

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01406 vom 22. Mai 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-05-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.01406](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01406)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01406 du 22 mai 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01406 del 22 maggio 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die 19 62 geborene X.\_\_\_\_

war vom 1. Juli 2006 bis zum 31. Oktober 2009 als Raumpflegerin bei der Y.\_\_\_\_ in einem Pensum von ca. 40 % tätig , wobei der letzte effektive Arbeitstag der 8. September 2008 war (Urk. 9/13).

Am 9. September 2008 rutschte die Versicherte im Badezimmer aus und zog sich dabei Kontusionen am Schädel und an der Wirbelsäule zu (Urk. 9/21 ) .

Für die Folgen dieses Unfalles erbrachte die Suva die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung, Taggelder) , welche sie im Februar 2009 einstellte (Urk. 9/21 S . 11) . Am 26. Oktober 2009 meldete sich die Versicherte bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 9/3).

Diese zog die Akten der Unfallversicherung (Urk. 9/21 ) sowie der Krankentaggeldversicherung (Urk. 9/22) bei , holte einen Auszug aus dem Individuellen Konto der Versicherten ein (IK-Auszug, Urk. 9/9) und tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen. Am 11. August 2010 wurde die Versicherte in der Abklärungsstelle

Z.\_\_\_\_ polydisziplinär begutachtet (Urk. 9/27). Am 1. November 2010 wurde die Arbeitsvermittlung im Einverständnis mit der Versicherten vorzeitig beendet (Urk. 9/33). In der Folge verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 24. Januar 2011 einen Rentenanspruch der Versicherten (Urk. 9/45), was mit Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 10. Mai 2012 bestätigt wurde (Urk. 9/53).

Am 1. Juli 2013 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf Schmerzen der Lendenwirbelsäule und der Halswirbelsäule sowie krankhaftes Übergewicht erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 9/57). Nachdem die Versicherte weitere medizinische Berichte eingereicht hatte, trat die IV-Stelle auf das Leistungsbegehren ein und ordnete eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung (Allgemeine Innere Medizin / Rheumatologie / Psychiatrie) bei der Medas

A.\_\_\_\_ an (Urk. 9/ 79 und Urk. 9/ 82).

Das Gutachten wurde am 30. Juli 2014 erstattet (Urk. 9/85) . Gestützt auf die Schlussfolgerungen der Gutachter stellte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 21. November 2014 die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (Urk. 9/93). Im Rahmen des Einwandverfahrens holte die IV-Stelle eine Stellungnahme des

psychiatrischen Gut achtens ein (Urk. 9/109) . Mit Verfügung vom 14. November 2016 verneinte sie einen Rentenanspruch der Versicherten (Urk. 9/118).

### **E. 1.1**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

### **E. 1.2**

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

### **E. 1.3**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG ,

BGE 139 V 547 E. 5 ,

131 V 49 E. 1.2 ,

130 V 352 E. 2.2.1).

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

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit BGE 143 V 418 hat das

Bundesgericht erkennt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

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

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_2 60/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die Anerkennung eines renten begründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweislasterlastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2).

#### **E. 1.4**

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

#### **E. 1.5**

). Es beruht auf

fachärztlichen Untersuchungen durch die Gutachter und wurde in Kenntnis der relevanten Vorakten und unter Beizug

eines Dolmetschers abgegeben. Es würdigt die vorhandenen Arztberichte sorgfältig, berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen hinreichend auseinander. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist einleuchtend und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar. 4.2

In somatischer Hinsicht geht aus dem Gutachten hervor, dass eine fortgeschrittene Gonarthrose und Femoropatellararthrose rechts, eine kurzbogige linkskonvexe Lumbalskoliose mit Spondylarthrosen L2 bis S1 und mediolinkslateraler Diskushernie L4/5 mit Nervenwurzelverletzung L5 links sowie ein Pseudohemisyndrom links (Hypästhesie) bei Symptomausweitung mit Aggravation und Selbstlimitierung seit Sturz am 9. September 2008 mit Schädel-, Schulter- und Wirbelsäulenkontusion bestehen. Gemäss Gutachter liegen keine radikulären Ausfallerscheinungen vor. Ob ein Panvertebrales Syndrom vorliege, sei schwierig festzustellen, da die dynamische Untersuchung bei fehlender Kooperation keineswegs vollständig gelinge.

