

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00704 vom 31. Mai 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-05-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00704

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00704 du 31 mai 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00704 del 31 maggio 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1966, Mutter zweier Söhne mit Jahrgang 1989 und 1992, hat im Kosovo eine Ausbildung zur Laborantin abgeschlossen. Sie war nach ihrer Einreise in die Schweiz zuletzt vom März 2008 bis Januar 2013 bei der Y.____ AG als Wäschereimitarbeiterin tätig (Urk. 7/1; Urk. 7/20/2), wobei sie vom 1. März 2008 bis 30. September 2012 in einem Pensum von 56.55 % und vom 1. Oktober 2012 bis 7. Januar 2013 in einem 89%-Pensum arbeitete (Urk. 7/25/2). Ab dem 8. Januar 2013 wurde sie zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (Urk. 7/6/8). Die Versicherte meldete sich unter Hinweis auf eine Psoriasis-Arthritis und Depressionen am 17. Januar 2013 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/1; Urk. 7/3). Das Arbeitsverhältnis wurde auf Ende Januar 2014 aufgelöst (Urk. 7/35/91).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, nahm erwerbliche (Urk. 7/4; Urk. 7/20; Urk. 7/21) und medizinische Abklärungen (Urk. 7/6; Urk. 7/7; Urk. 7/13; Urk. 7/30; Urk. 7/31) vor und holte die Akten des Kranken versicherers, der Helsana Versicherungen AG (Urk. 7/14; Urk. 7/22), und der Pensionskasse, der BVK Personenvorsorge des Kantons Zürich, ein (Urk. 7/25; Urk. 7/27). Sodann liess sie die Versicherte bidisziplinär rheumatologisch und psychiatrisch begutachten (Internistisch-rheumatologisches Gutachten vom 13. August 2014 [Urk. 7/35/1-48] und psychiatrisches Gutachten vom 20. Oktober 2014 [Urk. 7/41]). Am 25. November 2014 schloss die IV-Stelle nach einer Eingliederungsberatung (Urk. 7/53) die Arbeitsvermittlung ab und erklärte, dass Integrationsmassnahmen aufgrund der gesundheitlichen Verfassung der Versicherten derzeit nicht möglich seien (Urk. 7/43). Weiter qualifizier te sie die Versicherte als zu 89 % Erwerbstätige und als zu 11 % im Haushalts bereich Tätige (Urk. 7/49/11).

Gestützt auf ihre Abklärungen stellte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbe scheid 13. Juli 2015 (Urk. 7/52) infolge eines errechneten Invaliditätsgrades von 34 % die Verneinung des Anspruchs auf eine Invalidenrente in Aussicht. Dage gen liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin MLaw Mirja Santschi, am 11. August 2015 einen vorsorglichen (Urk. 7/57) und am 5. Oktober 2015 einen begründeten Einwand (Urk. 7/66) erheben. Mit Letzterem reichte sie drei Arztberichte nach (Urk. 7/63; Urk. 7/64; Urk. 7/65). Unter Stellungnahme zu den Einwänden verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 17. Mai 2016 (Urk. 7/68 = Urk. 2) den Anspruch auf eine Invalidenrente wie angekündigt.

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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).

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 (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fach ärztlich 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. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektiven Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2.1 unter Hinweis auf 127 V 294 E. 4b/cc und 139 V 547 E. 5.2).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7) und ob die allgemeinen rechtlichen Beweiskriterien gemäss BGE 134 V 231 E. 5.1 eingehalten sind (vgl. BGE 141 V 281 E. 10.1.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_195/2015

vom 24. November 2015 E. 3.2.2) .

In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach dieser Entscheidung 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 137 V 210 E. 5 in initio). In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8; Urteil des Bundesgerichts 9C_195/2015 vom 24. November 2015 E. 3.2.3). 1.

E. 2

Hiergegen liess X.____ am 17. Juni 2016 Beschwerde (Urk. 1) erheben mit den Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr eine unbefristete Invalidenrente zu gewähren. Eventuell sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, zur Vervollständigung des Sachverhaltes unverzüglich weitere medizinische Abklärungen über den Gesundheitszustand sowie die Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit vorzunehmen oder zu veranlassen (insbesondere auch arbeitsmedizinische Abklärungen / BEFAS-Gutachten etc.). Subeventualiter sei ihr eine befristete Rente zuzusprechen. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der IV-Stelle (Urk. 1 S. 2). Zusammen mit der Beschwerde liess die Versicherte zwei neue Arztberichte einreichen (Urk. 3/4; Urk. 3/5). Die IV-Stelle beantragte mit Vernehmlassung vom 5. August 2016 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Versicherten am 8. August 2016 zur Kenntnis gebracht

(Urk. 8).

Mit Verfügung vom 25. Oktober 2017 (Urk. 9) setzte das Gericht den Parteien eine Frist zur Stellungnahme, weil die Aktenlage nach einer ersten Durchsicht womöglich anders als durch die Beschwerdegegnerin beurteilt werde. Mit Schreiben 15. November 2017 (Urk. 11) verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine Stellungnahme. Mit Eingabe von 8. Dezember 2017 (Urk. 13) liess die Beschwerdeführerin innert erstreckter Frist Stellung nehmen und einen Arztbericht einreichen (Urk. 14). Mit Schreiben vom 15. Januar 2018 (Urk. 16) verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine Stellungnahme hierzu, was der Beschwerdeführerin zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 17).

Mit Verfügung vom 21. Februar 2018 (Urk. 18) setzte das Gericht den Parteien erneut eine Frist zur Stellungnahme, diesmal ,

um sich zur neuen Depressions rechtsprechung des Bundesgerichts zu äussern, die seit dem 14. Dezember 2017 veröffentlicht war . Am 5. März 2018

liess die Versicherte eine Stellungnahme einreichen und nunmehr eventuell anstelle einer Rückweisung zu weiteren Abklärungen ein Gerichtsgutachten verlangen (Urk. 20). Die IV-Stelle verzichtete am 16. März 2018 auf eine Stellungnahme (Urk. 21). Die Schreiben

wurden den Parteien zur Kenntnis gebracht (Urk. 22).

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

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung gestützt auf die Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 7. November 2014 (Urk. 7/49/8-9) auf den Standpunkt, aufgrund der medizinischen Abklärungen sei die Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen Tätigkeit als Wäschereimitarbeiterin aus somatischer Sicht seit dem 8. Januar 2013 noch zu 30 % und aus psychiatrischer Sicht seit 1. Juli 2013 zu 50 % arbeitsfähig. Eine leidensangepasste Tätigkeit sei ihr aus somatischer Sicht zu 100 % und aus psychiatrischer Sicht noch zu 50 % zumutbar. Daraus schloss die IV-Stelle im Erwerbsbereich aus psychischen Gründen auf eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit. Ausgehend von einer 89%igen Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall errechnete sie im Erwerbsbereich so eine Einschränkung von 38 %. Im Haushaltsbereich verneinte sie eine Einschränkung. Im Ergebnis schloss sie so auf einen Invaliditätsgrad von gerundet 34 %. Unter Bezugnahme auf die Vorbringen der Beschwerdeführerin im Vorbescheidverfahren ergänzte sie, dass eine Haushaltsabklärung, eine Parallelisierung und ein leidensbedingter Abzug beim Einkommensvergleich nicht angezeigt seien (Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin lässt in der Beschwerdeschrift vom 17. Juni 2016 (Urk. 1) vorbringen, sie sei mit dem rheumatologischen Gutachten von Dr. med. Z.____, Fachärztin für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin (vom 13. August 2014 [Urk. 7/35/1-48]), und dem psychiatrischen Gutachten von PD Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (vom 20. Oktober 2014 [Urk. 7/41]), nicht einverstanden. Viel mehr sei auf die Berichte der behandelnden Rheumatologin, Dr. med. B.____, Fachärztin für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, vom 1. Oktober 2015 (Urk. 7/63) und 16. Juni 2016 (Urk. 3/5) sowie den Bericht von Dr. med. C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 13. Juni 2016 (Urk. 3/4) abzustellen. Gestützt auf diese Berichte seien in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % sowohl aus psychiatrischer als auch somatischer Sicht und in einer leidensangepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % aus psychiatrischer Sicht und eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % aus somatischer Sicht ausgewiesen. Deshalb sei ihr eine ganze Invalidenrente auszurichten. Selbst wenn von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ausgegangen würde, sei der Invaliditätsgrad nicht korrekt berechnet worden, da einerseits beim Valideneinkommen keine Parallelisierung und andererseits beim Invalideneinkommen kein Leidensabzug vorgenommen worden sei. Ausserdem leide sie auch im Haushaltsbereich unter erheblichen Einschränkungen, die nicht berücksichtigt worden seien. Deshalb müsse eine Abklärung vor Ort durchgeführt werden. Sofern das Gericht diesen Einschätzungen nicht folge, gelte es festzuhalten, dass die gesundheitliche Situation im Zeitpunkt des Entscheides nicht hinreichend aktuell und die Beschwerdegegnerin damit der Untersuchungspflicht nicht genügend nachgekommen sei. Deshalb sei eventualiter ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben und zudem eine arbeitsmedizinische (BEFAS-) Abklärung vorzunehmen.

3.

