

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01389 vom 3. Dezember 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-12-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.01389](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01389)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01389 du 3 décembre 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01389 del 3 dicembre 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Sie kann Folge von 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 ausgegliederten Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ( Art.

### **E. 1.3**

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt sie jedoch auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die vom Antragsteller oder der Antragstellerin glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades oder der Hilflosigkeit oder der Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs (vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2, 72 E. 2.2) auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad, die Hilflosigkeit, der invaliditätsbedingte Betreuungsaufwand oder der Hilfebedarf seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellten Veränderungen genügen, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität oder Hilflosigkeit oder einen anspruchsbegründenden Betreuungsaufwand oder Hilfebedarf 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. 2a und b).

#### **E. 1.4**

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

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

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

#### **E. 1.5**

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

#### **E. 2**

Hiergegen erhob die Versicherte am 28. Dezember 2017 Beschwerde und bean tragte, die angefochtene Verfügung vom 17. November 2017 sei aufzuheben und es sei ihr eine angemessene Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung und Neubeurteilung an die IV-Stelle zurückzuwei sen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 6. Februar 2018 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Mit Eingabe vom 23. April 2018 (Urk. 9) reichte die Versicherte einen Austrittsbericht des Stadtpitals D.\_\_\_\_ (Urk. 10/1) sowie eine Stellungnahme ihres Hausarztes Dr. A.\_\_\_\_ vom 19. April 2018 (Urk. 10/2) ein, was in der Folge der IV-Stelle zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 11). Mit Eingabe vom 6. Dezember 2018 (Urk. 12) reichte die Versicherte erneut Darlegungen ihres Hausarztes Dr. A.\_\_\_\_ (Urk. 13/1) sowie

ein Arztzeugnis (Urk. 13/2) ein, was abermals der IV-Stelle zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 14). Die IV-Stelle verzichtete am 10. Januar 2019 auf eine Stellungnahme (Urk. 15), was der Beschwerdeführerin am 11. Januar 2019 mitgeteilt wurde (Urk. 16). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

In der angefochtenen Verfügung vom 17. November 2017 zog die Beschwerdegegnerin zusammenfassend in Erwägung, die Beschwerdeführerin sei rheumatologisch und psychiatrisch begutachtet worden. Aus psychiatrischer Sicht sei keine relevante gesundheitliche Beeinträchtigung ausgewiesen, welche eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge habe. Auslösend seien familiäre Probleme, welche nicht berücksichtigt werden könnten. Auch seien Widersprüche betreffend angegebener Beeinträchtigungen erkennbar gewesen. Aus rheumatologischer Sicht sei eine gewisse Einschränkung der Arbeitsfähigkeit beschrieben worden. Demnach sei der Beschwerdeführerin

seit Mitte September 2016 eine körperlich angepasste, sehr leichte, mehrheitlich sitzende und nicht repetitiv belastende Tätigkeit auf Arbeitshöhe in einem Pensum von 50 % zumutbar. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen hätten indessen bereits bei der Einreise der Beschwerdeführerin in die Schweiz im Jahr 2008 bestanden. Aus medizinischer Sicht sei eine körperlich belastende Tätigkeit in der Reinigung für die Beschwerdeführerin nie geeignet gewesen. So habe sie in der Schweiz nie über längere Zeit ein grösseres Arbeitspensum realisiert respektive realisieren können, sondern sei immer wieder krankheits- oder unfallbedingt ausgefallen. Insofern seien die versicherungsmässigen Voraussetzungen nicht erfüllt (Urk. 2 S. 1 f.).

