

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00538 vom 16. August 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-08-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00538

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00538 du 16 août 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00538 del 16 agosto 2021

Erwägungen

E. 1

Die 1960 geborene X.____ war zuletzt ab 1. Mai 2012 als Mitarbeiterin Hauswirtschaft in einem 80 % -Pensum im Pflegezentrum Y.____ angestellt. Am 10. Juli 2014 meldete sie sich unter Hinweis auf eine Depression, Herz-/Kreislaufbeschwerden, Bluthochdruck und Diabetes bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 9/1).

Die zuständige Vorsorgeeinrichtung sprach der Versicherten mit Verfügung vom 8. Januar 2016 (Urk. 3/5) ab 1. Februar 2016 eine Invalidenpension, eine Invalidenzusatzpension und einen Zuschuss zu.

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen und liess die Versicherte durch Dr. med. Z.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten (Expertise vom 24. November 2016; Urk. 9/75, ergänzt am 9. Dezember 2016, Urk. 9/77). In der Folge gab sie bei der Psychiatrischen Klinik

A.____ eine erneute Begutachtung in Auftrag (Expertise vom 25. März 2019, Urk. 9/119, ergänzt am 25. April 2019, Urk. 9/121). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 9/129, Urk. 9/131 und Urk. 9/133) wies sie das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 17. Juni 2020 (Urk. 2) ab.

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 mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen).

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

Dagegen erhob die Versicherte am 20. August 2020 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr mit Wirkung ab 1. Januar 2015 eine ganze IV-Rente zuzusprechen. Eventualiter sei ihr ab 1. Januar 2015 eine ganze und mit Wirkung ab 1. März 2019 eine halbe IV Rente zuzusprechen. Subeventualiter sei die Vorinstanz zu verpflichten, eine psychiatrische Begutachtung und eine Abklärung im Haushalt durchzuführen und gestützt darauf über ihren Anspruch auf eine IV-Rente neu zu verfügen. Am 25. September 2020 (Urk. 8) beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 28. September 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene leistungsabweisende Verfügung vom 17. Juni 2020 (Urk. 2) damit, dass auf das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.____ nicht habe abgestellt werden können, weshalb bei der Psychiatrischen Klinik A.____ eine psychiatrisch-neuropsychologische Begutachtung stattgefunden habe. Die Beschwerdeführerin habe ihre Mitwirkung im Rahmen der Begutachtung verletzt. Aufgrund einer erheblichen Übertreibungstendenz habe keine valide Stellungnahme zur beruflichen Funktionsfähigkeit erfolgen können. Auf die im Gutachten attestierte Arbeitsunfähigkeit könne deshalb nicht abgestellt werden (S. 2). Bei der erneuten Begutachtung handle es sich nicht um eine unzulässige second Opinion. Das Gutachten von Dr. Z.____ habe sich vorwiegend auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin gestützt. Eine weitere Begutachtung sei deshalb unabdingbar gewesen. Aus Sicht des Rechtsanwenders seien die Kriterien für das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) - aus näher dargelegten Gründen - nicht erfüllt. Die Grenzen einer blossen Verdeutlichung seien klar

überschritten worden. Eine Beweislosigkeit gehe zu Lasten der Beschwerdeführerin (S. 3).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), weder den im Auftrag der Vorsorgeeinrichtung erstellten Gutachten von Dr. med. B.____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, noch den Berichten ihrer Behandler könne entnommen werden, dass sie ihre Beschwerden nicht authentisch präsentiere. Da die Grenzziehung zwischen einer Aggravation und einer blossen Verdeutlichungstendenz heikel sei, bedürfe es einer einzelfallbezogenen sorgfältigen Prüfung. Eine solche sei vorliegend unterlassen worden. Bis zur Begutachtung durch Dr. Z.____ sei eine 100%ige Erwerbsunfähigkeit ausgewiesen (S. 7-12 und S. 18-21). Dr. Z.____ begründe ausführlich, weshalb von der Diagnose einer PTBS ausgegangen werden müsse. Auf sein Gutachten könne vollumfänglich abgestellt werden (S. 12-14). Das Gutachten der Psychiatrischen Klinik A.____ sei hingegen - aus näher dargelegten Gründen - nicht beweiskräftig (S. 14-21). Der Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung sei ausgewiesen. Weder wider Erwarten auf das Gutachten der Psychiatrischen Klinik A.____ abgestellt und ab der Begutachtung von einer 50%igen Leistungsfähigkeit ausgegangen, so sei die gemischte Methode anwendbar (80 % Erwerb, 20 % Haushalt). Im Haushalt sei sie ebenfalls zu 50 % eingeschränkt, was eventualiter bis zur Begutachtung zu einem Anspruch auf eine ganze Rente und anschliessend auf eine halbe Rente führe. Da auf das Gutachten der Psychiatrischen Klinik A.____ nicht abgestellt werden könne, dränge sich eine Neubegutachtung auf. In diesem Sinne werde der Subeventualantrag gestellt (S. 21). 3. 3.1