E. 3

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. 3.1

Im Zeitpunkt des Erlasses der zu beurteilenden Verfügung vom 17. Mai 2016 präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

Am 7. Januar 2013 litt die Beschwerdeführerin unter derart starken Gelenkschmerzen, dass dies ihr letzter Arbeitstag war (Urk. 7/41/4). Im Arztbericht vom 28. Februar 2013 (Urk. 7/6) hielt Dr. B. ___ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Psoriasis-Arthritis, eine Kalziumpyrophosphatarthropathie und depressive Episoden fest. Bei der Psoriasis-Arthritis würden ein axialer Befall und eine beidseitige Iliosakralgelenk (ISG)-Arthritis vorliegen. Es sei ein peripherer Gelenksbefall vor allem der Hand-, Sprung- und Kniegelenke sowie eine Psoriasis vulgaris festzustellen. Bei der Kalziumpyrophosphatarthropathie sei eine Chondrokalzinose im Bereich beider Kniegelenke mit sekundärer Arthrose vorhanden (Urk. 7/6/7). Als Wäschereiangestellte sei die Beschwerdeführerin seit 8. Januar 2013 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/6/8). Es bestünden Einschränkungen bezüglich der Hände und der Schultern. Daneben bestünden Einschränkungen aufgrund der Chondrokalzinose mit sekundärer Arthrose im Bereich der Kniegelenke, welche ein längeres Stehen erschweren würden. Weiter lägen Einschränkungen wegen der Rücken- und ISG-Beschwerden sowie wegen der Fersen vor. Eine leichte wechselbelastende Tätigkeit, welche die Möglichkeiten zu sitzen beinhalte, sollte theoretisch zu 50 % möglich sein (Urk. 7/6/9).

E. 3.2

Vorerst sind die Indikatoren zum Komplex „Gesundheitsschädigung“ näher zu betrachten. Massgeblich sind demnach die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, der Behandlungs- und Eingliederungserfolg respektive die – resistenz und allfällige Komorbiditäten (BGE 141 V 281 E. 4.3.1).

Aufgrund der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (Urk. 7/41/8-10; vgl. Urk. 7/41/12; vgl. Urk. 7/41/14) sowie der zur Depression bestehenden psychischen (vgl. Urk. 7/41/12) und somatischen Komorbiditäten (vgl. Urk. 7/35/40), welche ressourcenhemmend wirken, bestehen zwar einige Anhaltspunkte für einen erheblichen Schweregrad des Leidens. Allerdings gilt es hinsichtlich des Indikators „Behandlungs- und Eingliederungserfolg respektive - resistenz“ Folgendes festzuhalten: Gestützt auf die Angaben von PD Dr. A. ___ kann die ambulante Behandlung bei lic. phil. G. ___ nicht als erfolgreich bezeichnet werden, weil die Beschwerdeführerin zwischendurch Termine abgesagt hat und weil er eine andere Behandlungsform (teilstationär statt ambulant) für geeigneter hielt (Urk. 7/41/10 ; Urk. 7/41/17) . Aus der erfolglos gebliebenen ambulanten Behandlung, die sich im Falle der Beschwerdeführerin als ungeeignet erwies, kann daher noch nichts für den Schweregrad der Störung abgeleitet werden (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2).

Ferner kann den Angaben der Beschwerdeführerin, wonach die gutachterlich empfohlene stationäre klinische Behandlung an ihrer massiven Angst vor psychisch kranken Menschen gescheitert sei (vgl. Urk. 20 S. 3), nicht Glauben geschenkt werden. Dem Arztbericht von Dr. C.____ (Urk. 3/4), auf den sich diese Aussage der Beschwerdeführerin stützt, lässt sich nicht ein „Scheitern“ einer stationären klinischen Behandlung entnehmen. Vielmehr bestehen aufgrund der Formulierung, sie habe sich noch nicht in einer Tagesklinik behandeln lassen können (vgl. Urk. 3/4 S. 1), Anhaltspunkte dafür, dass eine solche gar noch nicht versucht wurde. Auch wenn die nunmehr behandelnde Psychiaterin Dr. C.____ massive Ängste vor psychisch kranken Menschen als Grund für die Nichtteilnahme an einer stationären klinischen Behandlung anführt (vgl. Urk. 3/4 S. 1), überzeugt dies vor dem Hintergrund der gutachterlich nachvollziehbaren Empfehlung einer stationären klinischen Behandlung (vgl. Urk. 7/41/17) nicht, zumal anhand der Vorbringen nicht ersichtlich ist, weshalb die Beurteilung von Dr. C.____ gegenüber jener des psychiatrischen Gutachters PD Dr. A.____ vorzuziehen wäre. Erfahrungsgemäss sagen behandelnde Ärzte aufgrund ihrer Vertrauensstellung im Zweifelsfalle eher zugunsten ihrer Patienten aus (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc. Demgegenüber erscheint der Sinn der gutachterlich empfohlenen stationären klinischen Behandlung nachvollziehbar dargelegt (vgl. Urk. 7/41/17) und eine solche daher auch als zumutbar. Aus diesem Grund kann nicht von einer Behandlungsresistenz gesprochen werden. Was die Prognose betrifft, hielt PD Dr. A.____ ausserdem fest, dass eine 50%ige Arbeitsfähigkeit nach der Optimierung der medizinischen Massnahmen und Durchführung beruflicher Massnahmen erlangt werden könne, und dass allen falls mit der Zeit auch eine höhere Arbeitsfähigkeit möglich sei (vgl. Urk. 7/41/16). Die Prognose sei günstig (Urk. 7/41/14). Damit ist auch die Limitation des Eingliederungserfolgs nicht ausgewiesen. Daran ändert der Bericht von lic. phil. J.____ vom 15. November 2017 (Urk. 14), die die Beschwerdeführerin als Psychotherapeutin betreut, nichts. Der Bericht schildert die körperlichen und psychischen Symptome der Beschwerdeführerin, die bereits aus den früheren Arztberichten und dem Gutachten bekannt sind, und lässt weder auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustands noch auf eine Behandlungsresistenz schliessen.

Insgesamt stehen im Komplex „Gesundheitsschädigung“ demnach gewichtige Elemente im Raum, die auch gegen einen invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden sprechen. 4.3.3

Was die Komplexe „Persönlichkeit“ und „sozialer Kontext“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 und 4.3.3) anbelangt, so scheinen sich die positiven (Urk. 7/41/14) und die negativen (vgl. Urk. 7/41/12) Auswirkungen auf das Leistungsvermögen sowie die Indizien für einen teilweisen sozialen Rückzug einerseits (Urk. 7/41/7) und mobilisierende Ressourcen wie Familien- und Eheleben (vgl. Urk. 7/41/6-7) beziehungsweise Freundes- und Verwandtenkreis andererseits (vgl. Urk. 7/41/13) etwa die Waage zu halten. 4.3.4

In der Kategorie „Konsistenz“ ist in Bezug auf die Einschränkung des Aktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1) zwar grundsätzlich keine Ungleichmässigkeit ersichtlich. PD Dr. A.____ erkannte keine vollständige Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen, sondern eine Einschränkung von 50%. Die Schilderungen zum Tagesablauf (ausserhalb der Schmerzkrisen) und zum Sozialen würden mit der attestierten Restarbeitsfähigkeit grundsätzlich im Einklang stehen. So kann die Beschwerdeführerin täglich kleinere Einkäufe erledigen (vgl. Urk. 7/41/7). Der begutachtende Psychiater hielt letztlich die Angaben und das Verhalten der Versicherten für

authentisch wirkend und affektiv leidend. Es seien keine Verdeutlichungstendenzen oder dergleichen feststellbar (vgl. Urk. 7/41/17). Anhaltspunkte für ein inkonsistentes Verhalten bestehen insofern keine.

Was jedoch den behandlungs- und eingliederungsanamnestic ausgewiesenen Leidensdruck (BGE 141 V 281 E. 4.4.2) angeht, ist nicht von der Hand zu weisen, dass die psychiatrische Therapie ausbaufähig ist, weil die Beschwerdeführerin offenbar immer wieder Behandlungstermine absagte, und deshalb zur Gewährleistung der notwendigen Intensität der Behandlung eine teilstationäre Behandlung empfohlen wurde (Urk. 7/41/17). Wie oben beschrieben (vgl. vorne E. 4. 3.2), ist nicht ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin die gutachterlich empfohlene tagesklinische Behandlung (vgl. Urk. 7/41/17) aufgenommen hat, obwohl ihr diese überwiegend wahrscheinlich zumutbar gewesen wäre. Daraus erhellt, dass von einer unzureichenden Inanspruchnahme von Therapien und einer diesbezüglich mangelnden Kooperation ausgegangen werden muss, und damit ein erheblicher Leidensdruck nicht ausgewiesen ist. Hinweise für eine mangelnde Compliance aufgrund einer Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht bestehen keine.

4.3.5

Insgesamt fehlt es aufgrund der fehlenden Behandlungsresistenz und der empfohlenen Therapiekonsequenz am Nachweis, dass die geltend gemachte Einschränkung durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung begründet ist. Gemäss dem Grundsatz Eingliederung vor Rente erscheint es trotz mittelgradiger Depression und allfälliger PTBS nicht sachgerecht, eine rechtlich relevante Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit anzuerkennen. Die Überwindung zu einer konsequenten und gutachterlich für zumutbar erklärten Therapie ist schlichtweg essentiell, um einen Rentenanspruch der Invalidenversicherung erfolgreich geltend machen zu können. Daraus folgt, dass weder auf die gutachterlichen Einschätzungen der Arbeitsunfähigkeit von 50 % noch auf die behauptete Arbeitsunfähigkeit von 100 % (vgl. Urk. 3/4) abgestellt werden kann.