In Bezug auf die von der Beschwerdeführerin im Vorbescheidverfahren geltend gemachten Einwände merkte die IV-Stelle sodann an, die tatsächlichen Umstände hätten sich nicht verändert. Dr. B.\_\_\_\_ komme in seinem rheumatologischen Teilgutachten vom 15. Juni 2017 im Vergleich zum Gutachten aus dem Jahr 2011 nur zu einer anderen Beurteilung des grundsätzlich gleich gebliebenen Sachverhalts. Ausserdem sei darauf hinzuweisen, dass sich im Rahmen der Begutachtung Hinweise auf Aggravation und Selbstlimitierung ergeben hätten. Das Verhalten der Versicherten überschreite klar das Mass einer reinen Verdeutlichungstendenz. Dieses Verhalten schliesse im Sinne der Rechtsprechung einen Leistungsanspruch aus. Weiter sei zu erwähnen, dass seitens der Versicherten keine konsequenten Bemühungen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes erkennbar seien. Auch Therapieangebote seien nur bedingt wahrgenommen worden (Urk. 2 S. 2 f.).

### **E. 2.2**

In ihrer Beschwerdeschrift vom 28. Dezember 2017 machte die Beschwerdeführerin geltend, ihr Gesundheitszustand habe sich seit der letzten Ablehnung des Rentenanspruchs wesentlich verschlechtert. Im Dezember 2014 habe eine Hüfttotalprothese eingesetzt werden müssen. Ein Jahr später sei eine Hüftprotheseninfektion diagnostiziert worden, weswegen die Prothese in einer weiteren Operation ersetzt worden sei. Nach wie vor seien starke Schmerzen vorhanden und es sei eine medikamentöse Schmerztherapie nötig. Es bestünden

ein Herzleiden und eine arterielle Hypertonie. Im Hinblick auf die depressive Symptomatik habe sich der Zustand seit dem Jahr 2014 deutlich verschlechtert. Das Schlafapnoesyndrom

verschlimmere die Situation zusätzlich . In Bezug auf die Adipositas habe man eine Laparoskopie durchgeführt. Ein

weitergehender operativer Eingriff zur Behandlung der Adipositas haben nicht durchgeführt werden können . Versuche , das Gewicht mittels Diäten

auf das gewünschte Mass zu reduzieren , seien wegen der depressiven Stimmungsbilder gescheitert . Seit 2009 träten sodann auch immer wieder Schmerzen in der rechten Schulter auf . In der ambulanten Untersuchung vom 22. Oktober 2015 sei eine Arthrose im Schultergelenk diagnostiziert worden (Urk. 1 S. 3 ff.).

Die Begründung der Beschwerdegegnerin, dass die gesundheitlichen Beschwerden schon vor der Einreise in die Schweiz bestanden hätten, erstaune, sei doch in der ablehnenden Verfügung aus dem Jahr 2011 festgehalten worden, dass die Beschwerdeführerin in ihrem allgemeinen Leistungsspektrum für alle Verweistätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig sei. Während die Gutachter 2011 die ange stammte Tätigkeit als Reinigungskraft ohne Weiteres als zumutbar beurteilt hätten, seien die Gutachter 2016 noch von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Dass die erneute Begutachtung Hinweise auf eine Aggravation und Selbstlimitierung gegeben habe, werde vollumfänglich bestritten. Obwohl die Gutachter von dysfunktionalem Verhalten gesprochen hätten, könne dieses Verhalten klar dem Fibromyalgiesyndrom zugeordnet werden. Auch das Argument betreffend nicht ausgeschöpfter Therapiemöglichkeiten gehe ins Leere. Es sei alles unternommen worden , von der Wassertherapie bis hin zur Physiotherapie (Urk. 1 S. 9 ff.). 3.

Die IV-Stelle ist auf die Neuanmeldung der Beschwerdeführerin vom 19. Oktober 2015 (Urk. 7/50) eingetreten. Es gilt somit zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand im massgeblichen Zeitraum zwischen der Verfügung vom 28. November 2011 (Urk. 7/47), mit welcher der Anspruch auf eine Invalidenrente verneint worden war, und der angefochtenen Verfügung vom 17. November 2017 (Urk. 2) insoweit verschlechtert hat, dass nunmehr ein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht. 4. 4.1