Die behandelnden Fachpersonen der Psychiatrie C.____

bei welchen die Beschwerdeführerin vom 26. Januar bis 19. März 2015 (Bericht vom 19. Mai 2015, Urk. 9/42) stationär und vom 23. Juni bis 27. November 2015 in tagesklinischer Behandlung war, hielten in ihrem Bericht vom 2. Dezember 2015 (Urk. 9/60) folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittel-

bis schwergradige Episode F 33.1/2 - Verdacht auf PTBS F 43.1

Dazu führten sie aus, die Beschwerdeführerin leide zunehmend unter Depressions- und Angstzuständen aufgrund einer Mobbing-Erfahrung am Arbeitsplatz. Ihre Symptome hätten 2012 angefangen und sich zunehmend gesteigert. In der Tagesklinik sei sie zunehmend überfordert gewesen, habe auch Schwierigkeiten gehabt, sich dort zu integrieren. Sie sei sehr misstrauisch, habe Schwierigkeiten in Kontakt mit anderen Menschen zu kommen. Eigentlich bestehe ihr Leben nur noch aus Angst (S. 3). Es sei von einer langanhaltenden Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Die Notwendigkeit einer geregelten Tagesstruktur sei indiziert und könnte in Form einer Platzierung auf dem zweiten Arbeitsmarkt umgesetzt werden. Zum Austrittszeitpunkt habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Dies aufgrund anhaltender physischer und psychischer Beeinträchtigungen. Die Beschwerdeführerin reagiere aufgrund der Beschwerden mit Hoffnungslosigkeit und Unsicherheit in Zusammenhang mit der Zukunft und leide unter Pseudohalluzinationen, Energielosigkeit, sozialer Isolation, Konzentrationsstörungen, Angst, Müdigkeit sowie dissoziativ anmutenden Zuständen (S. 4). 3.2

Dr. Z.____ hielt in seinem psychiatrischen Gutachten vom 24. November 2016 (Urk. 9/75) folgende Diagnosen fest (S. 16): - depressive Entwicklung / chronifizierte mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F 32.1) - komplexe PTBS nach multiplen Belastungen in der

Kindheit und Jugend (Suizidalität der Mutter, wiederholte Inhaftierung und Misshandlungen in Gefangenschaft im Heimatland, Emigration) und Dekompensation ab November 2013 im Sinne einer Persönlichkeitsänderung mit seither bestehendem ausgeprägtem regressivem Verhalten (ICD-10 F 43.1, F 62.0)

Dazu hielt er fest, es sei eine Restdepressivität bei mittelgradiger depressiver Episode feststellbar gewesen. Im Längsverlauf sei eine deutliche Regression beschreibbar. Die Beschwerdeführerin führe zuhause eine vita

minima, verlasse das Haus nicht alleine und entwickle kaum Eigenaktivität. Die ab 2013 bestehende depressive Symptomatik sei nach Angaben der Beschwerdeführerin nie abgeklungen. Diagnostisch werde von einer chronifizierten depressiven Entwicklung mit aktuell mittelgradigem depressivem Syndrom bei multiplen traumatischen Belastungen in der Lebensgeschichte ausgegangen. Zudem beständen Symptome einer PTBS mit Albträumen, intrusivem Wiedererleben der Geschehnisse im Heimatland mit dissoziativer Verarbeitung (Bewusstseinszustandsveränderung mit kurzen Absenzen). Das ausgeprägte regressive Verhalten sei Ausdruck einer Persönlichkeitsänderung nach Dekompensation der Bewältigungsressourcen ab November 2013. Trotz intensiver und adäquater ambulanter, stationärer und teilstationärer Behandlung sei es nicht zu einer deutlichen Stabilisierung gekommen. Bezogen auf eine Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt werde von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen (S. 14). 3.3

Der behandelnde Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 6. April 2017 (Urk. 9/81) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F 33.1) - komplexe PTBS bei multiplen Belastungen in der Kindheit und Jugend sowie Erwachsenenalter (ICD-10 F 43.0) - dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) gemischt (ICD-10 F 44.0) - andauernde Persönlichkeitsänderung bei kumulativen Traumatisierungen (ICD-10 F 62.0)

Dazu führte er aus, die Beschwerdeführerin stehe seit dem 27. März 2015 in seiner psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung. Es handle sich um eine integrative Behandlung der Depression, Angst und PTBS (Stabilisierung) mit drei wöchentlichem Setting inklusive medikamentöser Therapie. Der bisherige Verlauf zeige sich sehr wechselhaft. Die Beschwerdeführerin zeige aufgrund der depressiven Symptomatik wenig Interesse an ihrer Umwelt und ziehe sich tendenziell sozial zurück. Sie habe weiterhin grössere Schwierigkeiten, den Tagesablauf angemessen zeitlich und inhaltlich zu strukturieren. Ihr Durchhaltevermögen sei körperlich und psychisch weiterhin deutlich vermindert. Sie sei in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2-3). 3.4

Med. pract. E.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Assistenzarzt Dr. med. Dr. med. univ. F.____ und lic. phil. G.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, von der Psychiatrischen Klinik A.____ stellten in ihrem psychiatrisch-neuropsychologischen Gutachten vom 25. März 2019 (Urk. 9/119) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 35): - Anpassungsstörung mit einer längeren depressiven Reaktion (F 43.21) - dependent-histrionische Persönlichkeitszüge (Z 73.1)

Zudem hielten sie folgende Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 35): - Nikotinabhängigkeit