4.4

Im Ergebnis bedeutet dies, dass die Beschwerdeführerin aus juristischer Sicht nicht als arbeitsunfähig zu gelten hat. Es ist von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen. Somatische und psychische Einschränkungen sind im Rahmen der nachfolgenden Invaliditätsbemessung zu berücksichtigen.

5.

5.1

5.1.1

Da die Beschwerdeführerin nur noch in einer leidensangepassten Tätigkeit arbeitsfähig ist, ist ein Einkommensvergleich vorzunehmen. Die Beschwerdeführerin hat die Beschwerdeführerin zu Recht als Teilerwerbstätige qualifiziert, da sie in der Anmeldung zum Leistungsbezug einen Teilerwerbstätigkeitsgrad von 89 % angegeben hatte und keine Anhaltspunkte für die Annahme bestehen, dass sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung nicht weiterhin in diesem Pensum tätig gewesen wäre. Etwas Anderes wird denn auch im Beschwerdeverfahren nicht geltend gemacht.

5.1.2

Am 1. Januar 2018 sind die geänderten Bestimmungen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 1. Dezember 2017 in Kraft getreten. Mit dieser Änderung wurde für die Festlegung des Invaliditätsgrades von teilerwerbstätigen Versicherten nach der gemischten Methode (Art. 28a Abs. 3 IVG) in Art. 27 bis Absatz 2 – 4 IVV ein neues Berechnungsmodell eingeführt.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die galten, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 130 V 445 E. 1.2.1, 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen).

Die angefochtene Verfügung ist am 17. Mai 2016 (Urk. 2) und somit vor dem Inkrafttreten der Verordnungsänderung am 1. Januar 2018 ergangen, weshalb die revidierten Bestimmungen noch nicht zur Anwendung gelangen. Nachfolgend wird daher auf das bisherige Recht und die dazu ergangene Rechtsprechung Bezug genommen. 5.1.3

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen), worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. Danach wird darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen. Sodann sind der Anteil der Erwerbstätigkeit 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). Die Gesamtinvalidität ergibt sich aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten (BGE 130 V 393 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9. 5.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 135 V 58 E. 3.1; 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweisen). Die Beschwerdeführerin hat das Valideneinkommen gestützt auf das von der Beschwerdeführerin tatsächlich erzielte Einkommen und angepasst an die Nominallohnentwicklung auf Fr. 42'022.10 bei einem Arbeitspensum von 89 % festgesetzt (Urk. 7/48/1, vgl. auch Urk. 7/20/2 und Urk. 7/21/2). Die Beschwerdeführerin rügt, die IV-Stelle habe zu Unrecht keine Parallelisierung vorgenommen (Urk. 1 S. 3). Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung bei der Invaliditätsbemessung Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte. In diesem Falle kann entweder auf Seiten des Valideneinkommens eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder aber auf Seiten des

Invalide Einkommens eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes erfolgen (Parallelisierung der Einkommen). Diese Rechtsprechung will sicherstellen, dass die beiden Vergleichseinkommen auf gleichen Grundlagen ermittelt werden; sie ist aber nicht so zu verstehen, dass allen Invaliditätsfremden (namentlich auch wirtschaftlichen) Aspekten, die zu einem unterdurchschnittlichen Valideneinkommen geführt haben, ohne Weiteres durch Aufrechnung auf ein durchschnittliches Einkommen Rechnung zu tragen wäre. Die Grundüberlegung, auf der die genannte Rechtsprechung beruht, ist die Folgende: Wenn eine versicherte Person in derjenigen Tätigkeit, die sie als Gesunde ausgeführt hat, einen deutlich unterdurchschnittlichen Lohn erzielt, weil ihre persönlichen Eigenschaften die Erzielung eines Durchschnittslohnes verunmöglichen, dann ist nicht anzunehmen, dass sie mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung behaftet einen (anteilmässigen) durchschnittlichen Lohn erzielen könnte. Die Parallelisierung der Einkommen trägt somit dem Umstand Rechnung, dass die versicherte Person als Invalide realistisch nicht den Tabellenlohn erzielen kann, weshalb ein entsprechend tieferes Invalideneinkommen anzunehmen ist. Kann tatsächlich oder zumutbarerweise ein durchschnittliches Invalideneinkommen erzielt werden, dann besteht kein Grund, ein aus wirtschaftlichen Gründen unterdurchschnittliches Valideneinkommen auf ein durchschnittliches hochzurechnen (BGE 135 V 58 E. 3.1 und 3.4.3 mit Hinweisen). Die Beschwerdeführerin ist gelernte Elektrolaborantin (Urk. 7/41/3). Sie lebt seit 1993 in der Schweiz und besitzt seit März 2008 das Schweizer Bürgerrecht. Vor ihrer Tätigkeit in der Zentralwäscherei war sie in verschiedenen Haushaltungen als Hauswirtschafterin tätig; zudem beherrscht sie die deutsche Sprache (Urk. 7/41/3). Es bestehen daher keine Anhaltspunkte für die Annahme, dass sie aufgrund ihrer persönlichen Eigenschaften (Ausbildung, Sprachkenntnisse, Bürgerrecht) nur ein Invalideneinkommen erzielen kann, das unter dem Tabellenlohn gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) liegt. Damit liegt kein Grund für eine Parallelisierung von Validen- und Invalideneinkommen vor, unabhängig davon, ob das in der Zentralwäscherei tatsächlich erzielte Einkommen einem durchschnittlichen Einkommen entsprach oder nicht.

Es ist deshalb vom Valideneinkommen von Fr. 42'022.10 bei einem Arbeitspensum von 89 % auszugehen. 5.3

Die Beschwerdegegnerin hat das Invalideneinkommen richtigerweise gestützt auf die LSE 2012, Tabelle TA1 S. 34, Kompetenzniveau 1 für Frauen, ermittelt und angepasst an die Lohnerhöhung für das Jahr 2014 auf Fr. 52'163.80 bei einem 100%igen Arbeitspensum festgesetzt (Urk. 7/48/2). Der Beschwerdeführerin ist nach dem in Erwägung 4.4 Gesagten ein volles Pensum beziehungsweise ein Pensum von 89 % wie vor Eintritt des Gesundheitsschadens zumutbar, was zu einem Invalideneinkommen von Fr. 46'425.80 (89 % von Fr. 52'163.80) führt.

Zu prüfen bleibt, ob beim Invalideneinkommen antragsgemäss ein Leidensabzug vorzunehmen ist, da die vorhandenen Limitierungen nicht mit einer graduellen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt werden.

Mit dem sogenannten Leidensabzug soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre

gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75).

Aus dem rheumatologischen Gutachten von Dr. Z.____ ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin durch die Psoriasis-Arthritis und die Einschränkungen im Bereich der HWS und der Knie limitiert ist. Tätigkeiten in Nässe, Kälte und unter Temperaturschwankungen sind zu meiden. Von Arbeiten, bei denen das Besteigen von Leitern und Gerüsten vorgesehen ist, die kauend, kniend oder in bedingt stehender Position ausgeübt werden, ist abzusehen. Das Gehen in unebenem Gelände, längeres Abwärtsgehen oder Hinunterspringen gilt es zu vermeiden. Wechselbelastende Tätigkeiten und im Sitzen zu verrichtende Tätigkeiten ohne Zwangshaltung für das betroffene Bein sind grundsätzlich möglich. Überkopfarbeiten sowie Vibrationen sind aufgrund der HWS-Probleme ebenfalls zu vermeiden. Das Gleiche gilt für längeres Verharren in vornüber geneigter Haltung, ob stehend oder sitzend. Ebenso sind unerwartete, asymmetrische Lasteinwirkungen auszuschliessen. Es können Lasten bis zu 7.5 kg gehoben oder getragen werden (sehr leichtes bis leichtes Belastungsniveau; Urk. 7/35/44). Ebenso ist aufgrund des psychischen Leidens eine reduzierte psychische Belastbarkeit vorhanden (vgl. Urk. 7/41/15), so dass ein Arbeitsumfeld mit wenig Druck erforderlich ist. Es braucht angenehme Umgangsformen ohne Vorwürfe und Hektik (Urk. 7/41/18). Da somit aufgrund dieses Belastungsprofils somatische und psychische Limitierungen vorliegen, die nicht in einer graduellen Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt werden, rechtfertigt sich ein maximaler Leistungsabzug von 25 %. Daraus resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 34'819.35.

