vorgaben des behandelnden Psychiaters übernommen werden: 40 % vom 7. Mai 2013 bis 4. Mai 2014 100 % vom 5. Mai bis 11. Juli 2014 (stationäre Hospitalisation) 60 % vom 12. Juli bis 10. August 2014 50 % ab dem 11. August 2014 Eine Verbesserung des depressiven Zustandsbilds sei unter Fortführung der bis her leitliniengerecht durchgeführten psychiatrischen Behandlung grundsätzlich anzunehmen (S. 24). Prof. I. ___ hielt fest, die Versicherte habe sich sozial zurückgezogen und ihre Aktivitäten reduziert. Das psychopathologische Bild sei nicht durch psychosoziale Faktoren dominiert (S. 25).

3.13

In ihrer interdisziplinären Beurteilung vom 18. August 2015 (Urk. 7/57) kamen Dr. H. ___ und Prof. I. ___ zum Schluss, die Beschwerdeführerin sei aufgrund der Diagnosen in der angestammten Tätigkeit als Kundenberaterin und Postassistentin sowie in einer anderen angepassten Tätigkeit seit 11. August 2014 zu 50 %, bezogen auf ein Pensum von 100 %, arbeitsfähig. 4. 4.1

Den medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass bei der Beschwerdeführerin Ende 2012 erstmals Anzeichen einer Spondylarthritis, differentialdiagnostisch einer Psoriasisarthritis und eines Morbus Bechterew, auftraten (vgl. Urk. 7/3 S.

1). Die Ärzte des A. ___ stellten diese Hauptdiagnose, zusammen mit derjenigen einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion, mit Bericht vom 6. März 2013. Eine relevante, mindestens 40%ige Arbeitsunfähigkeit trat ab Februar 2013 ein (vgl. vorstehend E. 3.1). Ab 19. Februar 2014 wurde fachärztlich eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert (vgl. vorstehend E. 3.3, E. 3.8, 3.9, 3.12). 4.2

Auch nach der Praxisänderung vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) gelten psychische Störungen der hier interessierenden Art nur als invalidisierend, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angehbar sind, was namentlich bei noch nicht lange chronifizierten Krankheitsgeschehen voraussetzt, dass keine therapeutische Option mehr und somit eine Behandlungsresistenz besteht (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1). An der bundesgerichtlichen Praxis, wonach leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar sind und invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_836/2014 vom 23. März 2015 E. 3.1, 9C_474/2013 vom 20.

Februar 2014 E. 5.4, 9C_696/2012 vom 19. Juni 2013 E. 4.3.2.1, 9C_250/2012 vom 29. November 2012 E. 5, 9C_736/2011 vom 7.

Februar 2012 E. 4.2.2.1 sowie 9C_917/2012 E. 3.2 vom 14. August 2013) hat BGE 141 V 281 nichts geändert (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1 und 9C_168/2015 vom 13. April 2016 E. 4.2 mit Hinweis).

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angehbar sind gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht ausgeschlossen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3; BGE 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1). 4.3

Vorliegend ist nicht von Therapieresistenz auszugehen : Nach der stationären Behandlung in der F. ___ wurde die Beschwerdeführerin in gebessertem psychophysischem Zustand entlassen (vgl. vorstehend E. 3.8). Auch wenn sich danach ihr psychischer Zustand gemäss Dr. C. ___ verschlechtert hat (vgl. vorstehend E. 3.9), zeigt dies doch, dass eine konsequente therapeutische Behandlung - die auch mehrfache stationäre Behandlungen umfassen kann einen positiven Einfluss auf die depressive Störung der Beschwerdeführerin hat. Auch