Was das Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin in physischer Hinsicht anbelangt, legt e

Dr. F.\_\_\_\_ einleuchtend dar, dass sie infolge der fortgeschrittenen Gonarthrose, v.a. rechts ausgeprägt, und bei gleichzeitigem Vorliegen einer lumbalen Fehlf orm mit Arthrosen der kleinen Wirbelgelenke in der zuletzt aus geübten Berufstätigkeit als Reini gungsangestellte mit einem 40 bis 50 %-Pensum nicht mehr arbeitsfähig sei . Für leidensangepasste Tätigkeiten, d.h. für leichtere bis mittelschwere manuelle Tätigkeiten, die vorwiegend sitzend ausgeführt wer den könnten, und bei denen nicht eine kniende Arbeitsposition eingenommen werden müsse, sei die Arbeitsfähigkeit in vollem Umfang gegeben (Urk. 9/85 S. 20 f. ).

Soweit die Beschwerdeführerin moniert, der Gutachter nehme zu Unrecht keine Stellung zur Einschätzung des B.\_\_\_\_ , wonach sie auch in ein er leichten angepassten Tätigkeit nur zu 50 % arbeitsfähig sei (Urk. 1 S. 4) ist darauf hinzuweisen , dass die Beschwerdeführerin gemäss Bericht des B.\_\_\_\_ vom 17. Mai 2013 sowohl aus orthopädi scher als auch aus rheumatologischer Sicht als 100 % arbeitsfähig beurteilt wird (Urk. 9/59 S. 6). Lediglich aus schmerzthe rapeutischer Sicht wird eine 50 %- ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, wobei dieser Einschätzung keine objektiven Befunde, sondern nur die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin zugrunde liegen. Das MRI vom 6. Juni 2016 ergab eine grosse Diskusextrusion C5/6 links intraforamina l mit Kompression der C6-Wurzel . Dr. med. I.\_\_\_\_ , Fachärz tin FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, attestiert jedoch nicht deshalb , sondern wegen multifokalen Schmerzen, ausgeprägter Müdigkeit und Erschöp fungszustand sowie wegen sch w eren depressiven Episoden ,

eine 100 % Arbeits unfähigkeit (Urk. 13/1) . Sie stützt sich somit ebenfalls lediglich auf die subjekti ven Angaben der Beschwerdeführerin. Auch die weiteren im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Berichte, soweit sie sich auf den Sachverhalt vor der angefochtenen Verfügung beziehen, vermögen die Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ nicht zu entkräften. Es kann deshalb ohne weiteres davon ausge gangen werden, dass sich in somatischer Hinsicht der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung im Z.\_\_\_\_ ( Urk. 9/27 ) nicht massgeblich verschlechtert hat. 4.3

#### 4.3.1

Aus p s ychiatrischer Sicht geht aus dem Gutachten hervor, dass die Beschwerde führerin an einer ausgeprägten Dysthymia mit maligner Regression und Migrati onshintergrund (ICD F 34.1) leidet. Der Gutachter begründete die Diagnose ausführlich und verneinte die vom behandelnden Psychiater des B.\_\_\_\_ gestell te n Diagnosen einer schweren depressiven Episode sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung . Er wies darauf hin , dass die Ärzte des B.\_\_\_\_ nicht zwischen dem Migra tionshintergrund und den krankhaften Anteilen im engeren Sinne unterscheid e n würden . Diese Differenzierung sei im Rahmen von Berichterstattungen von Therapeuten auch nicht notwendig. Er stellte ausgeprägte psychosoziale Belas tungsfaktoren fest und gelangte sodann zum nachvollziehbar begründeten Schluss, dass die Beschwerdeführerin durch ihre psychischen Beschwerden nicht in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. 4.3.2

Gemäss der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind grundsätzlich sämt liche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen ( BGE 143 V 418 E. 6) . Die medizinischen Akten, ins besondere die Expertise des Dr. G.\_\_\_\_ , erlauben eine schlüssige Beurteilung gestützt auf die massgebenden

Standardindikatoren. Eine Ergänzung des medizinischen Sachverhalts erübrigt sich daher. Invaliditätsfremde psychosoziale Faktoren sind bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auch nach der geänderten Rechtsprechung

weiterhin auszuscheiden. Entsprechend ist bei sämtlichen psychischen Leiden beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde festzustellen, ob die Schwere des Krankheitsgeschehens auf einen (versicherten) Gesundheitsschaden oder auf nicht versicherte Faktoren zurückzuführen ist (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1).

Eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert muss umso ausgeprägter vorhanden sein, je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen. So kann eine depressive Symptomatik chronifiziert, damit durchaus verselbständigt sein und dennoch im Rahmen des gesamten Beschwerdebildes nicht genug ins Gewicht fallen, als dass auf eine längerdauernde Erwerbsunfähigkeit geschlossen werden dürfte (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C\_140/2014 vom 7. Januar 2015 E. 3.3 mit Hinweisen).

