

200 17 833 IV
KOJ/FRN/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 19. Juli 2018

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiberin Franzen

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

IV-Stelle Bern
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern
Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 17. August 2017



Sachverhalt:

A.

Die 1970 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 16. März 2015 unter Hinweis auf eine HWS-Distorsion, eine Hüftkontusion links, eine Diskushernie sowie psychische Probleme bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; AB] 1). Die IVB nahm medizinische und erwerbliche Abklärungen vor. Insbesondere edierte sie die Akten des zuständigen Unfallversicherers (AB 2; 3.1 – 3.7). Nach Einholung einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 27) liess sie die Versicherte psychiatrisch sowie rheumatologisch begutachten (psychiatrisches Gutachten vom 26. Januar 2016 [AB 39.1]; rheumatologisches Gutachten vom 24. Februar 2016 [AB 41.1]). Mit Verfügung vom 3. August 2016 wurden die beruflichen Massnahmen abgeschlossen (AB 49). Die IVB führte sodann Abklärungen bei der Versicherten zu Hause durch und erstellte einen Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb (AB 51). Mit Vorbescheid vom 16. September 2016 (AB 52) stellte sie die Abweisung des Rentenbegehrens bei einem in Anwendung der gemischten Methode (Erwerb: 65%, Haushalt: 35%) ermittelten IV-Grad von 19% in Aussicht. Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Einwand (AB 53; 56). Daraufhin liess die IVB eine Fallbesprechung durch die RAD-Ärztin und die Abklärungsfachfrau (AB 60) durchführen und holte eine Stellungnahme des Bereichs Abklärungen ein (AB 63). Mit Verfügung vom 17. August 2017 (AB 64) wies sie das Rentenbegehren dem Vorbescheid entsprechend ab.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, nach wie vor vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 18. September 2017 Beschwerde und stellte die folgenden Anträge:

1. Die angefochtene Verfügung ist aufzuheben und der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin ist auf mindestens 50% festzusetzen.
2. Eventualiter sind die Akten an die Beschwerdegegnerin zur Neubeurteilung zurückzuweisen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge

Mit Beschwerdeantwort vom 18. Oktober 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

In der Replik vom 14. Dezember 2017 und der Duplik vom 10. Januar 2018 hielten die Parteien an ihren Rechtsbegehren fest.

Mit Eingabe vom 30. Januar 2018 reichte die Beschwerdeführerin Schlussbemerkungen ein.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen

über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 17. August 2017 (AB 64). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine IV-Rente.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

2.3 Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 428 f., 141 V 281 E. 4.1 S. 296 ff.). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich

namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaublich wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und wi-

derspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweibelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

2.4 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem IV-Grad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.5

2.5.1 Für die Bestimmung des IV-Grades voll-erwerbstätiger Personen wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und all-fälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.5.2 Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit gestützt auf einen Betätigungsvergleich ermittelt (Art. 28a Abs. 2 IVG). In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 142 V 290 E. 4 S. 293; Entscheid des BGer vom 6. September 2017, 9C_752/2016 [zur Publikation vorgesehen], E. 2.1).

2.5.3 Die gemischte Methode bezweckt eine möglichst wirklichkeitsgerechte Bemessung des Invaliditätsgrades. Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch, d.h. ohne Gesundheitsschaden, aber bei sonst gleichen Verhältnissen, erwerbstätig wäre (BGE 133 V 504 E. 3.3 S. 508).

2.6 Um den IV-Grad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.1.1 Im ambulanten Kurzaustrittsbericht vom 20. September 2014 des Spital C._____ (AB 3.3 S. 12 f.) diagnostizierten die Ärzte eine vasovagale Synkope mit HWS-Distorsion und Hüftkontusion rechts. Die Beschwerdeführerin habe in einer ... gearbeitet, es sei heiss gewesen, sie habe sich unwohl gefühlt, dann sei es ihr schwindlig geworden und sie sei zu Boden gestürzt. Eine Fraktur oder intrakranielle Blutung habe ausgeschlossen werden können. Auch die radiologischen Befunde der Hüfte und des Thorax hätten keine pathologischen Befunde ergeben. Die Geschichte sei klassisch für eine vasovagale Synkope und es lägen keine Risikofaktoren vor. Entsprechend sei die Beschwerdeführerin wieder nach Hause entlassen worden.

3.1.2 Am 4. März 2015 wurde die Beschwerdeführerin vom zuständigen SUVA-Kreisarzt Dr. med. D._____, Facharzt für Chirurgie und Allgemeine Innere Medizin, untersucht. Im Bericht vom 5. März 2015 (AB 2) stellte dieser folgende Diagnosen (S. 6):

1. HWS-Distorsion

- Im MRI vom 11. November 2014 leichte degenerative HWS-Veränderungen, mehretages Diskusbulging, auf Höhe HWK5/6 kleine Protrusion mit möglicher Affektion der rechtsseitigen C6er Wurzel
 - Cervicobrachiales Schmerzsyndrom und diskretes sensibles Ausfallsyndrom C6 rechts
 - CT-gesteuerte extraforaminale Wurzelinfiltration C6 rechts
 - Aktuell: Anamnestisch Hyposensibilität Zeige- und Mittelfinger rechts, keine motorischen Defizite objektivierbar
2. Massive Aggravation bei psychosozialer Belastungssituation

Weitere Diagnosen:

1. Verdacht auf Depression
2. Anamnestisch Schwindel, Vergesslichkeit, passagere Hyposensibilität gesamte rechte Körperhälfte (ohne morphologisches Korrelat, knackende Ohrgeräusche, Kopfschmerzen)
3. Adipositas