Im Erwerbsbereich ergibt sich damit ein Teilinvaliditätsgrad von 25 %. 5.4

Die Durchführung eines Haushaltsabklärungsberichts zur Klärung einer allfälligen Einschränkung im Haushaltsbereich erscheint angesichts dieser Umstände nicht notwendig. Zwar stellt die von einer qualifizierten Person durchgeführte Abklärung vor Ort (nach Massgabe des Art. 69 Abs. 2 IVV; vgl. auch Rz 3084 ff. des Kreisschreibens des BSV über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH]) für gewöhnlich die geeignete und genügende Vorkehrung zur Bestimmung der gesundheitlichen Einschränkung im Haushalt dar (Urteil des Bundesgerichts 9C_201/2011 vom 5. September 2011 E. 2, in: SVR 2012 IV Nr. 19 S. 86). Wenn aber wie hier selbst eine 100%ige Einschränkung im Haushaltsbereich – die ohnehin nicht zu gewähren wäre – nicht zu einer Invalidenrente führen würde, kann davon abgesehen werden. Eine 100%ige Einschränkung im Haushaltsbereich würde zu einem Teilinvaliditätsgrad von 11 % (1×0.11) führen. Zusammen mit dem Teilinvaliditätsgrad im Erwerbsbereich würde sich lediglich ein rentenausschliessender Gesamtinvaliditätsgrad von 36 % ($25 \% + 11 \%$)

ergeben. Letztlich ist gestützt auf den eigens durch die Beschwerdeführerin eingereichten Bericht der Rheumatologin Dr. B.____ vom 1. Oktober 2015 (Urk. 7/63) eine hochgradige Einschränkung im Haushaltsbereich ohnehin nicht überwiegend wahrscheinlich, wird in diesem Bericht doch dargelegt, dass Haushaltstätigkeiten in kleinen Etappen durchgeführt werden können und dass zwar Staubsaugen bei chronischen Rückenbeschwerden eher ungünstig sei, jedoch bei genügend Pausen praktisch alle Tätigkeiten möglich sein sollten (vgl. Urk. 7/63/2). Daraus folgt, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht von einer Haushaltsabklärung abgesehen hat. 5.5

Nach dem Gesagten ist insgesamt von einer Gesamtinvalidität von 25 % auszu gehen (25 % im Erwerbsbereich + 0 % im Haushaltsbereich). 6.

Bei dieser Sach- und Rechtslage kann von weiteren medizinischen Abklärungen abgesehen werden, da eine zusätzliche nachträgliche Abklärung keine präzisen Angaben liefern könnte, und die Sachlage für die rechtliche Beurteilung ausreicht.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass nach einer Indikatorenprüfung eine graduelle Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit nicht ausgewiesen ist. Die Beschwerdegegnerin hat demnach den Anspruch auf eine Invalidenrente im Ergebnis zu Recht verneint. Die Verfügung ist zu bestätigen und die Beschwerde abzuweisen. 7.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Ausgangsgemäss sind sie im Betrag von Fr. 800.-- der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 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: - Fortuna Rechtsschutz-Versicherungs-Gesellschaft - 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
Die Vorsitzende
Der Gerichtsschreiber
Grünig
Stuedler

E. 3.3

Im psychiatrischen Gutachten vom 10. Juli 2013 (Urk. 7/27) berichtete Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Vertrauensarzt der BVK Personenvorsorge des Kantons Zürich, von folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Rezidivierende, deutlich angstgetönte depressive Störung mittleren Grades (ICD-10 F33.1) im Zusammenhang mit Schwierigkeiten am Arbeitsplatz (ICD-10 Z56) und Schwie

rigkeiten durch negative Kindheitserlebnisse (ICD-10 Z61.4: Probleme mit Bezug auf den vermuteten sexuellen Missbrauch eines Kindes durch eine Person innerhalb des engeren Familienkreises; ICD-10 Z61.7: Persönliches angsterregendes Erlebnis in der Kindheit).

Unter dem Titel „psychiatrische Beurteilung“ führte Dr. E. ___ aus, die Stimmung der Beschwerdeführerin sei bedrückt. Sie sei geknickt, sobald die Kindheit, vielmehr aber noch die Arbeitsplatzsituation zur Sprache komme. Es gebe dann heftige Reaktionen mit dramatischer Erregung, Hyperventilation und Verzweiflung. Sie fühle sich gekränkt, verletzt, ungerecht behandelt, und sie habe diese Sache in keiner Art und Weise überwunden. Die Aufmerksamkeit und Konzentration seien zwar klinisch eingeschränkt, die übrigen psychischen Grundfunktionen jedoch nicht grob gestört. Die Beschwerdeführerin leide unter Verfolgungsträumen in der Nacht, wobei darin jedoch weder der Arbeitsplatz noch Kindheitserinnerungen eine Rolle spielten. Sie habe am Morgen oft Nackenverspannungen, sei schlechter Stimmung, verspüre Nervosität und habe Angst, verrückt zu werden. Sie berichte, im Verlauf des Tages sei die Stimmung wechselnd. Oft folge auf ein Morgentief eine Besserung am Nachmittag. Die Konzentration sei dann immer noch sehr schlecht und sie fühle sich erschöpft. Der Appetit sei wechselhaft und sie zeige Rückzugsverhalten. Die ganze Symptomatik entspreche einer mittelgradig depressiven, deutlich angstgetönten Depression, ausgelöst durch sehr schwierige Verhältnisse am Arbeitsplatz und basierend auf dem Hintergrund traumatischer Erfahrungen in der Jugendzeit, wie z.B. ein Vergewaltigungsversuch des Vaters und die ständige Angst vor dessen irrationalen Wutausbrüchen (Urk. 7/27/7).

Gemäss Dr. E. ___ schränken die Symptome der Depression im Einzelnen die erhebliche Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit, der Konzentrationsfähigkeit und der Konzentrationsdauer, die erhebliche Stimmungslabilität, die Erschöpfbarkeit, die Verängstigung und die Angstbereitschaft – die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz weiterhin zu 100 % ein. Er hielt fest, daran werde sich bezüglich des bisherigen Arbeitsplatzes in absehbarer Zeit nichts mehr ändern. Es sei eine rasche Auflösung des Arbeitsverhältnisses anzustreben. Weiter sei aktuell die depressive Symptomatik noch derart ausgeprägt, dass auch an einem anderen Arbeitsort in vergleichbarer Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit gegeben sei. Grundsätzlich sei aber davon auszugehen, dass an einem anderen, vergleichbaren Arbeitsort mit günstigerem Arbeitsklima und nach rheumatologischen Gesichtspunkten angepasst an die Beschwerden, die durch die Psoriasis-Arthritis verursacht werden – zumindest wieder eine Teilarbeitsfähigkeit erreicht werden könne. Ein zeitlicher Verlauf könne derzeit jedoch noch nicht angegeben werden (Urk. 7/27/8).

Dr. E. ___ führte letztlich in seiner Stellungnahme zu den Vorakten an, dass er die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung im Gegensatz zur Privatklinik D. ___ (Urk. 7/13), welche die Diagnose posttraumatische Belastungsstörung ohne genaue Begründung stelle nicht als richtig erachte. Denn es handle sich bei der dramatischen Erregung, die ausgelöst werde, wenn Erinnerungen zur Sprache kämen, nicht um ein intrusives Erleben, das sich aufdränge. Es würden in den Träumen auch keine Flashbacks vorkommen. Deshalb sehe er die ungünstigen Jugenderinnerungen lediglich als zusätzlichen Belastungsfaktor (Urk. 7/27/9). 3. 4

Am 29. August 2013 erhob Dr. med. F. ___ , Fachärztin für Allgemeine Medizin, Vertrauensärztin der BVK, in ihrem Gutachten (Urk. 7/25) im Wesentlichen dieselben somatischen Diagnosen (Urk. 7/25/6) wie die Rheumatologin Dr. B. ___ am 26. Februar

2013 (Urk. 7/6). Dr. F. ___ konstatierte, dass bei der Beschwerdeführerin bereits im Jahr 2008 die Diagnose einer Psoriasis-Arthritis gestellt worden sei. Danach sei eine adäquate medikamentöse Therapie eingeleitet worden. Trotz der eingesetzten Medikamente habe sich eine Persistenz der Gelenksbeschwerden gezeigt. Diese seien belastungsabhängig verstärkt aufgetreten. Aufgrund der Beschwerden sei es zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit gekommen. Es seien gewisse Anpassungen am Arbeitsplatz erfolgt, da gewisse Maschinen nicht mehr bedient hätten werden können. Diese Anpassungen hätten aber auf Dauer nicht genügt. Nach Erhöhung des Arbeitspensums habe die Beschwerdeführerin aufgrund einer Beschwerdeexacerbation und einer psychischen Krankheitsproblematik krankgeschrieben werden müssen. Aus somatischer beziehungsweise rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Sie sei als 100 % berufsunfähig einzustufen. In einer behinderungsadaptierten Tätigkeit, die körperlich leicht sei, kein Heben von Gewichten über 10 kg beinhalte, wechselnde Lasten und nicht handlastig sei sowie ohne Einnahme von Zwangshaltungen, ohne rezidivierendes Bücken beziehungsweise Knien, ohne wiederholtes Treppen- beziehungsweise Leiternsteigen ausgeübt werden könne, sei die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht ab sofort zu 100 % arbeitsfähig einzustufen (Urk. 7/25/7-8). Weiter fügte Dr. F. ___ an, dass die damalige Erhöhung des Arbeitspensums nicht vertretbar gewesen sei, da die Beschwerdeführerin bereits bei einem Pensum von 56.55 % über ausgeprägte Gelenkschmerzen geklagt habe. Die Erhöhung des Arbeitspensums habe zu einer Krankschreibung und Exacerbation der Beschwerden führen müssen (Urk. 7/25/9). 3. 5