Dies gilt umso mehr als vorliegend die Feststellungen des rheumatologischen Gutachters Dr. F.\_\_\_\_ – wie bereits diejenigen des

orthopädischen Vorgutachters des Z.\_\_\_\_ – auf ein aggravatorisches Verhalten der Beschwerdeführerin hindeuten. Der psychiatrische Gutachter Dr. G.\_\_\_\_

diagnostiziert

eine ausgeprägte Dysthymia mit maligner Regression und Migrationshintergrund und weist auf die

soziale Randständigkeit der Beschwerdeführerin und ihre mangelnde Bildung hin. Sie habe schon in ihrer Heimat nie differenziert Stellung nehmen müssen zu irgendwelchen Belangen des Lebens. Sie verfüge über praktisch kein Abstraktionsvermögen (Urk. 9/85 S. 26).

Ausschlaggebend sei der Migrationshintergrund und die Grundvoraussetzungen der Persönlichkeit und nicht ein psychiatrisches Leiden im engeren Sinne (Urk. 9/85 S. 27).

Somit ist vorliegend - unter Ausklammerung dieser psychosozialen Faktoren - von einem eher geringen Schweregrad der Gesundheitsschädigung auszugehen. 4.3.3

Weitere wichtige Indikatoren für die Ermittlung der Schwere eines Gesundheitsschadens sind Verlauf und Ausgang von durchgeführten Therapien. Scheitern lege artis und mit optimaler Kooperation durchgeführte Therapien, deutet dies auf eine negative Prognose hin (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2).

Hinsichtlich des Therapieverlaufs weist Dr. G.\_\_\_\_ darauf hin, dass die Beschwerdeführerin Psychotherapie in deutscher Sprache in Anspruch nehmen, was kaum zu einer Verbesserung führen könne. Im Übrigen sei sie praktisch nicht psychotherapierbar, da nicht ein psychiatrisches Leiden im engeren Sinne bestehe (Urk. 9/85 S. 27 f.). Eine langjährige Chronifizierung des Leidens bei einem somatisch fixierten Krankheitskonzept mit wenig intellektuellen Ressourcen führt zwar insgesamt zu einer schlechten Prognose mit geringen Erfolgsaussichten. Selbst wenn deshalb von einer Behandlungsresistenz auszugehen wäre, kann daraus jedoch nicht gefolgert werden, dass das Leiden die

funktionelle Leistungsfähigkeit einschränkt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_409/2017 vom 21. März 2018 E. 5.2.1). 4.3.4

Hinsichtlich der Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychischen Störung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (Indikator „Komorbiditäten“) ist festzuhalten, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist ( BGE 143 V 418 E. 8.1).

Der Gutachter Dr. G.\_\_\_\_

sah keine psychiatrische Komorbidität mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit als gegeben an. Eine körperliche Begleiterkrankung besteht zwar, hat jedoch

in einer angepassten Tätigkeit keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. 4.3.5

Des Weiteren bestehen keine Hinweise auf strukturelle Defizite im Sinne einer Persönlichkeitsstörung (Komplex der Persönlichkeit, vgl. BGE 141 V 281

E. 4.3.2), welche im Rahmen der umfassenden Ressourcenprüfung negativ ins Gewicht fallen könnten.

Ein sozialer Rückzug ist zwar vorhanden, wobei Dr. G.\_\_\_\_

zutreffend darauf hinweist, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihres Migrationshintergrundes schon immer sozial weitestgehend isoliert gewesen sei (Urk. 9/85 S. 27).

Sie verfügt indessen

über ein intaktes Familienleben und erhält

Unterstützung durch ihren Ehemann und ihre erwachsenen Kinder.

Damit enthält der soziale Lebenskontext (Komplex „sozialer Kontext“; vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.3) durchaus Ressourcen, auf die die Beschwerdeführerin zurückgreifen kann.

Hinsichtlich des Gesichtspunkts gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ist festzuhalten, dass aus dem Gutachten hervorgeht, dass eine Symptomausweitung und Aggravation besteht (Urk. 9/85 S. 22). Die Selbstlimitierung und übertriebene Schonung

stünden im Vordergrund, so dass durch die Immobilisation und durch die fixierte Leistungshemmung eine allgemeine Dekonditionierung im eigenen Haushalt eingetreten sei (Urk. 9/85 S. 20). Die konservativ-therapeutischen Massnahmen seien keineswegs ausgeschöpft und könnten die funktionelle Kapazität zur Alltagsbewältigung verbessern. Die fehlende Motivation sowie die deutliche Tendenz zur Schonung und Immobilisation erschweren eine Rehabilitation und somit auch die Wiederaufnahme jeglicher Berufstätigkeit (Urk. 9/85 S. 21). Der psychiatrische Gutachter Dr. G.\_\_\_\_ weist im Übrigen darauf hin, dass die Beschwerdeführerin schon immer auf einem minimalen Niveau funktioniert habe (Urk. 9/85 S. 27).