Der Kreisarzt führte aus, bei der Untersuchung liessen sich keine sicheren morphologischen Veränderungen im Bereich der HWS und des rechten Arms feststellen. Die beklagte Muskelschwäche lasse sich nicht verifizieren. Muskuläre Hypotrophien fehlten. Bei der klinischen Untersuchung lasse sich im Schulter-Arm-Bereich rechts in allen Bewegungsrichtungen ein kräftiges Gegenspannen feststellen. Es werde ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten gezeigt. Unbeobachtet resp. unter Ablenkung liessen sich normale Bewegungsumfänge beobachten. Auch feinmotorisch zeige die Beschwerdeführerin, sobald sie sich nicht mehr im Untersuchungssetting wähne, eine völlig normale Funktion. Die von ihr geschilderte Sensibilitätsseinbusse lasse sich mit der im MRI nachgewiesenen möglichen Tangierung der Wurzel C6 erklären. Ebenso könnten die als Brennen beschriebenen Schmerzen durchaus auf eine gewisse Wurzelkompression hinweisen. Aufgrund der Anamnese mit vagovasaler Synkope und gemäss ersten Berichten Fehlen einer Amnesie und dem unauffälligen CT des Schädels sei das Vorliegen einer zerebralen Schädigung als Ursache der Beschwerden eher unwahrscheinlich. Diese seien am ehesten im Rahmen einer Sym-

ptorausweitung bei psychosozialer Belastungssituation, allenfalls Anpassungsstörung zu vermuten (S. 7).

3.1.3 Der Hausarzt Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 26. April 2015 (AB 12 S. 2 ff.) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Depression, ein chronisches HWS-Syndrom, Schwindel seit Kopfanprall am 19. September 2014 sowie einen Morbus Bechterew. Die Prognose sei schlecht. Seit dem 19. September 2014 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3). Mit der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne nicht gerechnet werden (S. 4).

3.1.4 Im Bericht vom 26. Juni 2015 (AB 21) diagnostizierten die behandelnde Psychologin, lic. phil. F. _____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP und Dr. med. G. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere depressive Episode (ICD-10: F33.2), sowie eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach wiederholten massiven Traumatisierungen im Krieg mit Depersonalisations- und Derealisationserlebnissen sowie variablen Somatisierungssymptomen (ICD-10: F43.1; S. 21). Die Beschwerdeführerin leide seit mindestens 1999 unter obgenannten Diagnosen mit Schwankungen der Symptomstärke. In der Arbeitsfähigkeit sei sie wohl immer eingeschränkt gewesen, was aber wegen nur kleinen Hilfsarbeiten über kürzere Zeit nicht aufgefallen sei. Seit mehreren Jahren arbeite sie regelmässig als ... für die Firma H. _____ (einmal pro Woche wenige Stunden) und als unregelmässige Arbeiterin (Arbeit auf Abruf) für die Firma I. _____ am Ende September 2014 habe sie einen massiven Einbruch in die psychische Stabilität erlitten, als sie einen Unfall während der Arbeit erlitten habe. Es sei davon auszugehen, dass sie aufgrund ihrer depressiven Symptomatik und ihren Traumatisierungen nicht fähig sei, mit Lebensereignissen wie Erkrankungen eines nahen Angehörigen oder eigenem Unfall mit körperlichen Folgen adäquat umzugehen, sondern dass es jeweils zu einer so starken Störung des inneren Gleichgewichtes komme, dass sie mit ausgesprochen starker depressiver Symptomatik reagiere und auch verstärkte Symptome einer Retraumatisierung aufweise (S. 3 f.). Zum Befund wurde ausgeführt, die mnesticen Funktio-

nen seien eingeschränkt, so könne sich die Beschwerdeführerin beispielsweise nicht mehr erinnern, dass sie bei der letzten Konsultation vor zwei Wochen einen Spaziergang gemacht hätten. Auch für die Beschwerdeführerin eigentlich sehr wichtige Daten (z.B. ...) würden nicht erinnert. Die Grundstimmung sei deutlich depressiv gefärbt mit grosser Traurigkeit, Weinen und auch gereizt-verstimmten Anteilen. Sie könne sich an nichts mehr freuen, sei lustlos auf allen Ebenen. Suizidgedanken seien vorhanden, sie sehe oft keinen Lebenssinn mehr, einzig der Gedanke an den Sohn halte sie am Leben. Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar (S. 5). Aktuell sei keine Tätigkeit zumutbar (S. 6).

3.1.5 Im psychiatrischen Gutachten vom 26. Januar 2016 (AB 39.1) stellte Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 15):

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode (ICD-10 F33.1, 33.2)
- posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)
- chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