Weiter gaben sie folgende neuropsychologische Diagnose wider (S. 35): - unspezifischer Befund bei überwiegend wahrscheinlicher Vortäuschung von kognitiven Minderleistungen und psychischen Beschwerden

Schliesslich führten sie folgende aktenanamnestisch festgehaltenen somatischen Diagnosen auf (S. 35): - Hypertonie - Diabetes Mellitus Typ II - Adipositas permagna

Dazu führten sie aus, bereits an der letzten Arbeitsstelle sei es bei der Beschwerdeführerin nach einem Chefwechsel zu zunehmenden Problemen am Arbeitsplatz gekommen. Hierbei habe sie sehr konzentriert und detailliert geschildert, dass ihre Erkrankung mit einem «Mobbing» begonnen habe und sich in der Folge zunehmende Existenzängste entwickelt hätten. Sie habe es nicht ausgehalten und sich deshalb eine neue Stelle gesucht. An der neuen Stellung habe sie ein 80 % - Pensum innegehabt. Hier habe sie Schwierigkeiten mit den Kollegen gehabt. Soweit retrospektiv beurteilbar, hätten im Verlauf die Konflikte mit den Mitarbeitenden sowie die subjektiv fehlende Anerkennung beim Mitarbeitergespräch 2013 zum erneuten Ausbruch sowie zur Fortsetzung der bereits 2012 aufgetretenen psychischen Komplikationen geführt. Hier würden sich Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung zeigen, die im Allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung, in diesem Fall der Chefwechsel mit Misserfolg, auftreten würden. Hierbei könnten depressive Stimmung, Angst, Sorge oder ein Mischbild wie bei der Beschwerdeführerin auftreten. Ausserdem könne ein Gefühl bestehen, mit den alltäglichen Gegebenheiten nicht zurechtzukommen, diese nicht vorausplanen und nicht fortsetzen zu können. Die diagnostischen Kriterien würden eine identifizierbare psychosoziale Belastung (subjektiv empfundene ungerechte Beurteilung und Kündigungsdrohung) von einem nicht aussergewöhnlichen oder katastrophalen Ausmass umfassen, mit dem Beginn der Symptome innerhalb eines Monats. Des Weiteren beständen Symptome und Verhaltensstörungen wie sie bei affektiven Störungen (F3), bei neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) vorkämen. Die Kriterien der einzelnen Störungen seien jedoch nicht erfüllt. Bezüglich der in der Aktenlage häufig verwendeten Diagnose einer PTBS zeige sie weder bei Schilderung potentiell traumatisierender Life-Events dissoziative Symptome, noch seien diese im Verlauf der mehrstündigen Explorationen beobachtet worden. Sie habe neutral (kurzes Weinen zu Beginn) ohne wesentliche emotionale Beteiligung (ausser bei den beruflichen Problemen) diese konkret und detailliert schildern können (Folterung/Verfolgung durch Polizei), Flashbacks seien nicht aufgetreten, auch keine Intrusionen. Während der gesamten Zeit habe keine Schreckhaftigkeit bemerkt werden können. Im Gegensatz hierzu sei sie mit dem Rücken zur Tür gewandt gesessen und habe nicht einmal auf plötzliche Geräusche aus dem Flurbereich, bei sehr hellhörigen Räumen des Begutachtungsbereichs, reagiert. Ein andauernder negativer emotionaler Zustand habe weder in der klinisch-psychiatrischen noch während der neuropsychologischen Untersuchung konstatiert werden können. Die Affekte seien eher oberflächlich und nicht andauernd gewesen. Die Beschwerdeführerin habe auch keinerlei Schuldeingeständnis gezeigt, wie dies bei so einer Störung typisch wäre. Stattdessen habe sie die Problematik externalisiert und bei sich keine Ursache oder Auslöser für Konflikte oder Probleme gesehen. Ein Vermeidungsverhalten, das heisst, dass Personen Reizen oder Orten aus dem Weg gehen, die sie an Traumata erinnern, müsse hierbei auch verneint werden. Die Beschwerdeführerin fahre regelmässig in die H. ___ um ihre Familie zu besuchen. Hierauf angesprochen habe sie angegeben, den Kontakt zur Familie seit ihrer

Emigration nicht abgebrochen zu haben und dort ihren Urlaub zu verbringen (S. 38-39).

Anlässlich der neuropsychologischen Testung seien die gezeigten Leistungen in allen untersuchten Funktionsbereichen zumeist weit unterdurchschnittlich ausgefallen mit Versagen bei Aufgaben mit sehr geringen Anforderungen. In einem kognitiven Screening Verfahren habe sie 13 von 30 möglichen Punkten erzielt, was im Bereich einer Demenz liegen würde. Das erhobene kognitive Leistungsprofil sei nicht valide. Eine durchgeführte kognitive und psychologische Beschwerdevalidierung habe in allen eingesetzten Verfahren und eingebetteten Validitätsindikatoren auffällige Ergebnisse im Sinne einer reduzierten Test-Compliance und einer Übertreibung von kognitiven und psychischen Beschwerden ergeben. In einem spezifischen Verfahren hätten sich deutliche Anzeichen für eine Vortäuschung von Symptomen einer PTBS ergeben. In einem weiteren psychologischen Beschwerdevalidierungsverfahren hätten sich ebenso klare Hinweise auf eine Übertreibung von kognitiven und psychischen Beschwerden ergeben. Aus den auffälligen Ergebnissen der Performanzvalidierung lasse sich ableiten, dass die Validität des erhobenen kognitiven Leistungsprofils nicht gegeben sei. Angesichts der Auffälligkeiten in der psychologischen Beschwerdevalidierung sei die Glaubhaftigkeit der Selbstantangaben der Beschwerdeführerin in Frage zu stellen. Die Diagnose von leichten bis mittelgradigen psychischen Störungen beruhe allerdings sehr stark auf authentischen Selbstantangaben einer Person. Durch eine erhebliche Antwortverzerrung werde ein möglicher genuiner pathologischer Kern gewissermassen überlagert und könne letztlich nicht mehr valide beurteilt werden. Sofern eine psychische Störung diagnostiziert werde, sei die Diagnose mit einer erheblichen Unsicherheit behaftet (S. 34).