Bei Erlass der rentenabweisenden Verfügung vom 28. November 2011 ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass der Beschwerdeführerin die bisherige wie auch eine angepasste Tätigkeit vollumfänglich zumutbar seien (Urk. 7/47). Dabei stützte sich die Beschwerdegegnerin auf das MEDAS-Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. F.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, und Dr. G.\_\_\_\_ , Fachärztin FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, vom 22. August 2011 (Urk. 7/43). Die Gutachter stellten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/43/26): - diffuses Schmerzsyndrom der rechten Körperhälfte im Sinne eines panvertebralen und weichteilrheumatischen Schmerzsyndroms mit/bei: - cervicovertebralem bis cervicospondylothem Schmerzsyndrom rechts bei mediolateraler bis intraforaminaler Diskushernie C5/6 mit Kompression der Nervenwurzel C5 rechts - thoracovertebralem Schmerzsyndrom bei möglicher beginnender diffuser idiopathischer skelettaler

Hyperostose - lumbovertebralem bis lumbospondylothem Schmerzsyndrom rechts, konventionell-radiologisch ohne strukturelles Korrelat - möglicher coxogener Komponente bei beginnender Coxarthrose rechts - Zeichen einer Symptomausweitung

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Experten (Urk. 7/43/26 f.): - metabolisches Syndrom mit/bei: - morbider Adipositas Grad III nach WHO (BMI von

44 kg/m<sup>2</sup>) - nicht insulinpflichtigem Diabetes mellitus Typ 2, schlecht eingestellt - arterieller Hypertonie mit Verdacht auf hypertensive Kardiopathie und Nephropatie (Mikroalbuminurie) - schwere gemischte Hyperlipidämie - NASH (nicht alkoholische Steatohepatitis) - anamnestisch obstruktives Schlafapnoesyndrom - Schalleitungsschwerhörigkeit bei Otosklerose, apparativ versorgt - Status nach Hysterektomie wegen anämisierenden Monatsblutungen 2008 4.2

Zusammenfassend hielten die Gutachter fest, die Beschwerdeführerin sei aus rheumatologischer Sicht für leichte bis intermittierend mittelschwere körperliche Tätigkeiten unter Vermeidung von Arbeiten über der Schulterhorizontalen voll ständig arbeitsfähig. Der internistische und psychiatrische Zustand rechtfertige keine Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit. Die angestammte Tätigkeit in der Reinigung von Büroräumlichkeiten oder auch im Nachtclub sei zu 100 % zumutbar, soweit diese Arbeiten unterhalb der Schulterhorizontalen durchführbar seien (Urk. 7/43/32). Bei der Versicherten sei unbedingt eine Gewichtsreduktion und eine muskuläre Rekonditionierung durchzuführen. Dies einerseits um die allgemeine körperliche Leistungsfähigkeit und Befindlichkeit zu steigern, andererseits um die multiplen kardiovaskulären Risikofaktoren besser kontrollieren zu können. Bei einem BMI von weit über 40 kg/m<sup>2</sup> kämen praktisch nur bariatrisch-chirurgische Massnahmen (Magenbypass etc.) in Betracht. Zudem müsse auf eine Wiedererlangung der selbständigen täglichen Aktivitäten geachtet und es müssten die Hilfeleistungen durch Angehörige kritisch überprüft werden (Urk. 7/43/33). Auf diese Beurteilung stellte die Beschwerdegegnerin ab (Urk. 7/46). 5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin hat den medizinischen Sachverhalt nach Eingang der Neuanmeldung vom 19. Oktober 2015 (Urk. 7/50) mit dem rheumatologischen Gutachten vom 15. Juni 2017 (Urk. 7/110) und dem psychiatrischen Gutachten vom 16. Juni 2017 (Urk. 7/109) erneut abgeklärt. Dabei schlossen die Gutachter auf folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/109/21, 7/109/34, 7/110/59, 7/110/77): - mittelgradige depressive Episode, gegenwärtig teilremittiert (ICD-10: F32.1) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) - unspezifische, panvertebrale Rückenschmerzen mit/bei - Haltunginsuffizienz - Status nach chronischem lumboradikulärem Syndrom L5 links bei Diskushernie L5/S1 links im März 2011 - Status nach chronischem zervikoradikulärem Reizsyndrom bei Diskushernie C5/6 rechts 2009 - Status nach mehreren Hüfteingriffen rechts mit/bei - Totalprothese-Wechsel am 16. März 2016 und TP-Explantation am 29. Februar 2016 wegen Infektsituation - Hüfttotalprothese am 3. Dezember 2014 wegen Coxarthrose rechts - Hüftarthrose links 5.2