Der Gutachter führte aus, die Beschwerdeführerin habe im September 2014 eine vasovagale Synkope erlitten, sei ohnmächtig geworden, gestürzt und habe sich dabei an der Halswirbelsäule verletzt. Sie klage seither über Nackenschmerzen, Kopfschmerzen und Schmerzen im rechten Arm, wobei sie schon seit Jahren über Schmerzen am ganzen Körper klage. Das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, aufgrund dieser Beschwerden nicht arbeiten zu können, könne durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden, sodass eine gewisse psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Vor dem Hintergrund der seit Jahren bestehenden psychischen und sozialen Belastungen könne die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gestellt werden. Die Beschwerdeführerin sei im Krieg traumatischen Erfahrungen ausgesetzt gewesen. Praktisch täglich erinnere sie sich an diese Erlebnisse, träume auch davon. Seit dem Unfall im September 2014 sei es auch zunehmend zu einem so-

zialen Rückzug gekommen. Sie pflege praktisch keine sozialen Kontakte mehr, sei resigniert und hoffnungslos, leide unter Suizidgedanken. Bei der psychiatrischen Untersuchung sei sie depressiv gewesen. Der Antrieb sei vermindert gewesen, das Gespräch habe gestockt, sie habe geweint, habe die Fassung verloren, als sie auf die Kriegserlebnisse angesprochen worden sei. Aus psychiatrischer Sicht könnten also zusätzlich die Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode, und posttraumatische Belastungsstörung gestellt werden (S. 14 f. Ziff. 10). Aufgrund der Depression sei die Beschwerdeführerin vermindert in der Lage mit ihren traumatischen Erinnerungen umzugehen, auch der Umgang mit ihren körperlichen Beschwerden, die nur zum Teil objektiviert werden könnten, sei dadurch erschwert (S. 15). Die Beschwerdeführerin sei ausser im Jahre 2002, als die Familie von der Ausweisung bedroht gewesen sei, noch nie stationär psychiatrisch behandelt worden. Dies sei ein Hinweis darauf, dass sie nicht an einer schweren, therapieresistenten depressiven Störung leide. Somit könne die vom Hausarzt attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100% nicht nachvollzogen werden (S. 16 Ziff. 13). Zur Arbeitsfähigkeit führte der Gutachter aus, in der bisherigen Tätigkeit als ... bestehe seit September 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 50%. Der Grad der Arbeitsfähigkeit habe sich seither nicht verändert. Auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 50% (S. 16 Ziff. 14).

3.1.6 Im rheumatologischen Gutachten vom 24. Februar 2016 (AB 41.1) stellte Dr. med. K._____, Facharzt für Rheumatologie sowie Innere Medizin, folgende Diagnosen (S. 27):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Ganzkörperschmerzsyndrom (weichteilrheumatisch)
- Seronegative Spondylarthropathie mit/bei
 - Hinweisen für ISG-Arthritis beidseits, keine Hinweise für Befall der LWS (MRI LWS und ISG 14. März 2014)
 - Basisbehandlung mit Remicade (=Infliximab) September 2014 bis Januar 2015 und März 2015 bis Herbst 2015, dann Wechsel auf subkutane Injektionen mit Cimzia (Certolizumab)
- Zervikovertebrales Syndrom mit/bei

- foraminaler Diskusprotrusion/Diskushernie C5/6 rechts (MRI HWS 11. November 2014 und 26. Oktober 2015)
- Status nach sensiblem zervikoradikulärem Reizsyndrom C6 rechts
- aktuell keine Hinweise für radikuläre Reizsituation

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- o Status nach Magenbypass-Operation
- o Adipositas

Bezüglich weichteilrheumatischem Schmerzsyndrom seien sämtliche zufällig und frei gewählte Stellen druckdolent, dies am ganzen Körper. Er könne keine Stelle finden, welche er mit feinem Druck betaste, die bei der Beschwerdeführerin keine Schmerzen auslöse. Es seien nicht nur die Fibromyalgie-definierten Druckpunkte positiv. Die Waddell-Zeichen seien sämtliche positiv. Eine radikuläre Problematik möge früher zervikal vorgelegen haben, heute könne er diese nicht nachweisen. Gemäss Akten sei eine seronegative Spondylarthropathie beschrieben und auch behandelt worden. Heute finde er keine Krankheitsaktivität, zumindest klinisch nicht. Das CRP sei heute im Labor normal (S. 30). Die ubiquitären Schmerzen seien sicherlich nicht auf das entzündliche Problem zurückzuführen. Die zervikale Diskopathie sei bildgebend nachgewiesen, führe aber heute nicht zu einer radikulären Symptomatik. Dieser Befund cervical habe jedoch Einschränkungen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit zur Folge. Dies führe dazu, dass die Tätigkeit an der letzten Stelle, welche dauernd stehend und mit dauernd inklinierter HWS getätigt worden sei, nicht mehr zulässig sei. Relevant in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit sei weiter das Ganzkörperschmerzsyndrom, welches dazu führe, dass eine körperlich schwere Arbeit nicht zulässig sei (S. 31).

Zur Arbeitsfähigkeit führte der Gutachter aus, in der bisherigen Tätigkeit, bei welcher sie dauernd stehend und mit dauernd inklinierter HWS arbeiten musste, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 0%. Das Profil einer Verweistätigkeit umfasse eine körperlich leichte Tätigkeit, welche sie nicht nur dauernd stehend, nicht nur dauernd gehend und nicht in Zwangsstellungen ausüben müsse. Sie können nicht über 10 kg heben, stossen oder ziehen, nicht dauernd vornübergebeugt oder repetitiv bückend oder dauernd über

Kopf oder mit dauernd inklinierter oder reklinierter HWS arbeiten. In einer solchen leichten wechselbelastenden Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100% bezogen auf ein Ganztagespensum (S. 32).