Gemäss der fachpsychiatrischen Beurteilung sprechen die Symptome des «Vor bei redens», die (im Verlauf) geltend gemachten nicht plausiblen und wechselhaften kognitiven Defizite, die fehlenden Narben, die Auffälligkeiten in der neuro-psychologischen Untersuchung, sowie der externe Anreiz, hierbei die IV-Berentung, für eine hochwahrscheinliche Aggravation (S. 43; vgl. auch S. 40 ff.). Die dysfunktionale Bewältigungsstrategie, der mangelhafte Umgang mit Kränkungen, die nicht ausreichende Selbstbehauptung seien zum einen aufrechterhaltende Symptome der Erkrankung, jedoch lägen auch einige medizinalfremde Faktoren, die berücksichtigt werden müssten, vor, dazu gehörten das hohe Alter, die Sprachprobleme und die fehlende Ausbildung sowie ein deutlicher sekundärer Krankheitsgewinn indem ihre Familie sie überall hin begleite und ihr Tätigkeiten abnehme (S. 43).

In einem wohlwollenden Umfeld, wie dies bei ihrer letzten Arbeitsstelle über mehrere Jahre Bestand gehabt habe, sei eine Arbeitsfähigkeit mit zunächst geradem Pensum, das im Verlauf gesteigert werden könnte, denkbar. Aus der jetzigen Perspektive sei dies aufgrund der Aggravation schwierig zu beurteilen, wahrscheinlich sei eine Tätigkeit zu Beginn von maximal 4 Stunden pro Tag durchführbar. Wichtig wäre die Möglichkeit von Pausen bei Bedarf. Es sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit dabei auf zu Beginn 50 % reduziert sei (S. 44).

Eine fachpsychiatrisch begründbare Arbeitsunfähigkeit von 40 % bestehe seit Ende 2013, allerdings sei darunter das psychische Funktionsniveau im Sinne einer dysfunktionalen Copingstrategie kontinuierlich gesunken

- dies im Sinne einer Dekonditionierung bei hohem sekundärem Krankheitsgewinn.

Bezüglich der kognitiven Leistungsfähigkeit könne keine valide Aussage getroffen werden,

da deren Testung aufgrund der Aggravation nicht möglich gewesen sei (S. 44-45).

Die Beeinträchtigungen würden sich durch konsequente Fortführung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Massnahmen im ambulanten Setting vermindern lassen. Dabei sollte die Behandlung in einer wöchentlichen Frequenz stattfinden. Des Weiteren wäre eine regelmässige Kontrolle der Medikamenteneinnahme sinnvoll um eventuell einen Wechsel oder eine Aufdosierung der Medikation in Betracht zu ziehen (S. 45).

Seit dem 1. Dezember 2018 seien der Beschwerdeführerin Arbeiten mit einer geringen Belastbarkeit, mit regelmässigen Feedbackmöglichkeiten und Supervision möglich. Der Arbeitsplatz sollte ohne gefährliche Gegenstände sein, auf einer geraden Ebene, ohne Erfordernis zur schnellen Entscheidungsfindung / Reaktion, am besten in Kontakt / in der Nähe zu anderen Mitarbeitenden. Aus der jetzigen Perspektive sei es schwierig zu beurteilen, wahrscheinlich wäre eine Tätigkeit von maximal 4 Stunden pro Tag zumutbar. Aufgrund der Schwere der Symptomatik werde von einer Leistungsfähigkeit von ungefähr 50 % ausgegangen (S. 45-46). 4. 4.1

Die Beschwerdeführerin berichtete von traumatisierenden Erfahrungen in ihrer Kindheit, Jugend und im jungen Erwachsenenalter (vgl. E. 3.4 hier vor). Nach ihrer Einreise in die Schweiz im Alter von 31 Jahren war sie stets erwerbstätig, dies auch mit hohen Arbeitspensen und in der Regel jeweils während mehreren Jahren für denselben Arbeitgeber (vgl. Urk. 9/14). So war sie etwa mehr als 12 Jahre bei

der Stiftung I.____ angestellt, wobei den Akten für einen Grossteil der Zeit eine unbeeinträchtigte Leistungsfähigkeit und erst nach einem Vorgesetztenwechsel Schwierigkeiten am Arbeitsplatz entnommen werden können (vgl. Urk. 9/119/38-39).