Im internistisch-rheumatologischen

Gutachten vom 13. August 2014 (Urk. 7/3 5/1-48) nannte Dr. Z. ___ folgende rheumatologischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Psoriasis vulgaris (Erstdiagnose etwa 1997) mit o Psoriasis-Arthritis (Erstdiagnose im Oktober 2008) in - voller Remission unter Basistherapie Humira ab Juli 2010 und Leflunomid ab Juni 2012 mit axialem Befall der ISG (rechts Grad 3 und links Grad 1), aktuell ohne entzündliche Aktivität gemäss Single Photon Emission Computed

Tomography (SPECT) und Szintigraphie im Juli 2014. Zudem möglicher peripherer Befall, aber aktuell kein Nachweis von Synovitiden und ohne erosive Veränderungen der Hände und Füße und ohne entzündliche Aktivität nach Szintigraphie und Röntgen im Juli 2014. - Verminderte Belastbarkeit und Beschwerden der Halswirbelsäule (HWS) bei o leichten multisegmentalen degenerativen Veränderungen und Diskusprotrusion C6/C7 links mit wahrscheinlichem Kontakt zur Nervenwurzel C7 links (Magnetresonanztomographie [MRI] im April 2014) ohne Kompression - szintigraphisch ohne vermehrte Aktivität im Juli 2014 - Verminderte Belastbarkeit und Beschwerden beider Knie bei o Chondrokalzinose beider Knie mit diskreter Pannarthrose links mehr als rechts mit leichter Aktivierung links (Szintigraphie im Juli 2014). Dr. Z. ___ führte unter dem Titel „rheumatologische Beurteilung“ an, dass bei der Beschwerdeführerin im Oktober 2008 eine Psoriasis-Arthritis diagnostiziert worden sei. Ab Juli 2012 habe sie als Basistherapie den Tumornekrosefaktor (TNF)-Hemmer und ab Juni 2012 zusätzlich Leflunomid erhalten. Dadurch hätten sich sowohl ihre Hautläsionen wie auch die Arthritiden gebessert. Im April 2014 seien leichte multisegmentale degenerative Veränderungen der HWS ohne Kompression neuraler Strukturen festgestellt worden. Die Beschwerdeführerin klagt nun über Schmerzen im ganzen Körper, vor allem im Nacken. Weiter sei keine Psoriasis vulgaris vorhanden. Der

Gang sei normal. Es sei eine leichte s-förmige Skoliose sichtbar, wobei das Lot von C7 nicht von der Normallage abweiche. Alle drei Wirbelsäulenabschnitte (HWS, Brustwirbelsäule [BWS] und Lendenwirbelsäule [LWS]) seien normal beweglich. Radikuläre Zeichen seien nicht vorhanden. Der Lasègue sei beidseits normal. Alle grossen peripheren Gelenke seien normal beweglich. Gelenkergüsse, Synovitiden oder überwärmte Gelenke seien nicht vorhanden. Beide Hände wie auch beide Füße würden keine Deviationen und Synovitiden oder überwärmte Gelenke aufweisen. Die Bioimpedanz-Analyse zeige eine erfreulich kräftige Muskelmasse von 47 %, welche trotz des Übergewichts den Normwert von 40 % deutlich übertreffe. Eine lang andauernde körperliche Schonung könne daraus nicht abgeleitet werden. Die MRI-Untersuchung der HWS vom April 2014 zeige detailliert beschriebene Befunde. Diese seien keinesfalls gravierend. Die Röntgenuntersuchung beider Hände und Füße im Juli 2014 würden keine entzündlichen oder degenerativen Veränderungen zeigen. Szintigraphisch bestehe wie bereits seit Oktober 2008 auch im Juli 2014 keine Aktivierung im Bereich der Hände und Füße. Die Röntgenuntersuchung beider Knie im Juli 2014 zeige die bekannte Chondrokalzinose sowie eine diskrete Patelloarthrose links mehr als rechts. Szintigraphisch bestehe eine leichte Aktivierung im linken, jedoch nicht im rechten Knie. In der Szintigraphie mit SPECT der LWS und des Beckens vom Juli 2014 sei eine mässige vermehrte Aktivität im Segment L5/S1 rechts erkennbar, jedoch keine vermehrte Aktivität im Bereich beider ISG und der Facettengelenke. Zusammenfassend seien die bildgebenden Befunde alle wenig gravierend (Urk. 7/35/41). Bei der Beschwerdeführerin sei eine Psoriasis-Arthritis vorhanden, die unter der aktuellen Basistherapie in voller Remission sei. Dennoch habe die Psoriasis-Arthritis Auswirkungen auf ihre Leistungsfähigkeit. Ausserdem bestünden strukturelle Veränderungen der HWS und beider Knie, die ihre Leistungsfähigkeit einschränkten. Letztlich sei aufgefallen, dass der Handeinsatz der Beschwerdeführerin bei der Untersuchung normal gewesen sei. Sie sei mit einer mittelgrossen Handtasche sowie einem Plastiksack voll medizinischer Unterlagen gekommen, die sie problemlos gehandhabt habe. Diskrepanz dazu sei die gezeigte maximale Handkraft von rechts 7 % und links 12 % der Norm. Bei klinisch und radiologisch völlig unversehrten Händen und ohne szintigraphische Aktivierung im Bereich der Hände gebe es keine Ursache für eine derart verminderte Handkraft beidseits. Hier bestehe sicher eine Selbstlimitierung (Urk. 7/35/42). Bezüglich der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit führte die Gutachterin Dr. Z. ___ aus, dass die Beschwerdeführerin seit dem 8. Januar 2013 zu 100 % arbeitsunfähig sei (Urk. 7/35/45). Sie sei durch die Psoriasis-Arthritis und die Einschränkungen im Bereich der HWS und beider Knie limitiert, was sich gemäss Empfehlungen der Swiss Insurance Medicine wie folgt auswirke: Hinsichtlich der rheumatoiden Arthritis (Chronische Polyarthritiden) würden sich je nach Lokalisation und Schweregrad der Erkrankung unterschiedliche Einschränkungsmuster ergeben. Generell seien Tätigkeiten in Nässe, Kälte und unter Temperaturschwankungen zu meiden. Hinsichtlich der Kniegelenke stehe fest, dass sich aus Gonarthrosen mit Gelenkinstabilität Einschränkungen für das Besteigen von Leitern und Gerüsten, für das Arbeiten in kauender, kniender oder (bedingt) stehender Position sowie für das Gehen in unebenem Gelände, für längeres Abwärtsgehen und für das Hinunterspringen ergeben könnten. Meist bestünden keine Einschränkungen für wechselbelastende Tätigkeiten und für im Sitzen zu verrichtende Tätigkeiten ohne Zwangshaltung für das betroffene Bein. Hinsichtlich der Einschränkungen der HWS seien Überkopparbeiten sowie Vibrationen zu meiden. Das längere Verharren in vornüber geneigter Haltung – ob stehend oder sitzend – sei zu

vermeiden. Eher günstig seien wechsel belastende Tätigkeiten. Insgesamt könne die Beschwerdeführerin Lasten bis zu 7.5 kg heben oder tragen, was einem sehr leichten bis leichten Belastungsniveau gleichkomme. Tätigkeiten, die dem hier beschriebenen Profil entsprechen würden, könne die Beschwerdeführerin bezogen auf ein Pensum von 100 % zu 100 % ausüben (Urk. 7/35/44). In einer leidensangepassten Tätigkeit habe aus somatischer Sicht nie eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden (Urk. 7/35/45).

E. 3.6

Am 20. Oktober 2014 bestätigte PD Dr. A. ___ in einem 23-seitigen psychiatrischen Gutachten (Urk. 7/41) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) und eine rezidivierende mittelschwere depressive Störung (ICD-10 F33.1). Ausserdem führte er eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F 41.1) an (Urk. 7/41/11).