Prof. I.____ (vorstehend E. 3.12) ging davon aus, dass eine Fortführung der Therapie, welche momentan nebst Medikation lediglich monatliche Konsultationen umfasse, grundsätzlich eine Verbesserung herbei führen kann. Damit gilt die mittelgradige Depression der Beschwerdeführerin aus rechtlicher Sicht nicht als invalidisierend. Prof. I.____ wies denn auch auf die guten Ressourcen der Beschwerdeführerin harmonische, unterstützende Ehe, das eigene Pferd und die Arbeit, was ihr beides Freude bereite, der familiäre Zusammenhalt, die wirtschaftliche Situation, das ruhige Wohnumfeld hin, welche vorliegend aus objektiver Sicht als zur Überwindung der Beeinträchtigung (vgl. vorstehend E. 1.3) befähigend berücksichtigt werden müssen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (BGE 137 V 64 E. 5.1). Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Seine Einschätzung ist eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 140 V 193 E. 3.2; Ulrich Meyer, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, Schaffhauser/Schlauri, Hrsg., 2003, S. 49). Diese Beurteilungen sind nicht immer deckungsgleich; eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen von Invalidität (vgl. vorstehend E. 1.3). Entgegen der Beurteilung durch Prof. I.____ und Dr. C.____ gilt die Beschwerdeführerin somit in psychischer Hinsicht nicht als 50 %, sondern 100 % arbeitsfähig. 4.4

Aus somatischer Sicht ist auf die Beurteilung durch Dr. H.____ abzustellen, welche auf den Umstand hinwies, dass die Basistherapien bereits ab Oktober 2013 - somit wenige Monate nach Ausbruch der Krankheit - zum vollständigen Rückgang der entzündlichen Veränderungen geführt haben (vorstehend E. 3.11), was in der 2015 durchgeführten Untersuchung bestätigt wurde. Unter Berücksichtigung der verbleibenden Einschränkungen (aktuell nicht aktive Spondylarthritis, durchgemachte Lunatum-Malazie der linken dominanten Hand) erachtete Dr. H.____ die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit, welche leicht und wechselbelastend ist, als zu 100 % arbeitsfähig. Nachdem die angestammte Tätigkeit als Kundenberaterin einer Bank diesem Profil entspricht, besteht auch dort volle Arbeitsfähigkeit. 4.5

Ist der psychische Gesundheitsschaden aus rechtlicher Sicht nicht invalidisierend und besteht in der angestammten Tätigkeit volle Arbeitsfähigkeit, so liegt keine Invalidität vor. Der angefochtene Entscheid erweist sich somit als rechtmässig. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 5. 5.1

Für die Beurteilung der Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung oder des Einspracheentscheides ist für das Sozialversicherungsgericht in der Regel der Sachverhalt massgebend, der zur Zeit des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verfügungsverfügung bilden (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). Sie können indessen, unter Wahrung des rechtlichen Gehörs, berücksichtigt werden, wenn sie kurze Zeit nach dem Erlass des angefochtenen Entscheids eingetreten sind, sich ihre Beachtung aus prozessökonomischen Gründen unbedingt aufdrängt und sie hinreichend klar feststehen (BGE 105 V 156 E. 2d; ZAK 1984 S. 349 E. 1b). Dies ist der Fall, wenn sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die

Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 99 V 98 E. 4 mit Hinweisen). 5.2

Diese Voraussetzungen sind für die beschwerdeweise (Urk. 3) sowie mit Eingabe vom 22. November 2016 eingereichten Unterlagen (Urk. 10/1-5) nicht erfüllt, weshalb sie im vorliegenden Verfahren keine Berücksichtigung finden können. Gestützt auf die Beurteilung durch Dr. med. J.____, Facharzt für Chirurgie, RAD, vom 12. Dezember 2016 (Urk. 13), ist jedoch eine Verschlechterung nicht auszuschliessen. Die Akten sind deshalb nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils an die Beschwerdegegnerin zur Abklärung und zur Prüfung einer allfälligen Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu überweisen. 6.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 8 00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Akten werden nach Eintritt der Rechtskraft an die Beschwerdegegnerin überwiesen, damit sie eine allfällige Verschlechterung prüfe. 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: - Rechtsdienst Inclusion Handicap - 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
Lienhard

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).

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