4.3.6

Damit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die psychische Störung keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat und die geltend gemachten Einschränkungen anders begründet sind als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung.

Selbst wenn eine somatoforme Schmerzstörung zu diagnostizieren wäre – wie dies die Beschwerdeführerin geltend macht (Urk. 1 S. 4 ff.) – würde sich daran nichts ändern. Der Gesundheitszustand und die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit sind hinreichend abgeklärt. Von weiteren Untersuchungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. 4.4

Demzufolge ist gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten

mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist und sich somit ihr Gesundheitszustand seit der letzten Rentenabweisung nicht wesentlich verschlechtert hat. Die Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen. 5.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). 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 Ursula Sintzel - 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 Hurst Leicht

## **E. 1.6**

In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach diesem Entscheid verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE a.a.O. E. 6 in initio). In sinngemässer Anwendung der nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigen Gutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige

Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen ( BGE 141 V 281 E. 8). 2.

## **E. 2**

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 16. Dezember 2016 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr mit Wirkung ab 1. Dezember 2013 eine ihrer Erwerbsunfähigkeit entsprechende IV-Rente zuzusprechen. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 8. Februar 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk. 8). Mit Eingabe vom 9. März 2017 zog die Beschwerdeführerin das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zurück (Urk. 10). Mit Eingabe vom 5. Mai 2017 reichte sie weitere medizinische Berichte ein, welche der Beschwerdegegnerin am 8. Mai 2017 zur Kenntnisnahme zugestellt wurden (Urk. 14).

### **E. 2.1**

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, die Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführerin die Ausübung der bisherigen Tätigkeit als Raumpflegerin nicht mehr zumutbar sei. Eine körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeit, welche nicht kniend sei, sei jedoch zu 100 % zumutbar. Aufgrund der medizinischen Beurteilung bestehe kein IV-relevanter Invaliditätsgrad (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin machte dagegen im Wesentlichen geltend, die Ärzte des B.\_\_\_\_ seien in somatischer Hinsicht

zum Schluss gekommen, dass sie auch in einer leichten angepassten Tätigkeit nur zu 50 % arbeitsfähig sei. In psychischer Hinsicht lägen zahlreiche fundierte Facharztberichte vor, welche eine schwere Depression diagnostizierten und eine voll e Arbeitsunfähigkeit attestierten. Es stehe auch fest, dass sie an einer somatoformen Schmerzstörung leide. Es sei durch sorgfältige und umfassende Abklärung des Sachverhalts anhand eines strukturierten Prüfungsrasters abzuklären, ob es ihr noch zumutbar sei, einer Erwerbsarbeit nachzugehen. Das Medas -Gutachten erfülle die Kriterien, die an medizinische Grundlagen gestellt würden, nicht und sei nicht verwertbar (Urk. 1 S. 3 ff.). 3.

## **E. 3**

der Verordnung über die Invalidenversicherung ( IVV ) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den All gemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ( ATSG ) vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu

beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

### **E. 3.1**

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung der Beschwerdeführerin vom 1. Juli 2013 ( Urk. 9/57 ) eingetreten. Es gilt somit zu prüfen, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse im massgebenden Zeitraum zwischen der Verfügung vom 24. Januar 2011, mit welcher ein Anspruch auf eine Invalidenrente verneint wurde (Urk. 9/45 ), und der angefochtenen Verfügung vom 14. November 2016 (Urk. 2), insofern verändert haben, dass nunmehr ein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht.

### **E. 3.2**

Die vom hiesigen Gericht bestätigte rentenabweisende Verfügung vom 24. Januar 2011 basierte in medizinischer Hinsicht insbesondere auf dem von der Beschwerdegegnerin eingeholten polydisziplinären Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 13. September 2010 (Urk. 9/27 ).

Darin wurden die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt (Urk. 9/27 S. 19) : - Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.5) - Chronische Knieschmerzen rechts (ICD-10 M79.66) - Chronische Nacken-Schulter Schmerzen beidseits ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.2)

Es wurde ausgeführt, aus Sicht des Bewegungsapparates könnten aufgrund der anamnestischen Angaben, der erhobenen Untersuchungsbefunde sowie der bildgebenden Diagnostik ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik und chronische Nacken- und Schulter Schmerzen beidseits ohne radikuläre Symptomatik diagnostiziert werden. Weiter bestünden chronische Knieschmerzen rechts mit deutlicher Schmerzregredienz seit der intraartikulären Infiltration. Die von der Beschwerdeführerin angegebenen, äusserst diffusen Beschwerden liessen sich durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls vollständig begründen, so dass deutliche Hinweise für eine erhebliche, nicht-organische Beschwerdekompone nte bestünden. Aufgrund der erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen könnten der Beschwerdeführerin körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten und somit auch die angestammte Tätigkeit bleibend nicht mehr zugemutet werden. Für körperlich leichte Tätigkeiten mit der Möglichkeit zur Wechselbelastung bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %, vollschichtig realisierbar. Aus psychiatrischer Sicht könne aufgrund der anamnestischen Angaben sowie der erhobenen Befunde lediglich eine Schmerzverarbeitungsstörung diagnostiziert werden, woraus keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden könne. Es könne der Beschwerdeführerin trotz der geklagten Beschwerden zugemutet werden, weiterhin einer ihren körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit uneingeschränkt nachzugehen. Aus allgemein internistischer Sicht könnten lediglich Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden, so dass keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden könne (Urk. 9/27 S. 20 f.)