Der begutachtende Psychiater erklärte, die Beschwerdeführerin sei psychisch vorbelastet, da sie als Adoleszente durch ihren Vater mehrere Jahre lang tägliche Gewalt, teilweise auch sexuelle Missbrauchserfahrungen erlebt habe. Nachdem ihr Vater 1978 nach einer sechsjährigen, politisch begründeten Gefängnisstrafe frei gelassen worden sei, sei er total verändert in die Familie zurückgekehrt; er sei dann äusserst aggressiv und unberechenbar gewesen. Die Schilderungen der Beschwerdeführerin zu diesen Erfahrungen während der Adoleszenz seien eindrücklich und würden darauf hinweisen, dass sie damals eine schwere psychische Traumatisierung erlebt und im Rahmen derselben eine erhebliche Fragilisierung ihrer innerpsychischen Struktur erfahren habe. Es sei von zentraler Bedeutung, diese innerpsychische Fragilisierung bereits an dieser Stelle hervorzuheben, weil sie die psychische Fehlentwicklung der Beschwerdeführerin, insbesondere die depressiven Symptome wie auch die Angststörung zu erklären vermöchten. Eindrücklich sei auch das Verhalten der Beschwerdeführerin gewesen, als sie über diese frühen Gewalt- und Missbrauchserfahrungen gesprochen habe, nämlich dass sie beim Sprechen ins Stocken geraten und kurzatmig geworden sei, psychomotorisch äusserst agitiert gewesen sei und das Fenster im Sprechstundenzimmer weit habe öffnen müssen. Sie habe also eine erhebliche psychovegetative Begleitreaktion gezeigt, und im Rahmen dieses Verhaltens sei ein deutliches Vermeidungsverhalten ersichtlich geworden. Dass die Beschwerdeführerin mitgeteilt habe, sie habe in ihrer Adoleszenz über Jahre hinweg täglich Todesängste vor ihrem Vater haben müssen, untermaure, dass hier der geforderte „Stressor“ vorliege, um überhaupt die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) diskutieren zu können. Nebst dem Vermeidungsverhalten und dem deutlich erhöhten Erregungsniveau berichte die Beschwerdeführerin über Albträume und Intrusionen im Sinne von Flashbacks, die zwar im Vergleich zu früher seltener vorkommen würden, aber alleine durch den Umstand, dass sie noch vorhanden seien, die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung untermauern würden. Einzig Symptome der Dissoziation würden fehlen. Es seien aber die meisten Kardinalkriterien für eine PTBS erfüllt, was angesichts der Angaben der Beschwerdeführerin zu ihren früheren traumatisierenden Erfahrungen nicht erstaune. Eine eigentliche komplexe PTBS sei jedoch eher auszuschliessen. Denn im Gegensatz zur PTBS, wo Traumata des sogenannten Typus I vorliegen würden, würden bei der komplexen PTBS anhaltende oftmals emotionale Traumatisierungen innerhalb von Beziehungen zu wichtigen, häufig primären Bezugspersonen vorkommen, wobei die entsprechenden Patienten dann viel mehr ein anhaltendes Gefühl der Entfremdung erleben, eine misstrauische Haltung anderer Menschen gegenüber einnehmen und einen Verlust des

sozialen Bezugs erleiden würden (Urk. 7/41/12).

Gemäss PD Dr. A. ___ kam die Entwicklung der Psoriasis-Arthritis im Oktober 2008 nicht mit einer blanden prämorbid innerpsychischen Struktur, sondern mit einer erheblich fragilisierten innerpsychischen Struktur zusammen. Daher erstaune es keineswegs, dass die somatische Erkrankung unterdessen zu einer anhaltenden psychischen Dekompensation geführt habe. Es sei nicht zu vergessen, dass die Beschwerdeführerin bereits als Adoleszente immer wieder depressive Episoden erlebt habe, auch nach der Einreise in die Schweiz längere Zeit in ambulante psychologische Behandlung gestanden sei und schon längere Zeit bei Frau Lic. phil. G. ___, Fachpsychologin für Psychotherapie, in ambulante psychotherapeutische Behandlung stehe. Solange die Beschwerdeführerin sich auf ihre Körperkraft verlassen können, hätten trauma-assoziierte Phänomene wie Alpträume, Intrusionen oder Vermeidungsverhalten „gebunden“ beziehungsweise „in Schach gehalten“ werden können. Dies sei ein sehr häufig zu beobachtendes Phänomen, dass auch bei schwersttraumatisierten Patienten trauma-assoziierte Phänomene lange Zeit klinisch wenig Relevanz hätten, solange die entsprechenden Patienten einer alltäglichen Tätigkeit nachgehen und wie oben formuliert diese Phänomene „binden“ könnten. Mit Einsetzen der somatischen Beschwerden im Rahmen der Psoriasis-Arthritis habe dieses von Beginn weg labile Gleichgewicht zu kippen begonnen (Urk. 7/41/13).

PD Dr. A. ___ erklärte ferner, in der hiesigen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin subjektive Beschwerden geschildert, die sehr gut die Kardinalkriterien gemäss ICD-10 für eine depressive Episode erfüllen würden (Urk. 7/41/13). Der objektive Untersuchungsbefund habe im Gesichtsausdruck eine mittelgradig ausgeprägte Müdigkeit und immer wieder auch eine Depressivität gezeigt, nicht aber eine Avitalität. Psychomotorisch habe sie immer wieder längere Momente einer deutlichen Agitation gezeigt, und zwar dann, wenn sie über ihre frühen Lebenserfahrungen berichtet habe. Mimik und Gestik hätten während der Untersuchung fluktuiert; manchmal habe diese keinerlei, manchmal deutlichere Einschränkungen gezeigt (Urk. 7/41/8-9). Im formalen Denken habe die Beschwerdeführerin eine deutliche Einengung um ihre körperliche Beeinträchtigung, aber auch um ihre depressive Stimmungslage gezeigt. Die Grundstimmung habe in den ersten Minuten euthym imponiert. Bald sei aber klargeworden, dass hinter dieser anfänglichen „Fassade“ eine Depressivität stehe, die vor allem dann, als die Beschwerdeführerin über ihre frühen traumatisierenden Erfahrungen und die Konflikte am letzten Arbeitsplatz berichtet habe, sehr deutlich geworden seien. In diesen Momenten habe sie authentisch verzweifelt, hilf- und ratlos und insgesamt mittelgradig depressiv gewirkt. Es habe dann aber wieder Momente gegeben, in denen sie etwas weniger depressiv gewirkt habe. Eine euthyme Stimmungslage habe sie während der Untersuchungsdauer aber nicht mehr erreicht. Ausserdem habe sie eine gewisse Affektverarmung, nicht aber eine Affektverflachung oder gar Affektstarre gezeigt. Immer wieder sei eine erhebliche Affektlabilität aufgefallen, nämlich beim Ansprechen der negativen Lebenserfahrungen (Urk. 7/41/10).

Zur Stellung der Diagnose einer schweren depressiven Episode wäre zu erwarten gewesen, dass die Beschwerdeführerin über noch ausgeprägtere subjektive Einschränkungen und Beeinträchtigungen berichtet hätte (Urk. 7/41/13). Sie habe nicht eine anhaltende Freudlosigkeit beschrieben. Vielmehr habe sie von wenigen Aktivitäten erzählt, denen sie mit viel Freude nachgehe. Ebenso könne sie einige Therapien aufsuchen und im Haushalt ein paar Tätigkeiten ausüben. Sie pflege zudem Kontakte zu ihren Geschwistern und

wenige soziale Kontakte noch zu Kolleginnen. Auch im objektiven Psychostatus habe die Beschwerdeführerin zu keinem Zeitpunkt eine schwere depressive Symptomatik gezeigt. Es sei eine sehr gute Kongruenz zwischen den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin und den objektiven Untersuchungsbefunden gegeben, so dass festgestellt werden könne, dass hier eine mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung vorliege. An dieser Stelle sei auch zu erwähnen, dass zu keinem Zeitpunkt Hinweise für eine Verdeutlichungstendenz, eine Aggravation oder eine Begehrlichkeit bestanden hätten. Die Beschwerde führerin wirke jederzeit authentisch und affektiv leidend (Urk. 7/41/14).

Was die generalisierte Angststörung betreffe, so sei diese klar eine Sekundärfolge der zugrundeliegenden traumatisierten und früh fragilisierten innerpsychischen Struktur. Sie habe sich im Rahmen der depressiven Entwicklung verstärkt. Die Beschwerdeführerin habe beschrieben, dass sie schon als Jugendliche immer wieder Ängste gehabt habe, was vor dem Hintergrund der früheren traumatischen Erfahrungen nachvollziehbar sei (Urk. 7/41/14).

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit führte der psychiatrische Gutachter an, dass gemäss versicherungsmedizinischen Richtlinien der Swiss Insurance Medicine (SIM) beim Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode qualitative Funktionseinbußen in der Höhe von 50 % attestiert werden

könnten, wobei hier eine erhöhte Ermüdbarkeit, eine Antriebsminderung sowie eine generell reduzierte psychische Belastbarkeit berücksichtigt seien. Die Beschwerdeführerin könne einigen Tätigkeiten im Alltag nachgehen, und gerade die objektive Beurteilung jener Parameter, die sehr gut die innerpsychische Vitalität abzubilden vermöchten, zeige, dass hier keine vollständig darniederliegende innerpsychische Vitalität bestehe. Diese Beobachtungen und Beurteilungen würden in einer guten Kongruenz mit den versicherungsmedizinischen Richtlinien der SIM stehen. Was aber auf keinen Fall vernachlässigt werden könne, sei die Berücksichtigung der im Detail beschriebenen innerpsychischen Struktur der Beschwerdeführerin, die früh traumatisiert und fragilisiert worden sei (Urk. 7/41/15). Aus psychiatrischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit und auch in einer Verweisungstätigkeit eine 50 % Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/41/16). Diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gelte im Wesentlichen seit 8. Januar 2013. Die in den Vorakten attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit sei hingegen nicht vollumfänglich belegt und könne entsprechend auch nicht nachvollzogen werden (Urk. 7/41/16-17).

Die generalisierte Angststörung führe nicht zu einer höheren Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, weil sie wie oben erwähnt klar ein sekundäres Phänomen der fragilisierten und traumatisierten innerpsychischen Struktur darstelle und in engem Zusammenhang mit der depressiven Störung stehe (Urk. 7/41/16).