3.1.7 Die behandelnde Psychologin nahm im Bericht vom 5. April 2017 (AB 62) Stellung zum psychiatrischen Gutachten vom 26. Januar 2016 (AB 39.1). Sie führte aus, auch Beobachtungen, die sie in ihrem IV-Verlaufsbericht vom 26. Juni 2015 festgehalten habe, zeigten ganz klar, dass die kognitiven Leistungen wie Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnisleistungen stark beeinträchtigt seien. Die Beschwerdeführerin habe offenbar sehr wohl von Ängsten berichtet, es sei für sie nicht ersichtlich, weshalb diese im Befund nicht auftauchten. In den therapeutischen Sitzungen nähmen die Ängste und wie die Beschwerdeführerin damit umgehen könnte einen beträchtlichen Teil der Zeit ein. Aus ihrer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Langfristig gesehen, bei Zustandsverbesserung, sei eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von maximal 50% denkbar.

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, 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 begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen

Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 17. August 2017 (AB 64) massgeblich auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. J. _____ vom 26. Januar 2016 (AB 39.1) gestützt. Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen des Psychiaters und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Dieser Bericht erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (E. 3.2 hiervor), weshalb ihm insoweit volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

3.4 Was den psychischen Gesundheitszustand betrifft, hat Dr. med. J. _____ nachvollziehbar und überzeugend ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode, einer posttraumatischen Belastungsstörung sowie an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren leidet und deshalb in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50% besteht (AB 39.1 S. 15; S. 16 Ziff. 14). Es leuchtet ein, dass sich die posttraumatische Belastungsstörung und die depressive Störung gegenseitig beeinflussen und dass die Beschwerdeführerin aufgrund der Depression vermindert in der Lage ist, mit ihren traumatischen Erinnerungen umzugehen und dass auch der Umgang mit ihren körperlichen Beschwerden dadurch erschwert ist (AB 39.1 S. 15 Ziff. 11.3). Eine schwere, therapieresistente depressive Störung wird vom Gutachter explizit verneint (AB 39.1 S. 16 Ziff. 13), womit von einer mittelgradigen Störung auszugehen ist. Auf das psychiatrische Gutachten vom 26. Januar 2016 (AB 39.1) ist grundsätzlich (vgl. aber E. 3.5 ff. hiernach) abzustellen.

Dass die behandelnde Psychologin der Beschwerdeführerin höhere Einschränkungen bescheinigt – sie attestiert eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in allen Tätigkeiten (AB 21 S. 6) – ändert nichts, denn in Bezug auf Atteste

von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

3.5 Zu prüfen ist, ob den aus medizinischer Sicht erstellten psychischen Gesundheitsschäden invalidisierende Wirkung zukommt, wobei das diesbezügliche Prüfungsraster rechtlicher Natur ist (vgl. E. 2.3 hiervor).

3.5.1 Am 30. November 2017 (BGE 143 V 409 und 143 V 418) entschied das Bundesgericht, die bisherige Rechtsprechung aufzugeben und auch die Folgen von lege artis diagnostizierten leichten bis mittelschweren depressiven Störungen an den Grundsätzen von BGE 141 V 281 zu messen (vgl. E. 2.3 hiervor). Somit ist eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht bereits mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen (BGE 143 V 409 E. 4.5 und 5.1 S. 415 ff.). Das psychiatrische Gutachten (AB 39.1), das unter Berücksichtigung des IV-Rundschreibens Nr. 339 vom 9. September 2015 erstellt wurde, erfüllt die Voraussetzungen, um das neu auch auf Fälle von leichten und mittleren depressiven Störungen anzuwendende strukturierte Beweisverfahren bzw. die darin umschriebene Indikatorenprüfung vorzunehmen. Deshalb kann darauf abgestellt werden.

3.5.2 In einem ersten Schritt sind nunmehr mit Blick auf die neue Rechtsprechung allfällige Ausschlussgründe zu prüfen (vgl. E. 2.3 hiervor). Sowohl im Rahmen der Kreisarztuntersuchung des Unfallversicherers vom 4. März 2015 (AB 2) als auch bei der rheumatologischen Begutachtung vom 22. Januar 2016 (AB 41.1 S. 34 Ziff. 5.7, S. 28 ff. Ziff. 5.1.3) ergaben sich Hinweise auf Diskrepanzen und Aggravation. So hielt der Kreisarzt fest, dass ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten gezeigt werde. Unbeobachtet respektive unter Ablenkung liessen sich normale Bewegungsumfänge beobachten. Angesichts der von der Beschwerdeführerin geschilderten nahezu vollständigen Unbrauchbarkeit des rechten Armes wären zu-

mindest muskuläre Atrophien zu erwarten. Solche lägen zum Zeitpunkt der Kreisarztuntersuchung eindeutig nicht vor (AB 2 S. 7). Auch der rheumatologische Gutachter verweist darauf, dass sich keine muskulären Atrophien fänden, obschon die Beschwerdeführerin angebe, seit vielen Jahren Schmerzen zu haben. Dies spreche klar gegen eine relevante Schonung (AB 41.1 S. 29). Weiter sind gemäss rheumatologischem Gutachter sämtliche Waddell-Zeichen positiv (AB 41.1 S. 30). Vom psychiatrischen Gutachter wurde eine Aggravation demgegenüber explizit verneint (AB 91.1 S. 11 Ziff. 6.4). Die Beschwerdegegnerin weist allerdings auch zu Recht darauf hin, dass ein sekundärer Krankheitsgewinn darin zu erblicken sei, dass der Sohn und die Schwiegertochter zur Entlastung der Beschwerdeführerin in derselben Wohnung lebten und der Beschwerdeführerin beinahe jegliche Arbeiten im Haushalt abnahmen (Beschwerdeantwort S. 3). Ob sich bereits angesichts dieser aktenmässigen Hinweise auf Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbietet, kann hier letztlich offen bleiben, sprechen die Standardindikatoren doch ohnehin gegen eine funktionelle Auswirkung der psychischen Gesundheitsschäden (vgl. E. 3.5.3 ff. hiernach).