Dr. B.\_\_\_\_ führte in seinem rheumatologischen Teilgutachten vom 15. Juni 2015 aus, aufgrund eines Hüftleidens, dessen Behandlung mit Komplikationen verbunden gewesen sei, sei ab Dezember 2013 eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit aufgetreten und diese habe trotz inzwischen kompensiertem Zustand dauerhaft eine Minderbelastbarkeit zur Folge gehabt. Das ebenfalls bestehende Rückenleiden habe sich nie längerfristig auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt. Diesbezüglich hätten die Ärzte aber festgehalten, das Heben und Tragen schwerer Lasten sei zu vermeiden. Nebst den objektiven Beeinträchtigungen falle ein dysfunktionales Krankheitsverhalten auf (Urk. 7/110/60 ff.). Während der Untersuchung habe sich die Beschwerdeführerin ausgeprägt invalidisiert präsentiert, es hätten sich jedoch keine konstanten, sicher pathologischen Befunde objektivieren lassen. Alle Waddell-Zeichen seien hochsignifikant vorhanden gewesen, hinweisend auf eine

funktionelle Ausgestaltung des Beschwerdebildes. Ob sich hinter der Dysfunktionalität ein relevantes psychisches Leiden verberge, könne er als Somatiker nicht beurteilen (Urk. 7/110/56).

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führte Dr. B.\_\_\_\_ aus, dass sich die Versicherte so präsentiere, als sei eine Erwerbstätigkeit illusorisch. Aufgrund der Aktenlage und der somatischen Untersuchung sei

jedoch medizinisch-theoretisch eine körperlich sehr leichte, mehrheitlich sitzende und nicht repetitiv belastende Tätigkeit in einem Teilpensum von maximal 50 % möglich. Die frühere, ausschliesslich stehend und gehend zu verrichtende Tätigkeit in der Reinigung übersteige die körperlichen Möglichkeiten der Versicherten und sei nicht mehr zumutbar (Urk. 7/110/62).

Bereits das MEDAS-Gutachten vom 22. August 2011 habe auf die Notwendigkeit einer Gewichtsreduktion und einer muskulären Rekonditionierung hingewiesen. Das vorgeschlagene bariatrisch-chirurgische Vorgehen (Magenbypass) sei wegen schwieriger lokaler Verhältnisse nicht möglich gewesen, da die Versicherte auch unter stationären Bedingungen ihr Gewicht nicht genügend haben reduzieren können. Die Versicherte nehme seit rund einem Jahr keine trainingswirksamen Belastungen mehr auf sich und führe die Behandlung von Schlafapnoe und Diabetes höchstens nachlässig durch. Ausserdem präsentiere sie sich hilflos und vermeide ärztliche Kontrollen. Der Gesundheitszustand der Versicherten könne nicht verbessert werden, solange sie nicht ihr inadäquates Schon- und Vermeidungsverhalten aufgeben und Copingstrategien entwickle. Aus somatischer Sicht seien diese Massnahmen geeignet, um für eine angepasste, wechselbelastende körperlich sehr leichte Tätigkeit auf Arbeitshöhe wieder eine volle Arbeitsfähigkeit zu erlangen. In Anbetracht der IV-fremden Faktoren wie mangelnde Schul- und Berufsbildung, fehlende Sprachkenntnisse und doch schon fortgeschrittenes Alter sei es jedoch schwer vorstellbar, dass die Versicherte aus eigenem Antrieb eine ihr geeignete Stelle finde (Urk. 7/110/62 f.).