Dr. Z.____ diagnostizierte in seinem Gutachten vom 24. November 2016 (E. 3.2 hier vor) eine komplexe PTBS (ICD-10 F

43.1) und Dekompensation ab November 2013 im Sinne einer Persönlichkeitsänderung (ICD-10 F

62.0). 4.2

Eine posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-10 F

43.1 soll nur dann diagnostiziert werden, wenn sie innerhalb von 6 Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere aufgetreten ist. Eine wahrscheinliche Diagnose kann auch dann gestellt werden, wenn der Abstand zwischen dem Ereignis und dem Beginn der Störung mehr als 6 Monate beträgt, vorausgesetzt, die klinischen Merkmale sind typisch und es kann keine andere Diagnose (wie Angst- oder Zwangsstörung oder depressive Episode) gestellt werden. Späte, chronifizierte Folgen von extremer Belastung, d.h. solche, die noch Jahrzehnte nach der belastenden Erfahrung bestehen, sind unter F

62.0 (andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung) zu klassifizieren. Eine andauernde Persönlichkeitsänderung kann der Erfahrung von extremer Belastung folgen. Die Belastung muss so extrem sein, dass die Vulnerabilität der betreffenden Person als Erklärung für die tiefgreifende Auswirkung auf die Persönlichkeit als Erklärung nicht ausreicht. Beispiele hierfür sind Erfahrungen in einem Konzentrationslager, Folter, Katastrophen, andauernde lebensbedrohliche Situationen (als Geisel, lang andauernde Gefangenschaft mit drohender Todesgefahr). Die Persönlichkeitsänderung muss über

mindestens 2 Jahre bestehen und nicht auf eine vorher bestehende Persönlichkeitsstörung oder auf eine andere psychische Störung ausser einer posttraumatischen Belastungsstörung zurück zuführen sein (Dilling / M o m b o u r /Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V[F]: Klinisch diagnostische Leitlinien, 10. Auflage, Bern 2015, S. 208 und S. 286 f.) . 4.3

Zwischen den von der Beschwerdeführerin berichteten traumatisierenden Ereignissen und dem Ausbruch der von Dr. Z.____ diagnostizierten PTBS mit anschließender Persönlichkeitsänderung vergingen mehrere Jahrzehnte, in welchen sie offensichtlich unbeeinträchtigt einer Erwerbstätigkeit nachgehen konnte. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung mag ein erst lange nach traumatischen Ereignissen beginnender Krankheitsverlauf therapeutisch Sinn machen, hingegen verlangt die Leistungsberechtigung in der Invalidenversicherung zwangsläufig eine gewisse Objektivierung, weshalb solche Konstellationen ausser Betracht bleiben müssen (Urteil des Bundesgerichts 9C_228/2013 vom 26. Juni 2013 E. 4.1.3 mit Hinweisen). Dr. Z.____ anerkannte denn auch, dass die diagnostischen Kriterien gemäss ICD-10 nicht vollständig erfüllt sind, hielt aber an seinen Diagnosen fest (vgl. Urk. 9/77 S. 3). Soll ganz ausnahmsweise aus bestimmten Gründen eine erst nach sechs Monaten aufgetretene PTBS berücksichtigt werden, bedürfte es einer besonderen Begründung (BGE 142 V 342 E. 5.2.2). Eine solche fehlt im Gutachten von Dr. Z.____ ebenso wie eine spezifische Darlegung der Umstände, welche zur Traumatisierung beziehungsweise Jahrzehnte später zum Ausbruch der PTBS geführt haben. Weshalb die PTBS ausge rechnet aufgrund des von der Beschwerdeführerin als unfair empfundene n Qualifikationsgespräch s

ausgebrochen sein soll, wird vom Gutachter nicht schlüssig begründet und ist insofern nicht nachvollziehbar, als davon auszugehen ist, dass sie bereits vor dem Gespräch ähnlich belastende Erlebnisse gehabt haben dürfte, ohne dass diese eine PTBS ausgelöst hätten. Lässt sich aufgrund der gutachterlichen Angaben die Diagnose einer PTBS nicht hinreichend nachvollziehen und ist eine PTBS deshalb beweismässig nicht mit dem erforderlichen Beweismass gesichert, bildet dieses Leiden keine rechtsgenügeliche Grundlage, um eine mögliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nachzuweisen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_548/2019 vom 16. Januar 2020 E. 6.3. 2 mit Hinweisen) . Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf die Expertise von Dr. Z.____ und die von ihm

aufgrund der psychischen Beschwerden attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit nicht abstellte, sondern eine erneute Begutachtung der Beschwerdeführerin veranlasst hat. Bei dem bei der Psychiatrischen Klinik A.____ eingeholten Gutachten (E. 3.4 hier vor) handelt es sich damit nicht um eine unzulässige « second opinion ». 5. 5.1