3.5.3 Im Rahmen der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) ist zunächst der Komplex „Gesundheitsschädigung“ zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298). Hier ist – worauf bereits in E. 3.4 hiervor hingewiesen wurde – festzuhalten, dass eine schwere, therapieresistente depressive Störung vom Gutachter explizit verneint wird (AB 39.1 S. 16 Ziff. 13), womit von einer (höchstens) mittelgradigen Störung auszugehen ist.

3.5.4 Betreffend den Indikator „Behandlungserfolg oder -resistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) ist zu bemerken, dass die Beschwerdeführerin zwar seit Jahren in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung ist, die eingenommenen Psychopharmaka aber unter dem Referenzwert liegen und die medikamentöse Therapie gemäss Gutachter allenfalls erhöht werden sollte (AB 39.1 S. 13 Ziff. 8.1). Es besteht eine relativ niedrige Therapiefrequenz von zirka einmal monatlich (AB 39.1 S. 7 Ziff. 3.2). In diesem Zusammenhang wies die behandelnde Psychologin darauf hin, dass sie seit längerem auf einen stationären Aufenthalt dränge, sich die

Beschwerdeführerin aber bislang nicht dazu habe entschliessen können (AB 21 S. 5). Damit ist eine Behandlungsresistenz nicht erstellt.

3.5.5 Zu prüfen ist weiter, ob massgebende Komorbiditäten bestehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.). Neben den diagnostizierten psychischen Gesundheitsschäden liegen keine schweren körperlichen Begleiterkrankungen (vgl. E. 3.6 hiernach) vor.

3.5.6 Was den Komplex „Persönlichkeit“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) betrifft, verneinte der Gutachter Wahrnehmungsstörungen oder inhaltliche Denkstörungen (AB 39.1 S. 10 Ziff. 4). Insoweit sind keine Persönlichkeitsmerkmale ersichtlich, die im Rahmen der umfassenden Ressourcenprüfung negativ ins Gewicht fallen könnten.

3.5.7 Zum Komplex „sozialer Kontext“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin belastet ist durch ihren seit Jahren kranken Ehemann. Gleichzeitig erfährt sie durch diesen und ihren Sohn eine Unterstützung, kann diese aufgrund des depressiven Zustandsbildes aber gemäss Gutachter kaum nützen (AB 39.1 S. 12 Ziff. 7.4 f.). Zur Tagesstruktur ist festzuhalten, dass sie gemäss eigenen Angaben gelegentlich einen Spaziergang mache, sie könne aber maximal 15 Minuten am Stück gehen. Der Ehemann und der Sohn bemühten sich um sie, ihr sei aber alles zu viel. Seit zwei Jahren hätten sie auch keinen Besuch mehr empfangen (AB 39.1 S. 9 Ziff. 3.9).

3.5.8 Was die Kategorie „Konsistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303) betrifft, stellt sich die Frage nach einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen, wobei das Aktivitätsniveau der versicherten Person im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen ist. Der psychiatrische Gutachter führte aus, im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung hätten sich keine Diskrepanzen zwischen den geklagten Symptomen, dem gezeigten Verhalten, der Aktenlage und den Alltagsaktivitäten gefunden (AB 39.1 S. 13 Ziff. 9.1). Die Beschwerdeführerin halte sich für vollständig arbeitsunfähig (AB 39.1 S. 14; 41.1 S. 33 Ziff. 5.6). Sie lebe zurückgezogen, leide unter Schlafstörungen, verbringe den Alltag passiv. Dennoch sei sie in der Lage, kleinere Spaziergänge zu unternehmen, kleinere Einkäufe zu tätigen, gelegentlich backe

und koche sie auch. Dass sie überhaupt nicht mehr arbeitsfähig sei, lasse sich durch die erhobenen Befunde nicht vollständig objektivieren (AB 39.1 S. 9 Ziff. 3.9, S. 14 Ziff. 9.2). Festzuhalten ist, dass die Beschwerdeführerin verschiedene Therapiemöglichkeiten nicht wahrgenommen hat. Im Anschluss an den stationären Aufenthalt in der Klinik L._____ wurde ihr eine Nachbehandlung in einer Tagesklinik empfohlen und eine entsprechende Anmeldung wurde in die Wege geleitet. Die Beschwerdeführerin habe den Termin jedoch kurz vor dem Indikationsgespräch abgesagt sowie später auch eine Unterstützung durch die psychiatrische Spitex (AB 58 S. 4). Weiter ist auf die niedrige Therapiefrequenz sowie die nicht adäquate Medikamenteneinnahme hinzuweisen (vgl. E. 4.5.9 hiernach). Die bestehenden Hinweise auf Diskrepanzen und Aggravation wurden in E. 3.5.2 hiervor bereits thematisiert. Nach dem Dargelegten besteht gemäss dem psychiatrischen Gutachter zwar ein sozialer Rückzug (AB 39.1 S. 14 Ziff. 9.3), jedoch sind gleichzeitig verschiedene Inkonsistenzen erstellt.