E. 3.7

In der bidisziplinären Zusammenfassung vom 21. Oktober 2014 (Urk. 7/40) hielten die beiden Gutachter Dr. Z.____ und PD Dr. A.____ fest, aus bidisziplinärer Sicht könne die Beschwerdeführerin seit 8. Januar 2013 eine angepasste Tätigkeit zu 50 % ausüben bezogen auf ein Pensum von 100 %. Der berufliche Wiedereinstieg solle schrittweise innert sechs bis höchstens 12 Monaten in einem gut vorbesprochenen und abgestimmten Prozedere erfolgen. Es bleibe offen, ob die Beschwerdeführerin wieder eine Arbeitsfähigkeit erlangen könne, die 50 % übersteige (Urk. 7/40).

E. 3.8

Am 13. Juli 2015 erging gestützt auf die bidisziplinäre Zusammenfassung vom 21. Oktober 2014 (Urk. 7/40) der Vorbescheid, in welchem der Beschwerdeführerin die Verneinung des Anspruchs auf eine Invalidenrente in Aussicht gestellt wurde (Urk. 7/52). Danach reichte die Beschwerdeführerin noch die Arztberichte von Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie, vom 4. Juni (Urk. 7/64), von Dr. med. I.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Hausarzt der Versicherten, vom 22. September (Urk. 7/65), und von Dr. B.____ vom 1. Oktober 2015 (Urk. 7/63) ein. Dr. H.____ erhob im Bericht vom 4. Juni 2015 (Urk. 7/64) neu die Diagnose eines beidseitigen Karpaltunnelsyndroms, links mehr als rechts. Die Beschwerdeführerin klagt über ein unangenehmes Ameisenlaufen in den Fingerendgliedern I bis IV und über nächtliche Schmerzen bis zu den Ellbogen. Die Symptomatik bestehe schon lange; letztes Jahr habe sie eine Infiltration bekommen, die etwas geholfen habe. Die neurologischen Befunde seien wenig spektakulär, wegen der reduzierten Nervenleitgeschwindigkeit des Nervus medianus links jedoch pathologisch, und auch auf der rechten Seite sei der Befund gut mit einem Karpaltunnelsyndrom vereinbar. Aufgrund der chronischen Beschwerden und des grossen Leidens drucks rate er zur Operation, vorerst auf der linken Seite. Dr. I.____ äusserte sich im Schreiben vom 22. September 2015 (Urk. 7/65) zum Gutachten von PD Dr. A.____ und Dr. Z.____. Er stimmte sowohl der Beschreibung der Psychopathologie als auch der Schlussfolgerung, aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit, zu. Er stellte indes in Frage, ob die Beschwerdeführerin ohne Weiteres in den ersten Arbeitsmarkt eingegliedert werden könne, und empfahl eine berufliche Abklärung in einer geschützten Abklärungsstätte. Auch das rheumatologische Gutachten von Dr. Z.____ bemängelte er nicht, lediglich die Schlussfolgerung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht erachtete er als zu optimistisch, da insbesondere die Ausdauer noch abgeklärt werden sollte.

Dr. B.____ erklärte am 1. Oktober 2015, dass sie dem Ergebnis der Begutachtung durch Dr. Z.____

(vgl. Urk. 7/35/1-48) nur zum Teil zustimmen könne. Im Wesentlichen führte sie an, die Beschwerden beziehungsweise die Schwellungen der Beschwerdeführerin seien fluktuierend und nicht immer vorhanden, so dass in Anbetracht des Gutachtens von Dr. Z.____ der Eindruck entstehen könne, dass die Beschwerdeführerin in Remission sei. Die Beschwerdeführerin sei jedoch nicht in Remission, da immer wieder entzündliche Veränderungen im Bereich verschiedener Gelenke auszumachen seien. Der Beschwerdeführerin sei die ursprüngliche Tätigkeit nicht mehr zumutbar. In einer angepassten Tätigkeit könne sie aus rheumatologischer Sicht maximal 50 % arbeiten, sofern es sich um eine wechselbelastende Tätigkeit handle, in der häufige Pausen möglich seien. Im Haushaltsbereich könnten in kleinen Etappen Haushaltstätigkeiten durchgeführt werden, wobei Staubsaugen aufgrund der chronischen Rückenbeschwerden eher ungünstig sei. Bei genügend Pausen sollten aber praktisch alle Tätigkeiten möglich sein (Urk. 7/63/2).

E. 3.9

Mit Verfügung vom 17. Mai 2016 (Urk. 7/68) verneinte die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf eine Invalidenrente. Mit der Beschwerde vom 17. Juni 2016 (Urk. 1) liess die Beschwerdeführerin noch einen Arztbericht von Dr. C.____ vom 13. Juni 2016 (Urk. 3/4) und einen weiteren Bericht von Dr. B.____ vom 16. Juni 2016 (Urk. 3/5) einreichen.

Dr. C.____ äusserte sich zum psychiatrischen Gutachten von PD Dr. A.____. Dies sei umfassend und beruhe auf einer soliden Untersuchung. Die Beschwerdeführerin sei in der ursprünglichen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit müsste neu überprüft werden, da auch der zusammenfassende Bericht von Dr. Z.____ offengelassen habe, ob die Beschwerdeführerin je wieder mehr als 50 % arbeiten könne. Im Übrigen beurteile sie den psychischen Gesundheitszustand in ihrer Behandlung schlechter als er im Gutachten von PD Dr. A.____ dargestellt worden sei. Der depressive Zustand sei rigider als beschrieben. Inzwischen kämen als weitere typische Symptome der Traumatisierung neben dem fehlenden Antrieb neue Dissoziationen und starke, vor allem soziale Ängste dazu. Sie habe aufgrund ihrer Geschichte massive Ängste vor psychisch kranken Menschen. Deshalb habe sie sich noch nicht in einer Tagesklinik behandeln lassen und nehme gegenwärtig auch an keinen gruppentherapeutischen Angeboten teil. Aus ihrer Sicht sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig und bedürfe einer entsprechenden Rente (Urk. 3/4).

Dr. B.____ nahm Stellung zur leistungsverweigernden Verfügung vom 17. Mai 2016 und erklärte erneut, dass sie im Gegensatz zum Gutachten von Dr. Z.____ entzündliche Veränderungen festgestellt habe. Überdies habe sich der Zustand der Beschwerdeführerin in den letzten zwei Jahren aus somatischer Sicht verschlechtert. Es bestünden Probleme, eine geeignete Basistherapie zu finden. Die Arbeitsunfähigkeit betrage in der Tätigkeit als Wäschereiangestellte nach wie vor 100 %. Allenfalls könne eine leichte wechselbelastende Tätigkeit zu maximal 50 % ausgeübt werden. Dies sei aber aufgrund der Schmerzschübe mit zum Teil auch starker Einschränkung der Gehfähigkeit bei Kniegelenkergüssen nicht durchgängig. Die Beschwerdeführerin sei in diesen Schüben nicht arbeitsfähig (Urk. 3/5). 4.

4.1

Strittig ist in erster Linie der Anspruch auf eine Invalidenrente. Zu prüfen ist in diesem Zusammenhang, welche somatischen und psychischen Gesundheitsbeschwerden zu anerkennen sind und welche Auswirkung sie auf die Arbeitsfähigkeit haben. Die rheumatologische Gutachterin Dr. Z.____ diagnostizierte im Wesentlichen eine Psoriasis vulgaris mit Psoriasis-Arthritis seit Oktober 2008, eine verminderte Belastbarkeit und Beschwerden der HWS bei leichten multisegmentalen degenerativen Veränderungen und Diskusprotrusion C6/C7 mit wahrscheinlichem Kontakt zur Nervenwurzel C7 sowie eine verminderte Belastbarkeit beider Knie bei Chondrokalzinose beider Knie (Urk. 7/35/40). Sie erachtete die Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Tätigkeit trotz dieser somatischen Beschwerden als zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 7/35/45). Die Diagnosen und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit stehen im Wesentlichen im Einklang mit den Diagnosen und der Arbeitsfähigkeit, die Dr. F.____ bereits am 29. August 2013 festgestellt hatte (Urk. 7/25/6-8). Dr. Z.____ hat gestützt auf eine Röntgenuntersuchung beider Hände und Füsse nachvollziehbar festgehalten, dass keine entzündlichen oder degenerativen Veränderungen vorliegen würden. Szintigraphisch bestehe nach wie vor keine Aktivierung im Bereich der Hände und Füße; im linken Knie sei eine leichte Aktivierung erkennbar und im Bereich der LWS und des Beckens eine mässig vermehrte Aktivität im Segment L5/S1. Zusammenfassend seien die bildgebenden Befunde alle wenig gravierend (vgl. Urk. 7/35/41). Die Aussage von Dr. B.____, es würden immer wieder entzündliche Veränderungen in verschiedenen Gelenken auftreten, so dass nicht – wie das Gutachten allenfalls vermuten lasse – von einer Remission auszugehen sei (Urk. 7/63 und Urk. 3/5), steht damit nicht im Gegensatz zum Gutachten von Dr. Z.____, da auch sie – wie dargelegt –