### **E. 3.3**

Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 14. November 2016 präsentierte sich die medizinische Aktenlage wie folgt:

#### **E. 3.3.1**

Im Austrittsbericht der C.\_\_\_\_ vom 28. November 2012 betreffend den Aufenthalt vom 5. bis 16. November 2012 wurden die folgenden Diagnosen gestellt: - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung - Mittelgradige depressive Episode - Adipositas

Es wurde festgehalten, die starke Medikamentenabhängigkeit und die beobachtete Entzugssymptomatik nach Reduktion der bisherigen analgetischen Medikation hätten zu einer ablehnenden Haltung gegenüber der stationären Behandlung sei tens der Beschwerdeführerin geführt. Auch die angesprochene antidepressive Behandlung in einer psychiatrischen Klinik habe die Beschwerdeführerin abgelehnt. Es wäre sinnvoll, die Beschwerdeführerin für eine stationäre psychiatrische Behandlung zu motivieren, um zunächst eine antidepressive Therapie konsequent durchzuführen. Die Beschwerdeführerin habe im Allgemeinen und auch in den klinisch psychologischen Gesprächen sehr auf die generalisierte Schmerzthematik und die Kopfschmerzproblematik fokussiert gewirkt und habe sich kaum davon distanzieren können. Sie sei oft wenig präsent, eher affektarm und kognitiv deutlich eingeschränkt gewesen, v.a. auch bezüglich Erinnerungsvermögen. In Paargesprächen hätten sich zudem viel Überforderung und Hilflosigkeit sowie Zukunftssorgen auch beim Ehemann und gleichzeitig unrealistische Erwartungen in Bezug auf einen Rehabilitationsaufenthalt verdeutlicht (z.B. Möglichkeiten wegen finanziell enger Situation). Offen bleibe, wie weit in diesem Zusammenhang ein sekundärer Krankheitsgewinn mit zuberücksichtigten sei (Urk. 9/67 S. 4 ff.).

### **E. 3.3.2**

Im Bericht des B.\_\_\_\_ vom 17. Mai 2013 wurden die folgenden Diagnosen genannt: - Lumbovertebrales Syndrom m/b - mehrsegmentalen Bandscheibenprotrusionen vor allem L4/5 mit Kontakt zur Nervenwurzel L4 ohne Kompression (D.\_\_\_\_ 20.10.10) - Kniebeschmerzen re. m/b - Femoro-Tibial-Arthrose medialbetont - Femoro-Patellararthrose (E.\_\_\_\_ 19.02.09) - St. n. Sturz im Badezimmer 09.09.08 m/b - Schädel-Wirbelsäulenprellung - schwere depressive Episode (ICD-10, F32.2) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung - Adipositas per magna (E66.0, BMI=44)

Es wurde ausgeführt, aus schmerztherapeutischer Sicht bestehe für die bisherige Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Bei einer angepassten leichten Tätigkeit und Vermeidung von monoformen Belastungsmustern und ohne schweres Heben sei die Beschwerdeführerin ca. 50% arbeitsfähig. Aus chirurgischer Sicht sei die Beschwerdeführerin für alle Tätigkeiten mit schwerem Heben oder Tragen von Lasten sowie in WS-belastenden Tätigkeiten und in Zwangshaltung, für langandauerndes reines Stehen, insbesondere in vorübergeneigter Körperhaltung, für alle Tätigkeiten mit repetitiven Rumpf- oder HWS-rotierenden Stereotypen sowie Arbeiten überwiegend im Überkopfbereich nicht geeignet. Zumutbar seien körperlich leichte Tätigkeiten in WS-adaptierten Wechselpositionen mit der Möglichkeit zum Wechseln zwischen Sitzen, Stehen und Gehen, insbesondere kein Heben von schweren Lasten, nicht mehr als 5 kg kurzfristig und 2 kg längerfristig. Aus orthopädischer Sicht könne keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Auch aus rheumatologischer Sicht sei sie zu 100% arbeitsfähig. Aus psychiatrischer Sicht sei sie jedoch zu 100% arbeitsunfähig (Urk. 9/59).