3.5.9 Was den Indikator der „Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen“ anbelangt (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304), ist festzuhalten, dass eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung etabliert ist, was für einen gewissen Leidensdruck spricht, dass aber eine relativ niedrige Therapiefrequenz von zirka einmal monatlich besteht, die eingenommenen Psychopharmaka unter dem Referenzwert liegen und die medikamentöse Therapie gemäss Gutachter allenfalls erhöht werden sollte (AB 39.1 S. 7 Ziff. 3.2, S. 13 Ziff. 8.1), womit der Leidensdruck als eher gering eingestuft werden muss.

3.5.10 Die Gesamtbetrachtung der Indikatoren – namentlich mit Blick auf aktenkundige Diskrepanzen, fehlende Komorbiditäten, geringe Therapiefrequenz und mangelhafte Compliance – ergibt, dass der diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode, der posttraumatischen Belastungsstörung sowie der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren keine invalidisierende Wirkung zukommt und die gutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50% (AB 39.1 S. 16 Ziff. 14) vorliegend nicht zu berücksichtigen ist.

3.6 Was den somatischen Gesundheitszustand betrifft, hat der rheumatologische Gutachter, Dr. med. K. _____, mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit insbesondere ein Ganzkörperschmerzsyndrom (weichteilrheumatisch), eine seronegative Spondylarthropathie sowie ein zervikovertebrales Syndrom attestiert (AB 41.1 S. 27). Er hat plausibel dargelegt, weshalb trotz dieser Diagnosen in einer leidensadaptierten Tätigkeit (körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeiten) eine 100%ige Arbeitsfähigkeit besteht (AB 41.1 S. 32). Auf diese Einschätzung kann abgestellt werden, zumal auch die Beschwerdeführerin keine diesbezüglichen Einwendungen erhebt.

4.

4.1 Zu prüfen ist im Folgenden der Status der Beschwerdeführerin resp. der Umfang, in welchem sie als Gesunde erwerbstätig wäre. Die Beschwerdegegnerin geht in der angefochtenen Verfügung vom 17. August 2017 (AB 64) gestützt auf den Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb (AB 51) von einem Status 65% Erwerb und 35% Haushalt aus.

4.2 Der Ehemann der Beschwerdeführerin arbeitet gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin gegenüber dem psychiatrischen Gutachter seit 1999 nicht mehr, er erhalte eine IV-Rente (AB 39.1 S. 9). Der gemeinsame Sohn wurde 1990 geboren. Die Beschwerdegegnerin berechnete den Anteil Erwerb gestützt auf die von der Beschwerdeführerin effektiv geleisteten Arbeitsstunden bei der I. _____ AG in den Jahren 2011 bis 2013 und ermittelte so einen Erwerb von 55%. Zu diesem Pensum addierte sie das 10%-Pensum als ... bei der H. _____ (AB 63 S. 4; 51 S. 4; vgl. AB 3.1 S. 35). Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden, weil dies dem Arbeitspensum bis zum Unfall im September 2014 entspricht. Die Vorbringen der Beschwerdeführerin ändern daran nichts. Namentlich bringt die Beschwerdegegnerin zu Recht vor, dass davon ausgegangen werden kann, dass die Familie schon früher auf ein höheres Einkommen der Beschwerdeführerin angewiesen gewesen wäre (AB 63 S. 4). Diese steigerte ihr Arbeitspensum erst im Jahr 2011 (IK-Auszug, AB 9 S. 2 f.), wobei es ihr schon seit Jahren möglich gewesen wäre, eine Stelle mit einem höheren

Beschäftigungsgrad anzunehmen. Die Krankschreibung der Beschwerdeführerin erfolgte erst aufgrund des Unfalles vom 19. September 2014 (AB 3.3 S. 19). Es ist davon auszugehen, dass sie auch heute noch in ihrem früheren Pensum bei der I. _____ AG (Arbeit auf Abruf) arbeiten würde. Fehlende Deutschkenntnisse sowie mangelnde Schulbildung sind IV-fremde Faktoren und können nicht berücksichtigt werden, worauf die Beschwerdegegnerin ebenfalls zu Recht verweist (AB 63 S. 4).

4.3 Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, sie hätte zu 100% erwerbstätig sein wollen, was aber aufgrund des Arbeitsverhältnisses bei der I. _____ AG, bei der die meisten Mitarbeiter auf Abruf arbeiteten, nicht möglich gewesen sei (AB 51 S. 4; Beschwerde S. 4), kann ihr ebenfalls nicht gefolgt werden. Bei diesem Arbeitsverhältnis zwischen der I. _____ AG und der Beschwerdeführerin handelt es sich um einen realen Umstand, entscheidend für die Statusfrage sind aber die hypothetischen Verhältnisse im Gesundheitsfall (vgl. E. 2.5.3 hiavor). Die Beschwerdeführerin hätte zudem die Stelle bei der I. _____ AG kündigen und zu einem anderen Arbeitgeber wechseln können, falls sie in einem 100%-Pensum hätte arbeiten wollen. Entsprechende Bemühungen eine andere Arbeitsstelle zu finden, sind den Akten jedoch nicht zu entnehmen und werden von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht.

Unzutreffend ist zudem das Vorbringen der Beschwerdeführerin, bei der Berechnung der Ergänzungsleistung (EL) des Ehegatten werde in der Regel von einer Vollzeitbeschäftigung ausgegangen (Beschwerde S. 4). Bei der Ermittlung einer allfälligen zumutbaren Erwerbstätigkeit der Ehefrau oder des Ehemannes ist nach der Rechtsprechung vielmehr der konkrete Einzelfall unter Anwendung familienrechtlicher Grundsätze (vgl. Art. 163 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches [ZGB; SR 210]) zu berücksichtigen; abgestellt wird dabei auf das Alter, den Gesundheitszustand, die Sprachkenntnisse, die Ausbildung, die bisherige Tätigkeit, die konkrete Arbeitsmarktlage sowie gegebenenfalls auf die Dauer der Abwesenheit des Berufslebens (BGE 142 V 12 E. 3.2 S. 14).