Das bidisziplinäre Gutachten der Psychiatrischen Klinik A.____ vom 25. März 2019 (E. 3.4 hier vor) beruht auf den erforderlichen psychiatrischen und neuropsychologischen Untersuchungen, ist für die streitigen Belange umfassend und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorakten erstellt. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar, beurteilten die medizinische Situation überzeugend und setzten sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander. Sie zeigten auf, dass die subjektiv fehlende Anerkennung beim Mitarbeitergespräch 2013 letztlich zum Ausbruch ihrer psychischen Beschwerden

geführt hat, verneint aber ausführlich begründet die Diagnose einer PTBS. So vermochten die Gutachter im Verlauf der mehrstündigen Explorationen weder dissoziative Symptome noch eine Schreckhaftigkeit zu beobachten, auch traten keine Flashbacks oder Intrusionen auf. Ebenso wenig zeigt die Beschwerdeführerin ein Vermeidungsverhalten, besucht sie doch ihre Familie in der H. ___ seit ihrer Emigration regelmässig. Anlässlich der neuropsychologischen Testung ergaben sich zudem in einem spezifischen Verfahren deutliche Anzeichen für eine Vortäuschung von Symptomen einer PTBS. In allen weiteren Verfahren zeigten sich auffällige Ergebnisse im Sinne einer reduzierten Test-Compliance und einer Übertreibung von kognitiven und psychischen Beschwerden. Angesichts der Auffälligkeiten in der psychologischen Beschwerdevalidierung stellten die Gutachter die Glaubhaftigkeit der Selbstangaben der Beschwerdeführerin in Frage. Die Gutachter begründeten ihre Diagnosen einer Anpassungsstörung mit einer längeren depressiven Reaktion sowie von dependent-histrionen Persönlichkeitszügen und empfahlen eine häufigere psychiatrische Behandlung sowie eine regelmässige Kontrolle der Medikamenteneinnahme. Sie wiesen auf psychosoziale Belastungsfaktoren und einen sekundären Krankheitsgewinn sowie auf deutliche Anzeichen für eine Aggravation hin. Die Gutachter gelangten so dann zum begründeten Schluss, dass die Beschwerdeführerin ab Ende 2013 zu 40 % arbeitsunfähig war und ihr Funktionsniveau in der Folge kontinuierlich gesunken ist. Derzeit kann sie in jeglicher Tätigkeit lediglich noch vier Stunden pro Tag arbeiten und ist dabei in ihrer Leistungsfähigkeit zu 50 % eingeschränkt, mithin besteht eine 75%ige Arbeitsunfähigkeit. Das Gutachten entspricht damit den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.4 hier vor). 5.2

Die Beschwerdeführerin kritisierte die Expertise der Psychiatrischen Klinik A. ___ in verschiedener Hinsicht. Soweit sie insbesondere eine Aggravation anlässlich der Begutachtung bestritt (Urk. S. 7-11 und S. 18-20) beziehungsweise geltend machte, es habe nur eine übertriebene Darstellung der tatsächlich vorhandenen Beschwerden vorgelegen, ist darauf mit Blick auf die nachfolgenden Ausführungen jedoch nicht weiter einzugehen.

Ebenso wenig bedürfen

ihre Vorbringen in Bezug auf die geltend gemachte PTBS (Urk. 1 S. 14-17)

einer weiteren Auseinandersetzung, machen doch auch diese die Latenz von mehreren Jahrzehnten zwischen den traumatisierenden Ereignissen und dem Ausbruch der selben nicht nachvollziehbar. Die Einwendungen der Beschwerdeführerin vermögen damit an der Beweis kraft des Gutachtens der Psychiatrischen Klinik A. ___ nichts zu ändern, womit sich die von ihr

subeventualiter beantragte erneute psychiatrische Begutachtung erübrigt. 6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 6.1

Über das Zusammenwirken von Recht und Medizin bei der konkreten Rechtsanwendung hat sich das Bundesgericht verschiedentlich geäussert. Danach ist es sowohl den

begutachtenden Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung aufgegeben, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien zu beurteilen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht. 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 141 V 281 E. 5.2.1).

Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere darauf hin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 144 V 50 E. 4.3). 6.2

Von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit kann damit aus rechtlicher Sicht abgewichen werden, ohne dass ein wie vorliegend grundsätzlich beweiskräftiges Gutachten dadurch seinen Beweiswert verliere (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_106/2015 vom 1. April 2015 E. 6.3). 7.7.1

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). 7.2

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf

leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheits schädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheit lichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüs sig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nach gewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im

Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Res sourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleich baren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidens druck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 7.3.1

Was den K omplex

« Gesundheitsschädigung » respektive den Indikator der «Aus prägung der diagnoserelevanten Befunde» angeht, ist festzuhalten, dass nur dort, wo bereits in den Diagnosekriterien ein Bezug zum Schweregrad gefordert wird, ein solcher nicht erreichter Schweregrad gegebenenfalls bereits den Ausschluss einer krankheitswertigen Störung erlauben würde. Verallgemeinert auf sämtliche psychiatrischen Diagnosen angewendet, greift diese Auffassung jedoch zu kurz. Fehlt in der Diagnose die Schweregradbezogenheit, zeigt sich die Schwere der Störung in ihrer rechtlichen Relevanz erst bei deren

funktionellen Auswirkungen (vorgeannter BGE 143 V 418 E. 5.2 .2). Die Beschwerdeführer in leidet an einer Anpassungsstörung mit einer längeren depressiven Reaktion (ICD-10 F

43.21) , womit ein leichter depressiver Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation gemeint ist (Dilling / Mombour /Schmidt, a.a.O., S. 210). Die ebenfalls diagnostizierten dependent -histrionen Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z

73.1) stellen als Z-Kodierung rechtlich keine erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung dar (Urteil des Bundesgerichts 8C_821/2018 vom 18. Juni 2019 E. 6.1.1). In Bezug auf den funktionellen Schweregrad erweist sich der Indikator der diagnostisch relevanten Befunde damit als lediglich geringfügig ausgeprägt. 7.3.2

Bezüglich des Indikators «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – rezidiv » hat sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin gemäss den Gutachten der Psychiatrischen Klinik A._____

bei einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung im dreiwöchentlichen Abstand seit 2013 kontinuierlich verschlechtert . Nach gutachterlicher Einschätzung lassen sich jedoch die Beeinträchtigungen durch eine konsequente Fortführung und Intensivierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Massnahmen vermindern (Urk. 9/119 S. 45) .