### **E. 3.3.3**

Im Medas-Gutachten vom 30. Juli 2014 wurden die folgenden Diagnosen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 9/85 S. 10 f.): - Fortgeschrittene

Gonarthrose und Femoropatellararthrose rechts - Lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei -  
Kurzbogiger linkskonvexer Lumbalskoliose - Spondylarthrosen L2/3 bis L5/S1 -  
Mediolinkslateraler Diskushernie L4/5 mit Nervenwurzelverlagerung L5 links

Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit  
Krankheitswert wurden die Folgenden genannt: - Ausgeprägte Dysthymia mit maligner  
Regression und Migrations - hinter grund (ICD F 34.1) - Pseudohemisyndrom links  
(Hypästhesie) mit Symptomausweitung seit - Sturz am 9.9. 2008 mit Schädel-, Schulter und  
Wirbelsäulenkontusion - Nikotinabusus (4 Zigaretten täglich) - Adipositas (BMI 42)

Der rheumatologische Gutachter , Dr. med. F.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Rheu matologie,  
führte aus, die 52-jährige übergewichtige Beschwerdeführerin, ehe mals als  
Reinigungsangestellte, Zimmermädchen, Küchengehilfin und Angestellte im Paketdienst  
der Post tätig, klage über anhaltende, linksbetonte Schmerzen am Rumpf und an den  
Extremitäten, die durch einen Sturz im Bad vor über fünf Jahren (9. September 2008)  
manifest geworden s eien . Die permanent vorkom menden Beschwerden seien nicht  
positions- und bewegungsabhängig und könn ten von der Beschwerdeführerin mit Bezug  
auf die Alltagsbewältigung nicht prä zisiert werden. Die Selbstlimitierung und übertriebene  
Schonung seien im Vor dergrund, so dass durch die Immobilisation und durch die fixierte  
Leistungshem mung im eigenen Haushalt eine allgemeine Dekonditionierung eingetreten  
sei. Das schmerzorientierte Verhalten beherrsche die Grundbefindlichkeit und eine

auffällige Therapieresistenz in der Vergangenheit sei sowohl in der Zürcher Tagesklinik (1  
9. Oktober bis 23. November 20 11) als auch anlässlich eines stati onären Aufenthaltes in  
der C.\_\_\_\_ (5 . b is 16. November 20 12) zum Vorschein gekommen, so dass eine gezielte  
heilgymnastische Behandlung verun möglicht werde. Objektiv bestehe eine ausgeprägte  
Gonarthrose und Femoropa tellararthrose rechts, die kernspintomographisch bereits am  
18. Februar 2009 erfasst worden sei . Der Knorpel in diesem grossen gewichttragende n  
Gelenk zeige nicht nur einen Substanzverlust sondern auch Schädigungen, die bis auf den  
darunterliegenden Knochen reichten. Die ausgedehnten degenerativen Verände rungen  
beträfen sowohl das mediale Femorotibialgelenk als auch den lateralen A nteil des  
Femoropatellargelenkes . Mit einer langsamen Progredienz sei in Zukunft zu rechnen,  
wobei die Übergewichtigkeit diesen umschriebenen Krank heitsprozess eher beschleunigen  
werde. Die Belastungstoleranz in aufrechter Hal tung sei somit deut lich reduziert. Ob  
wirklich ein

Panvertebrales Syndrom vor liege, sei schwierig festzustellen, da die dynamische  
Untersuchung bei fehlender Kooperation keineswegs vollständig gelinge. Die kurzbogige  
Torsionsskoliose im Lumbalbereich sei prognostisch ungünstig wegen mangelnder  
Kompensations möglichkeit und die axiale Belastbarkeit in diesem Wirbelsäulenabschnitt  
werde durch die vorliegende Fehlform deutlich herabgesetzt. Zudem lägen Spondylar  
throsen im Bereich der unteren Lumbalsegment e vor, was kernspintomographisch bereits  
am 5. November 2008 aufgezeigt worden sei und wodurch statische Beschwerden (z.B. bei  
starker Reklination ), aber auch bewegungsabhängige Symptome entstehen könnten. Die  
genannten Veränderungen müssten bei der Beurteilung der beruflichen Belastbarkeit  
hinreichend berücksichtigt werden. Die Koinzidenz der fortgeschrittenen Gonarthrose  
rechts mit der lumbalen Fehlform sowie den degenerativen Veränderungen im untersten  
Wirbelsäulenabschnitt beschränke die Belastungstoleranz im aufrechten Gang.  
Zusammenfassen d sei aus rheumatologischer Sichtweise durch die ausgeprägte  
Gonarthrose rechts sowie die Wirbelsäulenfehlform begleitet von Arthrosen der kleinen W

irbelge lenke im Lumbalabschnitt die Wiederaufnahme der unveränderten bzw. nicht angepassten Berufstätigkeit als Reinigungsangestellte verunmöglicht. Auch andere Berufstätigkeiten, die vorwiegend stehen d ausgeführt würden und solche, bei denen wiederholt schwere Gewichte ( über