4.4 Nach dem Dargelegten ist von einem Status 65% Erwerbstätigkeit und 35% Haushalt auszugehen. Damit findet für die Invaliditätsbemessung die gemischte Methode Anwendung (vgl. E. 2.5.2 f. hiavor).

4.5 Die vorliegend anzuwendende gemischte Methode verstösst entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin nicht gegen die Bundesverfassung (BV; SR 101) bzw. die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101; BGE 137 V 334 E. 6 S. 347 f.; BGE 144 I 21 E. 2.1 S. 23).

Soweit die Beschwerdeführerin die Berechnung des IV-Grades nach der gemischten Methode bemängelt (Beschwerde S. 2 f.), ist darauf zu verweisen, dass das neue Berechnungsmodell bei der gemischten Methode ab dem Inkrafttreten der entsprechenden Verordnungsregelung, also ab 1. Januar 2018, gilt (vgl. IV-Rundschreiben Nr. 372 vom 9. Januar 2018). Für den vorliegend zu beurteilenden Zeitraum bis zur angefochtenen Verfügung vom 17. Oktober 2017 findet das bis zum 31. Dezember 2017 geltende Recht Anwendung.

5.

5.1 Zu prüfen ist im Folgenden, wie es sich mit der Invalidität im Erwerbsbereich verhält. Dabei ist der IV-Grad nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. E. 2.5.1 hiavor).

5.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen 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 (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

5.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) herangezogen

werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

5.2 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222). Der Beschwerdeführerin wurde ab dem 19. September 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% attestiert (AB 3.3 S. 19). Die Anmeldung zum Leistungsbezug ist am 16. März 2015 erfolgt (AB 1). Damit ist der hypothetische Rentenbeginn unter Berücksichtigung des Wartjahres und der sechsmonatigen Karenzfrist auf Anfang September 2015 festzulegen (Art. 28 Abs. 1 lit. b und Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG). Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich durchzuführen.

5.3 Für die Bemessung der Invalidität hat die Beschwerdegegnerin sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen zu Gunsten der Beschwerdeführerin (vgl. AB 9 S. 2) auf der Basis desselben Lohnes gemäss derselben LSE-Tabelle festgelegt (vgl. AB 51 S. 5). Dies unter Berücksichtigung der Tatsachen, dass die Beschwerdeführerin einerseits keine Berufsausbildung abgeschlossen hat (AB 1 S. 4 Ziff. 5.3) und im Wesentlichen als Hilfsarbeiterin tätig war und sie andererseits ihre zumutbare medizi-

nisch-theoretische Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit nicht verwertet. Hinsichtlich der Tätigkeit mit Gesundheitsschaden besteht eine Arbeitsfähigkeit von 100% in einer angepassten Tätigkeit. Weil den psychischen Gesundheitsschäden keine invalidisierende Wirkung zukommt, ist die gutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50% nicht zu beachten und sind einzig die somatisch begründeten Einschränkungen massgebend. Bei dieser Ausgangslage entspricht der IV-Grad hier dem Umfang der Leistungsminde- rung unter Berücksichtigung des Abzugs vom Tabellenlohn (Entscheid des EVG vom 15. April 2003, I 1/03, E. 5.2). Ein solcher Abzug im Umfang von 10% erscheint aufgrund der Gesamtsituation, namentlich unter Berücksich- tigung der leidensbedingten Einschränkung im Leistungsprofil (körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeiten), sachgerecht. Folglich resultiert ein IV-Grad im Bereich der Erwerbstätigkeit von 10% resp. gewichtet 6.5% (10% x 0.65 [Status]).

6.

Sodann sind die Einschränkungen im Bereich Haushalt zu prüfen und der IV-Grad in diesem Bereich zu ermitteln.

6.1 Für den Beweiswert eines Abklärungsberichts sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumli- chen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich erge- benden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Anga- ben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Mei- nungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel begründet und bezüglich der einzelnen Ein- schränkungen angemessen detailliert sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Ab- klärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehlein- schätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist

als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 130 V 61 E. 6.2 S. 63).

6.2 Der Abklärungsbericht Erwerb/Haushalt vom 12. September 2016 (AB 51) erfüllt grundsätzlich (vgl. aber E. 6.2 zweiter Absatz sogleich) die Anforderungen der Rechtsprechung gemäss E. 6.1 hiervor und überzeugt. Die Feststellungen der fachkundigen Abklärungsperson basieren auf eigenen, vor Ort und in Anwesenheit der Beschwerdeführerin durchgeführten Erhebungen (vgl. AB 51). Der Ehemann und die Schwiegertochter waren dabei zeitweise anwesend (AB 51. S. 1).