entzündliche Veränderungen fest stellte und im Gutachten festhielt. Ferner kann auf das ebenfalls von der Beschwerdeführerin eingereichte Schreiben von Dr. I. ___ vom 22. September 2015 (Urk. 7/65) hingewiesen werden, in dem er das Gutachten von Dr. Z. ___ ausdrücklich als objektiv und korrekt erstellt bezeichnete. Das von Dr. H. ___ am 4. Juni 2015 diagnostizierte Karpaltunnelsyndrom vermag keine langandauernde, für die Invalidität massgebende Einschränkung in der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zu bewirken, so dass nicht weiter darauf einzugehen ist. Auch die von Dr. B. ___ im Schreiben vom 16. Juni 2016 (Urk. 3/5) postulierte Verschlechterung des Gesundheitszustands in den letzten zwei Jahren vermag an der Schlüssigkeit des Gutachtens von Dr. Z. ___ nichts zu ändern. Die Kniegelenkschmerzen und die Beschwerden in der Wirbelsäule wurden im Gutachten berücksichtigt; bei der Fasziitis

plantaris handelt es sich – wie beim Karpaltunnelsyndrom – um ein behandelbares und damit für die Invaliditätsbeurteilung irrelevantes Leiden. Sodann ging auch Dr. Z. ___ von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit als Wäschereimitarbeiterin aus. Die von Dr. B. ___ attestierte Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % in einer leichten, leidensangepassten Tätigkeit beruht auf ihrer persönlichen Einschätzung als behandelnde Ärztin und vermag die auf objektiven gutachterlichen Untersuchungen basierende Beurteilung von Dr. Z. ___ nicht zu entkräften. Da das Gutachten von Dr. Z. ___ sämtliche von der Rechtsprechung verlangten Voraussetzungen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3a) erfüllt, inhaltlich überzeugt und mit den weiteren Arztberichten übereinstimmt beziehungsweise von abweichenden ärztlichen Aussagen nicht ernsthaft in Frage gestellt wird, ist darauf abzustellen. Eine neue Abklärung ist trotz der langen Zeit von gut anderthalb Jahren zwischen Gutachten und angefochtener Verfügung nicht erforderlich. 4.2

Bezüglich der psychischen Befunden stellt sich die Frage, auf welche Diagnose aus rechtlicher Sicht abzustellen ist und ob Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit anzuerkennen sind. Zur Diskussion stehen als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F33.1) und eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1). 4.2.1

Die Diagnose einer rezidivierenden mittelschweren depressiven Störung (ICD-10 F33.1) wird von allen psychiatrischen Gutachterinnen und Gutachtern (Urk. 7/27/6; Urk. 7/35/93; Urk. 7/41/11) sowie von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten (Urk. 7/7; Urk. 7/13; Urk. 7/14/5-7) beziehungsweise von der behandelnden Fachpsychologin (Urk. 7/10; Urk. 7/31) durchwegs überzeugend und nachvollziehbar gestellt. Es besteht somit kein Grund, an dieser Diagnose zu zweifeln. Auf sie ist für die Entscheidungsfindung abzustellen. 4.2.2

Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung wurde erstmals in der Privatklinik D. ___

erhoben, wo sich die Beschwerdeführerin vom 21. März bis am 17. Mai 2013 stationär aufgehalten hatte (Austrittsbericht vom 5. Juni 2013 [Urk. 7/22/7]). Auch die behandelnde Psychologin lic. phil. G. ___ stellte nach dem stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin in der Privatklinik D. ___ nunmehr die Diagnose einer PTBS (Urk. 7/31).

Der psychiatrische Gutachter PD Dr. A. ___ diagnostizierte ebenfalls eine posttraumatische Belastungsstörung und brachte seine Meinung zum Ausdruck, wonach sich dieser

Gesundheitsschaden auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Er erklärte mitunter, die frühe Traumatisierung und Fragilisierung der Beschwerdeführerin habe zu einer dauerhaft verletzten innerpsychischen Struktur geführt, die dafür verantwortlich sei, dass sie zeitlebens immer wieder depressiv dekompenziere (Urk.

7/41/15).

Demgegenüber verneinte Dr. E.____ im psychiatrischen Gutachten

vom 10. Juli 2013 (Urk. 7/27 /1-9) das Vorliegen einer PTBS mit verständlichen Argumenten. Aus seiner Sicht handele es sich bei der dramatischen Erregung, wenn Erinnerungen zur Sprache kämen, nicht um intrusives Erleben, welches sich aufdränge. Auch kämen in den Träumen keine Flashbacks vor, weshalb die ungünstigen Jugenderinnerungen lediglich als zusätzlicher Belastungsfaktor zu diagnostizieren seien (Urk. 7/27/9). Auch Dr. med. Marcel Bahro , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem 6-seitigen Untersuchungsbericht vom 8. März 2014 die Diagnose einer PTBS nicht (Urk. 7/35/89-94). Werden die sich hinsichtlich der PTBS -Diagnose widersprechenden Arztberichte vor dem Hintergrund der bundesgerichtlichen Rechtsprechung betrachtet, fällt auf, dass in den entsprechenden Gutachten und Berichten nicht darauf eingegangen wird , dass sich eine solche Störung gemäss ICD-Code

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). 2.

E. 10

(F43.1) nach dem Trauma mit einer Latenz von in der Regel wenigen Wochen bis maximal sechs Monaten entwickelt und „bei wenigen Patienten über viele Jahre einen chronischen Verlauf nimmt und dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (ICD-10 F62.0) übergeht“ (Horst Dilling /Werner Mombour /Martin H. Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), 10. Auflage 2015, F43.1 S. 208) ; Urteil des Bundesgerichts 9C_687/2013 vom 24. Juni 2014 E. 4.2). Die erstmals im Bericht der Privatklinik D.____ am 24. Mai 2013 diagnostizierte PTBS wurde auf traumatische Kindheitserlebnisse der Beschwerdeführerin in den Jahren ab 1978 zurückgeführt, mithin auf Ereignisse, die rund 35 Jahre zurücklagen. Sodann fehlen aktenkundige Hinweise auf eine regelmässige medizinische Behandlung in Kosovo. Nach der Einreise in die Schweiz im Jahre 1993 hat sich die Beschwerdeführerin angeblich seit circa 1995

phasenweise eine ambulante psychiatrische Behandlung unterzogen (vgl. Urk. 7/31/1; Urk. 7/41/13 ; Urk. 14 S. 2). Eine solche ist

ab 30. Januar 2012 bei lic . phil. G. ___ ausgewiesen (vgl. Urk. 7/31/1) . Aufgrund dieser Aktenlage

bestehen Hinweise dafür, dass es d er diagnostizierten PTBS, welche erst Jahrzehnte nach den angeschuldigten traumasierenden Ereignissen diagnostiziert wurde, an schlüssiger Beweisbarkeit mangeln könnte. Das würde gegen die Anerkennung dieser Diagnose sprechen.

Hinzu kommt, dass sich d ie angebliche PTBS offensichtlich während einer sehr langen Phase nicht auf die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin ausge wirkt hat . So hatte die Beschwerdeführerin trotz den traumatischen Erfahrungen, die 1978 nach dem Gefängnisaufenthalt des Vaters begannen, von 1980 bis 1984 eine vierjährige Ausbildung zur Laborantin in Gjilan (Kosovo) abgeschlossen und dort anschliessend von 1984 bis 1989 fünf Jahre als Laborantin gearbeitet (Urk. 7/35/43; Urk. 7/41/ 2- 3). Seit der Einreise in die Schweiz 1993 hatte sie vom 1. März 2008 bis am 7. Januar 2013 vier Jahre und 10 Monate in der Y. ___ gearbeitet (vgl. Urk. 7/35/43) . Sie konnte demnach nach den traumatisierenden Ereignissen drei Mal in Folge über mindestens vier Jahre hinweg einer Ausbildung oder Erwerbstätigkeit nachgehen, ohne durch das Trauma in der Arbeitsfähigkeit nachweislich eingeschränkt gewesen zu sein. Daher lässt es seltsam anmuten, wenn eine allfällige seit Kindheit bestehende PTBS nach so langer Zeit uneingeschränkter Leistungsfähigkeit plötzlich die (Mit-) Ursache für eine Arbeitsunfähigkeit sein soll.

Nach dem Gesagten sprechen

einige Anhalt s punkte dafür, dass an der Diagnose einer PTBS , die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt,

gewisse Zweifel ange bracht sind . Die Frage nach dem Vorliegen einer PTBS braucht indes nicht abschliessend beantwortet zu werden, weil d ie ressourcenhemmenden Faktoren, die für eine PTBS sprechen, im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens zur Beurteilung der Auswirkungen der Depression auf die Arbeitsfähigkeit berücksichtigt werden können (zur Komorbidität: vgl. BGE 143 V 418 E. 8.1) , auch wenn die Frage, ob eine PTBS mit invalidisierender Wirkung vorliegt, offen bleibt. 4.3 4.3.1

Zu prüfen bleibt, ob gestützt auf die medizinischen Feststellungen von PD Dr. A. ___ eine Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit anerkannt werden kann . Entscheidend ist, ob sich die psychischen Leiden im Lichte der mass geblichen Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 auf die Arbeits- beziehungsweise Erwerbsfähigkeit auswirken.

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Funktioneller Schweregrad - Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit: Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleich baren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidens druck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindern der äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Res sourcen) andererseits - , das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzu schätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6

und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die Anerkennung eines renten begründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweislastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; 141 V 547 E. 2). 4.

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