Dies spricht für eine eher leichte

Ausprägung der Symptomatik. 7.3.3

Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbiditäten in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcen hemmende Wirkung beizumessen ist (vorgenannter BGE 143 V 418 E. 8.1). Die Beschwerdeführer in leidet nebst der Anpassungsstörung an keinen Beschwerden, welche sie in ihrer Arbeitsfähigkeit einschränken . Es sind damit keine als «Komorbiditäten» zu berücksichtigende krankheitswertige Störungen ausgewiesen. 7.3.4

Bei den Komplexen «Persönlichkeit» und «sozialer Kontext» ergibt sich Folgendes: Die Beschwerdeführerin wohnt mit ihrem Ehemann, der Tochter, ihrem Schwiegersonn und zwei Enkelkindern in einem gemeinsamen Haus (Urk. 9/119/23). Mit ihren in der H._____ wohnenden Geschwistern steht sie in telefonischem Kontakt , zudem besucht sie diese dort regelmässig . Ein Kontakt zu Freundinnen oder Freunden ist hingegen nicht ersichtlich (Urk. 9/119 S. 29) . Damit ist eine gewisse sozialer Rückzug zwar möglich . Durch ihre Einbettung in die Familie erhält die Beschwerdeführer in

aber eine Tagesstruktur. Der soziale Lebenskontext enthält somit auch

bestätigende, sich potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren. Die dependent -histrionen Persönlichkeitszüge stellen wie bereits dar gelegt rechtlich keine erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung dar, weshalb auch dem Komplex Persönlichkeit keine relevante ressourcenhemmende Wirkung bei gemessen werden kann. 7.3.5

In der Kategorie «Konsistenz» (bezüglich Abgrenzung und gegenseitigen Bezügen zu den Komplexen «Persönlichkeit» und «sozialer Kontext» eingehend Michael E. Meier, Ein Jahr neue Schmerzrechtsprechung, in: Jusletter vom 11. Juli 2016, S. 28 ff. [nachfolgend: Ein Jahr Schmerzrechtsprechung], vgl. auch Michael E. Meier, Zwei Jahre neue Schmerzrechtsprechung, in: Riemer-Kafka/ Hürzeler [Hrsg.], Das indikatoreorientierte Abklärungsverfahren, 2017, S. 105-148, S. 136 ff. [nachfolgend: Zwei Jahre

Schmerzrechtsprechung]) zielt der Indikator « gleich mässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus

in allen vergleichbaren Lebens bereichen » auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonsti gen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausge prägt ist, wobei das Aktivitätenniveau

der versicherten Person stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Die Beschwerdeführerin schläft viel, spielt mit den Enkelkindern, isst, raucht, malt

Mandala aus, ist politisch interessiert und besucht gelegentlich Therapien (Urk. 9/119/24-25) . Anlässlich der Begutachtung ergaben sich jedoch klare Hin weise auf eine Übertreibung ihrer Beschwerden und die Gutachter stellten die Glaubhaftigkeit der Selbstangaben der Beschwerdeführerin in Frage. Der von den Gutachtern widergegebene Tagesablauf beruht einzig auf ihren Selbstangaben und ist deshalb mit Zurückhaltung zu würdigen. Ob eine

gleichmässige Ein schränkung des Aktivitätenniveaus

besteht, bleibt deshalb offen. 7.3.6

Im Rahmen des Indikators «behandlungs- und eingliederungsanamnestisch aus gewiesener Leidensdruck» (zur Abgrenzung vom Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» vgl. Michael E. Meier, Ein Jahr Schmerz rechtsprechung, S. 25 Rz 60 und Michael E. Meier, Zwei Jahre Schmerzrecht sprechung, S. 129) weist d ie Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass , in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben ver nachlässigt werden (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliede rungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex « Gesundheitsschädigung ») auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Einglie derung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine ver sicherte Gesund heitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

Die Beschwerdeführerin liess sich 2015 stationär und tagesklinisch behandeln (E. 3.1 hie r vor). Seit März 2015 ist sie zudem bei Dr. D.____ in Behandlung, dies jedoch stets mit lediglich alle drei Wochen stattfindenden Sitzungen . Von einem ausgewiesenen Leidensdruck kann in Anbetracht dieser geringen Behandlungsintensität offensichtlich nicht gesprochen werden. Da die psychopharmazeutische Behandlung zu keiner Verbesserung der Beschwerden geführt hat, erachteten die Gutachter der Psychiatrischen Klinik A.____ zudem eine regelmässige Kontrolle der Medikamenteneinnahme als sinnvoll , um eventuell einen Wechsel oder eine Aufdosierung der Medikation in Betracht zu ziehen . Die Beschwerdeführerin bemühte sich nie um Eingliederungsmassnahmen, weshalb eingliederungsanam nestisch ein allfälliger Leidensdruck nicht geprüft werden kann. 7.3.7