### 5.3

Der psychiatrische Gutachter Dr. C.\_\_\_\_

fasste zusammen, dass die objektiven Befunde insgesamt leicht bis teilweise mittelschwer ausgeprägt seien (Urk. 7/109/28). Es würden sich zwar keine Widersprüche zwischen den angegebenen Beschwerden und den beschriebenen Beeinträchtigungen im Alltag beziehungsweise in der Freizeit zeigen, doch gebe es Inkonsistenzen zwischen den Beschwerdeschilderungen und den Verhaltensbeobachtungen. Das Ausmass der von der Versicherten angegebenen Einschränkung der Konzentration, des Gedächtnisses (Vergesslichkeit), der Stimmung und des Antriebs habe in der klinischen Untersuchung nicht bestätigt werden können. Die Versicherte habe mittelschwere bis schwere Einschränkungen beschrieben, effektiv seien nur leichte bis maximal mittelschwere Einschränkungen festzustellen gewesen. Dies zeige sich auch bei den angegebenen Schmerzen, weshalb diesbezüglich auf das rheumatologische Teilgutachten verwiesen werde (Urk. 7/109/21).

Aus psychiatrischer Sicht sei aufgrund der gestellten Diagnosen, insbesondere aufgrund der mittelgradigen depressiven Episode,

für eine angepasste, das heisst für eine Tätigkeit mit vorgegebenem Tagesablauf und vorbestimmter Arbeitsabfolge, ab April 2016 von einer Arbeitsfähigkeit von 50

% auszugehen , ab Oktober 2016 von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % und ab dem Gutachtenszeit punkt von einer solchen von 100 % . Die mittelgradige depressive Episode scheine sich im Verlauf gebessert zu haben, was der gegenwärtige Befund zeige. Wann genau die Besserung eingetreten sei, lasse sich nicht genau bestimmen. Aus psychiatrischer Erfahrung sei aber unter adäquater Therapie spätestens sechs Monate nach Diagnosestellung im April 2016, das heisst im Oktober 2016, von einer Besserung der depressiven Symptome und damit auch von einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf mindestens 70 % auszugehen (Urk. 7/109/30 f.).

Es bestehe kein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (Urk. 7/109/31). 5.4

Basierend auf einer Konsensbesprechung kamen Dr. B.\_\_\_\_ sowie Dr. C.\_\_\_\_ zum Schluss, seit Oktober 2016 bestehe für eine angepasste Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Die früheren, ausschliesslich stehend und gehend zu verrichtenden Tätigkeiten in der Reinigung würden die körperlichen Möglichkeiten der Versicherten überfordern und seien zumindest aktuell nicht zumutbar (Urk. 7/109/34, 7/110/77). 6.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

Die Beschwerdegegnerin verneinte den Rentenanspruch in der angefochtenen Verfügung mit dem Argument , die Beschwerdeführerin

sei

im März 2008 bereits mit dem Gesundheitsschaden in die Schweiz eingereist (Urk. 2 S. 2).

Die Beschwerdeführerin vertritt demgegenüber den Standpunkt, es sei in der Verfügung vom 28. November 2011 festgehalten worden, dass sie mit dem gegebenen Leistungsspektrum für alle Verweistätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig und ihr auch

die angestammte Tätigkeit als Reinigungskraft im Nachtclub zumutbar sei, weshalb das Argument der Beschwerdegegnerin als widerlegt zu gelten habe (Urk. 1 S. 9 f.).

### **E. 6.2**

Dr. B.\_\_\_\_ führte in seinem rheumatologischen Teilgutachten vom 15. Juni 2017 aus, dass die Versicherte aufgrund der Konstitution und des Übergewichts nie für eine körperlich belastende Tätigkeit in der Reinigung geeignet gewesen sei. So habe sie seit ihrer Einreise in die Schweiz nie über längere Zeit ein grösseres Arbeitspensum realisiert, respektive realisieren können, sondern sei immer wieder krankheits- oder unfallbedingt ausgefallen (Urk. 7/110/71).

### **E. 6.3**

Dass die Tätigkeit in der Reinigung für die Versicherte aufgrund ihres Übergewichts nie geeignet war, heisst noch nicht, dass die Versicherte bereits vor ihrer Einreise in die Schweiz unter einem invalidisierenden Gesundheitsschaden gelitten hat. Die morbide Adipositas Grad III nach WHO wurde sowohl im Gutachten vom 22. August 2011 als auch im interdisziplinären Gutachten vom 12. Juni 2017 nicht als Diagnose mit Einfluss auf die

Arbeitsfähigkeit genannt (Urk. 7/45/28, 7/109/34, 7/110/77) .