Die Beschwerdeführerin beanstandet, dass die Abklärung auf Deutsch und ohne Übersetzer erfolgt sei (Beschwerde S. 4). Der Rechtsvertreter hat diese Rüge bereits im Einwand vom 4. November 2016 (AB 56 S. 2) und damit rechtzeitig erhoben. In den Akten finden sich verschiedene Hinweise, dass die Beschwerdeführerin nur schlecht Deutsch spricht (AB 2 S. 3; 3.4 S. 5; 3.1 S. 24; 12 S. 9; 23 S. 2) und auch die psychiatrische Begutachtung erfolgte unter Beizug einer Dolmetscherin (AB 39.1 S. 6). Deshalb erscheint es zumindest fragwürdig, dass die Beschwerdegegnerin nicht von vornherein einen Dolmetscher für die Abklärung vom 6. September 2015 beigezogen hat (vgl. BGer vom 30. Juni 2008, 9C_25/2008, E. 4.3). Soweit der Abklärungsdienst in der Stellungnahme vom 3./25. April 2017 (AB 63) festhält, die Beschwerdeführerin habe „genügend Zeit gehabt, eine Übersetzungsperson zu organisieren oder den Abklärungstermin zu verschieben“ (AB 63 S. 2), kann dem nicht gefolgt werden: Der Abklärungstermin wurde der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 31. August 2016 mitgeteilt (AB 50), mithin nur wenige Tage vor der Abklärung, wobei ein Wochenende dazwischen lag. Der Beschwerdeführerin verblieben damit nur gerade drei Tage für die von der Beschwerdegegnerin erwähnten Schritte, was mit Blick auf die Verständigungsprobleme der Beschwerdeführerin klar zu wenig ist. Indessen zieht das Vorgehen der Beschwerdegegnerin keine Rechtsfolgen nach sich: Die Beschwerdeführerin macht vorab geltend, im Abklärungsbericht seien die Folgen der psychiatrischen Erkrankung nicht hinreichend abgeklärt bzw. berücksichtigt worden (Beschwerde S. 5). Da die psychiatrischen Gesundheitsschäden aber aus rechtlichen Gründen

nicht invalidisierend sind, sind die damit verbundenen Einschränkungen im Haushalt so oder anders nicht zu berücksichtigen.

Damit verbleiben einzig die körperlich bedingten Einschränkungen für mittelschwere und schwere Arbeiten. Die vom rheumatologischen Gutachter festgestellten gesundheitsbedingten Einschränkungen resp. das entsprechende Zumutbarkeitsprofil wurden berücksichtigt (AB 41.1 S. 32 Ziff. 5.3; 51 S. 4). Der Abklärungsbericht ist zudem hinsichtlich der Gewichtung der Tätigkeitsbereiche ausreichend detailliert und den Einschränkungen sowie den Angaben der Beschwerdeführerin wurde angemessen Rechnung getragen. Ebenfalls anzurechnen ist die Mithilfe der Familienangehörigen, namentlich der Schwiegertochter und des Sohnes. Insgesamt überzeugt der Abklärungsbericht und es besteht kein Anlass, in das Ermessen der Verwaltung einzugreifen.

6.3 Die im Abklärungsbericht ermittelte Einschränkung von 11,3% (AB 51 S. 10) ist unter diesen Bedingungen nicht zu beanstanden. Die genaue Festsetzung dieser Einschränkung kann aber letztlich offen bleiben: Angesichts des IV-Grades im Erwerb von gewichtet 6.3% (vgl. E. 5.3 hier vor) müsste der IV-Grad im Haushalt mehr als 70% betragen, damit ein rentenbegründender Gesamtinvaliditätsgrad von 40% resultieren würde. Dies ist hier offensichtlich nicht der Fall. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf die Aktennotiz des RAD zur Fallbesprechung mit der Abklärungsfachfrau (vgl. AB 60), wonach gemäss Akten gegen eine leistungsrelevante psychische Störung sprechende Anhaltspunkte bestehen, weder handmotorische Einschränkungen noch eine invalidisierende Schmerzsymptomatik bestehen und die von der Beschwerdeführerin angegebenen Einschränkungen im Haushalt unter Zugrundelegung des klinischen Status (u.a. normaler Neurostatus, ausreichender Kräftezustand, adipöser Ernährungszustand, unbeeinträchtigte handmotorische Leistungen) nicht plausibel seien. Diese Feststellungen entsprechen der Aktenlage, weshalb darauf ebenfalls abzustellen ist. Eine Rückweisung der Sache zur erneuten Abklärung der Invalidität im Haushalt unter Beizug eines Dolmetschers würde unter diesen Umständen nur einem formalistischen Leerlauf entsprechen, weshalb davon abgesehen werden kann.

6.4 Damit erübrigt sich auch der von der Beschwerdeführerin für den Fall der Rückweisung zur Abklärung der Invalidität im Haushalt beantragte Beizug eines Facharztes der Psychiatrie (Beschwerde S. 4). Der Vollständigkeit halber ist dazu festzuhalten, dass Arztberichte bei psychischen Gesundheitsschäden zwar rechtsprechungsgemäss eine erhöhte Bedeutung haben und der Abklärungsbericht im Haushalt dann keine beweistaugliche Grundlage darstellt, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht (Entscheid des EVG vom 21. Juni 2001, I 22/01, E. 3a mit Hinweisen), wobei aber selbstredend vorausgesetzt wird, dass der psychische Gesundheitsschaden invalidisierend ist, was vorliegend aber nicht der Fall ist.

6.5 Nach dem Dargelegten ist der Sachverhalt rechtsgenüglich abgeklärt. Auf weitere Beweismassnahmen kann in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) verzichtet werden.

7. Zusammenfassend erweist sich angefochtene Verfügung vom 17. August 2017 im Ergebnis als korrekt. Die dagegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und abzuweisen.

8.

8.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.– bis Fr. 1'000.– festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.–, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

8.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat weder die Beschwerdeführerin (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG) noch

die obsiegende Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.– werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.