#### **E. 3.3.4**

In seiner Stellungnahme vom 8. Juni 2015 zu den Einwänden der Beschwerdeführerin führte der psychiatrische Gutachter Dr. G.\_\_\_\_ aus, zum Hinweis, dass der Tod der Tochter der Beschwerdeführerin nicht in die Überlegungen einbezogen worden sei, sei festzuhalten, dass sie ihm gegenüber explizit verneint habe, dass es zu irgendwelchen Besonderheiten in der Entwicklung der Nachkommen gekommen sei und dass belastende Faktoren für ihr Beschwerdebild auslösend gewesen seien. Es sei anzunehmen, dass sie das Ereignis verarbeitet habe. Für eine vollständige Skotomisierung des Ereignisses hätten sich keine Hinweise ergeben. Bei solchen Vorgängen im Sinne einer pathologischen Verdrängung finden sich in aller Regel eindruckliche emotionale Begleitvorgänge beim Ansprechen der Thematik, etwa Dissoziationen. Solche habe er nicht beobachten können. Ein einschneidendes Lebensereignis sei für die Diagnose der Schmerzstörung erforderlich und der Tod der Tochter genüge gemäss seinen Untersuchungen den Kriterien nicht (Urk. 9/109).

#### **E. 3.3.5**

Im Bericht der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin des H.\_\_\_\_ vom 5. April 2016 betreffend die Hospitalisation vom 21. bis 30. März 2016 wurden die folgenden Diagnosen genannt: - Somatoforme Schmerzstörung mit chronischem Panvertebralsyndrom und multilokulären Schmerzen a.e. im Rahmen Diagnose 2 - schwere depressive Entwicklung - medial betonte Gonarthrose beidseits - chronische gastrointestinale Beschwerden - Adipositas Grad II - Vitamin D-Mangel

Es wurde ausgeführt, die stationäre Aufnahme sei nach Selbstvorstellung mit generalisierten Schmerzen auf der Notfallstation erfolgt. Die Aufnahme auf die medizinische Bettenstation sei primär bei hohem Leidensdruck erfolgt. In der Zusammenschau der Befunde sei von einer Schmerzexazerbation bei vorbekannter chronischer Schmerzsituation, möglicherweise im Rahmen einer psychischen Dekompensation, ausgegangen worden. Die Beschwerdeführerin sei am 30. März 2016 in zufriedenstellendem Allgemeinzustand wieder nach Hause entlassen worden (Urk. 13/4).

#### **E. 3.3.6**

Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie und Innere Medizin, nannte in ihrem Bericht vom 21. Februar 2017 betreffend die Konsultation vom 17. Oktober 2016 die folgenden Diagnosen: - schweres Fibromyalgie-Syndrom - chronisches cervikoradikuläres Schmerzsyndrom C6 links - schwere depressive Episoden - chronisches Panvertebralsyndrom - chronische Cephalgien - chronische Schulterschmerzen links - chronische Polyarthralgien

Dr. I.\_\_\_\_ hielt fest, aufgrund von stark immobilisierenden multifokalen Schmerzen bei oben erwähnten Diagnosen sowie ausgeprägter Müdigkeit und Erschöpfungszustand ebenfalls wegen schweren depressiven Episoden sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig. Eine berufliche Integration sei nicht möglich (Urk. 13/1). 4.

Entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung vermag das polydisziplinäre Gutachten vom 30. Juli 2014 zu überzeugen. Es erfüllt die rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E.

#### **E. 8**

ATSG ist – auch bei psychischen Erkrankungen – in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen).

#### **E. 10**

kg) gehoben werden müssten, seien nicht mehr zumutbar. Die konservativ therapeutischen Möglichkeiten (physiotherapeutische und orthopädisch-technische Massnahmen) seien noch keineswegs ausgeschöpft und könnten die funktionelle Kapazität zur Alltagsbewältigung fassbar verbessern. Abgesehen von den vielfältigen Behandlungsoptionen erschwere die fehlende Motivation sowie die deutliche Tendenz zur Schonung und Immobilisation eine Rehabilitation und somit auch die Wiederaufnahme jeglicher Berufstätigkeit. Aus rheumatologischer Sicht bestehe eine Symptomausweitung und eine Aggravation, ein primär chronifizierter Krankheitsverlauf, eine progrediente Symptomatik seit einem Bagatellunfall sowie völlig unbefriedigende Behandlungsergebnisse.