Den Akten sind auch keine anderen konkreten Anhaltspunkte zu entnehmen, die für einen invalidisierenden Gesundheitsschaden vor der Einreise in die Schweiz sprechen. Im Übrigen war die Beschwerdeführerin in der Verfügung vom 28. November 2011 davon ausgegangen, dass keine wesentliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vorliege und die bisherige Tätigkeit in der Reinigung weitgehend einem angepassten Leistungsprofil entspreche (Urk. 7/47/1; vgl. Urk. 7/45/34). Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin die Tätigkeit im Reinigungsbereich sowohl vor als auch nach ihrer Niederlassung in der Schweiz ausgeübt hat (Urk. 7/12/, 7/45/30, 7/98/1, 7/99/3, 7/110/49 f. ). Ein Anspruchsvorbehalt im Sinne von Art. 6 Abs. 2 IVG fällt demnach ausser Betracht. Vielmehr ist zu überprüfen, ob sich der gesundheitliche Zustand seit 2011 wesentlich verändert hat. 7. 7.1

Das interdisziplinäre Gutachten vom 12. Juni 2017 beruht auf umfassenden psychiatrischen und rheumatologischen Abklärungen und wurde in Kenntnis der Vorakten erstellt (Urk. 7/109/3 ff., 7/110/8 ff.). Die

Beschwerdeführerin

konnte gegenüber den Gutachtern ihre aktuellen Beschwerden schildern und sie wurde von diesen eingehend zur Anamnese befragt (Urk. 7/109/7 ff., 7/110/46 ff. ). Die geklagten Leiden fanden darüber hinaus im Rahmen der Stellung der Diagnosen Berücksichtigung, wobei sowohl diese als auch die aus medizinischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit dargelegt und erläutert wurden (Urk. 6/109/21 ff., 7/110/59 ff.). Soweit möglich erfolgte sodann eine ausführliche und schlüssige Auseinandersetzung mit vorangegangenen ärztlichen Beurteilungen (Urk. 7/109/19 f., 7/109/22 ff., 7/110/60 ff. ). Gesamthaft erfüllt das interdisziplinäre Gutachten somit die formellen Kriterien für eine beweiswerte medizinische Expertise (vgl. E. 1.5). 7.2

Beruht die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Eine solche Ausgangslage ist etwa gegeben, 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 unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen). Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichen des Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1).

Dr. B.\_\_\_\_ hielt zusammengefasst fest, trotz maximal angegebener Schmerzen im Bein habe die Beschwerdeführerin während der Exploration ruhig sitzen können und es habe keine entlastende Schmerzreaktion beobachtet werden können. So sei sie auch in einer kurzen Pause nach 1,5 Stunden ruhig sitzen geblieben. Die Untersuchung des Rückens und der rechten unteren Extremität sei konstant limitiert oder abgewehrt worden, so dass keine plausiblen und konstanten Schmerzprovokationen hätten beobachtet werden können. Auch wenn sich die Versicherte ausgeprägt invalidisiert präsentiert habe, hätten sich klinisch keine konstanten, sicher pathologischen Befunde objektivieren lassen. So habe zu keinem Zeitpunkt eine konsistente schmerzhafte Limitierung oder eine plausible Schmerzreaktion ausgelöst oder beobachtet werden können. Die

Waddell -Zeichen seien hochsignifikant vorhanden gewesen, hinweisend auf eine funktionelle Ausgestaltung des Beschwerdebildes (Urk. 7/110/ 53 ff. ).