Zusammenfassend ist bei gesamthafter Betrachtung über die

massgeblichen Indikatoren eine medizinisch-gesundheitliche Anspruchsgrundlage, welche zur Anerkennung einer

gemäss Gutachter der Psychiatrischen Klinik A.____ 75%igen Arbeitsunfähigkeit aus psychischer Sicht führen könnte, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Dies gilt erst recht für die nach Ansicht der Beschwerdeführerin bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit. Eine geringfügige Einschränkung mag zwar vorhanden sein. Deren exakter Umfang lässt sich aufgrund des übertreibenden Verhaltens der Beschwerdeführerin nicht feststellen, kann mit Blick auf die nachfolgenden Ausführungen jedoch letztlich offenbleiben. 7.4

Nachdem sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin gemäss den Gutachten der Psychiatrischen Klinik A.____ seit 2013 kontinuierlich verschlechtert hat, die frühere Arbeitsunfähigkeit entsprechend tiefer sein musste, als die derzeit ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit in geringfügigem Ausmass, erübrigt es sich, den genauen Umfang der Arbeitsfähigkeit zu einem früheren Zeitpunkt anhand der massgeblichen Standardindikatoren zu prüfen. 7.5

Zu beurteilen bleibt, wie sich die Einschränkung des Leistungsvermögens der Beschwerdeführerin in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt.

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 8.1

Sowohl bei der erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch bei der Rentenrevidierung und im Neuanmeldungsverfahren ist die Methode der Invaliditätsbemessung (Art. 28a IVG) zu bestimmen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 117 V 198 E. 3b). Die für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganz tätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde.

Die Beschwerdeführerin war in den Jahren vor ihrer Erkrankung zu 80 % erwerbstätig und es ist davon auszugehen, dass sie bei guter Gesundheit weiterhin in diesem Umfang erwerbstätig gewesen wäre. Hiervon scheint auch sie selbst auszugehen (vgl. Urk. 1 S. 21). Angesichts dessen, dass ihre 1984 geborene Tochter längst volljährig ist und ihre Enkelkinder von der Tochter und dem Schwiegersohn betreut werden (Urk. 9/119/27), ist zumindest fraglich, ob von einem Aufgabenbereich im Sinne von Art. 27 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) ausgegangen werden kann. Dies kann jedoch letztlich offen bleiben.

E. 8.2

Der für die Invaliditätsbemessung und damit den Rentenanspruch massgebende Einkommensvergleich im Erwerbsbereich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass

die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E. 3.4.2). Für die Ermittlung des Valideneinkommens, also des Einkommens, welches die versicherte Person nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte, wird in der Regel am zuletzt erzielten Verdienst angeknüpft.

E. 8.3

Die Beschwerdeführerin hätte 2014 in einem 100 % -Pensum bei guter Gesundheit ein Einkommen von Fr. 60'882.90 erzielt (Urk. 9/1/5, 9/20/2).

E. 8.4

Nachdem der Beschwerdeführerin gemäss den Gutachtern der Psychiatrischen Klinik A.____ eine ähnliche Tätigkeit wie die bisherige, also eine Hilfstätigkeit im Gesundheits- und Sozialwesen zu empfehlen ist, ist das Invalideneinkommen gestützt auf die Tabellenlöhne des Bundesamtes für Statistik (LSE) 2014 TA1, Anforderungsniveau 1, Ziff. 86-88, Frauen, zu ermitteln, was bei einem 100 %-Pensum aufgerechnet auf

die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.5 Stunden ein Jahreseinkommen von Fr. 56'585.25 ergäbe (Fr. 4'545.-- x 12 / 40 x 41.5 [Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche T 03.02.03.01.04.01, Ziff. 86-88]).

Die Aufrechnung der Invaliden- und Valideneinkommen

auf den frühestmöglichen Rentenbeginn am 1. Januar 2015 kann - da proportional - unterbleiben.

E. 8.5

Um Anspruch auf Ausrichtung einer Viertelsrente der Invalidenversicherung zu haben, müsste die Beschwerdeführerin (selbst bei hypothetischer Qualifikation als Vollerwerbstätige) mindestens zu 35 % in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sein ($100 - [100 \times 0.65 \times \text{Fr. } 56'585.25 / \text{Fr. } 60'882.90]$), nachdem keinerlei Hinweise darauf bestehen, dass sie im Haushalt stärker eingeschränkt ist als im Erwerbsbereich. Eine Arbeitsunfähigkeit in mindestens diesem Umfang ist bei gesamthafter Betrachtung über die massgeblichen Indikatoren (E. 7.3-7.4 hier vor)

aber nicht ausgewiesen, lassen sich doch daraus lediglich geringfügige Einschränkungen ableiten. Von der subeventualiter beantragten Abklärung im Haushalt sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen) verzichtet wird.

Die Beschwerde ist damit abzuweisen.

E. 9

.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig und sind die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss 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: - Rechtsanwältin Christine Fleisch - 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 Gräub Lanzicher

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