In der zuletzt ausgeübten Berufstätigkeit als Reinigungsangestellte mit einem 40 bis 50 %-Pensum sei die Versicherte nicht mehr arbeitsfähig infolge der fortgeschrittenen Gonarthrose, v.a. rechts ausgeprägt und bei gleichzeitigem Vorliegen einer lumbalen Fehlform mit Arthrosen der kleinen Wirbelgelenke. Im eigenen Haushalt jedoch sei die zumutbare Arbeitsfähigkeit auf 75 % zu beurteilen, da lediglich Schwerarbeiten, die

ausschliesslich im Stehen ausgeführt werden müssen, nicht mehr zumutbar seien. Für leidensangepasste Tätigkeiten, d.h. für leichte bis mittelschwere manuelle Tätigkeiten, die vorwiegend sitzend ausgeführt werden könnten und bei denen nicht eine kniende Arbeitsposition eingenommen werden müsse, sei die Arbeitsfähigkeit in vollem Umfang gegeben (Urk. 9/85 S. 20 ff.) .

Der psychiatrische Gutachter , Dr. med. G.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, führte aus, die Angaben der Beschwerdeführerin seien widersprüchlich . Auf die Frage nach der Berufstätigkeit des Ehemannes habe sie angegeben, keine Ahnung zu haben. Später habe sie eingeräumt, dass er im Strassenbau tätig gewesen sei. Erstaunlicherweise habe sie die Jahre der Geburten ihrer Kinder nicht gewusst, welche Mütter kaum je vergässen. Auf die Fragen habe sie mehrheitlich mit dem Hinweis geantwortet, dass sie sich nicht erinnere, dass sie keine Ahnung habe und auch bei einem etwas suggestiveren Fragestil sei es nicht zu einem besseren Informationsfluss gekommen. Die Versicherte sei dumpf, desinteressiert und apathisch gewesen, habe aber immerhin halbwegs überzeugend darlegen können, dass ihr Funktionsniveau bereits im Kosovo sehr niedrig gewesen sei und sich beim Vergleich der Zeiträume vor und nach der Erkrankung nur wenig verschlechtert habe. Eine umfassende Beurteilung aller möglichen psychiatrischen Symptome habe unterbleiben müssen, da sie nicht besser habe mitmachen wollen oder können.

Ausführlich zu psychiatrischen Aspekten Stellung nehme nur das B.\_\_\_\_ . Dort werde nicht unterschieden zwischen dem Migrationshintergrund und den krankhaften Anteilen im engeren Sinne. Es werde kein Unterschied gemacht zwischen der Persönlichkeit und den zusätzlichen Dimensionen, die sich im seelischen Bereich erst in den letzten Jahren manifestiert hätten. Sehr eindrücklich habe die Beschwerdeführerin geschildert, dass sie schon in ihrer Heimat nie differenziert Stellung haben müssen zu irgendwelchen Belangen ihres Lebens. Sie verfüge über praktisch kein Abstraktionsvermögen . Auch schwerst depressive Patienten könnten Angaben zum früheren Leistungsniveau machen und gewisse Kernelemente blieben auch dann erhalten, wenn ein Patient im Rahmen einer Depression zum Beispiel das Bett kaum mehr verlassen könne. Zu erwähnen seien etwa die Jahrgänge der Geburten . Sie habe schon immer auf einem minimalen Niveau funktioniert und sei durch gewisse Körpersensationen vollständig aus dem Erwerb leben herausgefallen, v.a. weil sie persönlichkeitsbedingt und durch ihre soziale

Randständigkeit und ihre mangelnde Bildung über keinerlei Ressourcen verfüge, die zu einer problemlosen Bewältigung der Schwierigkeiten hätten führen müssen. Das Auswandern, der Wechsel des soziokulturellen Umfeldes alleine könne nicht die Grundvoraussetzung für eine somatoforme Schmerzstörung abgeben. Es liege eben gerade kein Konflikt im Sinne eines ungewöhnlichen Ereignisses oder einer nicht vorhersehbaren Belastung vor, sondern sie sei den voraussehbaren und üblichen Schwierigkeiten ausgesetzt, die nach einem Ortswechsel fast zwangsläufig aufträten. Persönlichkeitsbedingt verfüge sie über kein Potenzial, diese zu erwartende und in diesem Sinne normale Aufgabe zu bewältigen.

Immer schon sei sie sozial weitestgehend isoliert gewesen und habe von medizinischen Dienstleistungen nicht profitieren können. Eine spezifisch psychiatrische Reduktion der Arbeitsfähigkeit liege nicht vor. Medizinisch theoretisch und unter ausschliesslicher Berücksichtigung der psychiatrischen Aspekte könne sie in Bereichen Lohnarbeit verrichten, die aufgrund ihrer Persönlichkeit möglich seien (Urk. 9/85 S. 25 ff.).

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