Dr. C.\_\_\_\_ führte aus, es hätten sich keine Widersprüche zwischen den angegebenen Beschwerden und den beschriebenen Beeinträchtigungen im Alltag ergeben . Allerdings gäbe es Inkonsistenzen zwischen den Beschwerdeschilderungen und der Verhaltensbeobachtung. Die Schmerzen im Bereich des rechten Beines seien während der Untersuchung auf der Schmerzskala von 0-10 bei 10 angegeben worden. Der bei dieser Höhe zu erwartende Schmerzausdruck beispielsweise in der Mimik oder auch die zu erwartende Veränderung der Bein position sei nicht erfolgt. Das Ausmass der von der Versicherten angegebenen Einschränkung der Konzentration, des Gedächtnisses, der Stimmung und des Antriebs könne in der klinischen Untersuchung nicht festgestellt werden. Wenn die Beschwerdeführerin mittelschwere bis schwere Einschränkungen beschreibe, seien effektiv nur leichte bis maximal mittelschwere Einschränkungen erkennbar. Dies zeige sich auch bei den angegebenen Schmerzen, wofür auf das rheumatologische Teilgutachten von Dr. B.\_\_\_\_ zu verweisen sei (Urk. 7/109/21).

Die Begutachtung durch Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ ergab zusammengefasst Hinweise auf eine Aggravation , allerdings steht aufgrund der ärztlichen Beurteilung nicht fest, dass die betreffenden Anhaltspunkte eindeutig überwiegen und die Grenzen eines verdeutlichenden Verhaltens klar überschreiten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_438/2015 vom 13. Oktober 2015 E. 6). Die Gutachter nannten trotz des Vermeidungsverhaltens der Versicherten als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradig depressive Episode und insbesondere eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie mit unspezifischen, panvertebralen Rückenschmerzen bei Status nach mehreren Hüfteingriffen rechts und Hüftarthrose links ( Urk. 7/109/34, Urk. 7/110/77). Hinsichtlich der Rückenschmerzen führte Dr. B.\_\_\_\_ aus, dass diese durchaus plausibel seien. Auch würden zur vorliegenden muskulären Dysbalance die belastungsabhängigen myofascialen Schmerzen passen. Der chronifizierte , durch keine Massnahmen plausibel beeinflussbare, nur minimal belastungsabhängige Dauerschmerz spreche für eine Schmerzverarbeitungs störung. Habe das Ganze mit Rückenschmerzen begonnen und sich im Verlauf ausgeweitet, ohne dass dies pathomorphologisch erklärt werden könne, spreche das für eine Symptomausweitung, eine Problematik, welche auf der Verhaltens ebene ablaufe. Es sei auf die Diskrepanzen zwischen den angegebenen Beschwerden, den demonstrierten Limitierungen und den ausschliesslich unspezifischen, per se nicht einmal pathologischen klinischen Befunden hinzuweisen, welche eine somatoforme Schmerzstörung nahelegen würden (Urk. 7/110/70 ). In welchem Ausmass sich diese auf die funktionelle Leistungsfähigkeit auswirkt , wird in nachstehender E. 7.4 geprüft . 7.3

Aus somatischer Sicht hat sich der Zustand seit der Beurteilung im Jahr 2011 verändert. Am 3. Dezember 2014 wurde die Beschwerdeführerin mit einer Hüft totalprothese versorgt. Am 16. März 2016 musste der Eingriff aufgrund einer Protheseninfektion wiederholt werden (vorstehende E. 5.2 ; vgl. auch Urk. 3/8-17, 7/110/59 ff.).

Der Gutachter Dr. B.\_\_\_\_ hielt fest, es zeige sich heute ein regulärer Zustand nach den erwähnten Hüfteingriffen rechts (Urk. 7/110/69). Bei der Untersuchung klagte die Beschwerdeführerin, dass es ihr sehr schlecht gehe, sie wegen ihres rechten Beines nicht mehr arbeiten könne und schon am Morgen beim Aufstehen maximale Schmerzen habe

(Urk. 7/110/50 f.). Dr. B.\_\_\_\_ wies darauf hin, dass sich die Beschwerden in seiner Untersuchung nicht im geklagten Ausmass hätten objektivieren lassen (Urk. 7/110/56). Auch die Rückenschmerzen beschrieb Dr. B.\_\_\_\_ unspezifisch, bei Fehllhaltung und dringend zu vermutender Haltungsinsuffizienz. Für solche muskulären Defizite spreche auch die erkennbare muskuläre Dysbalance mit Abschwächung der Abdominalmuskulatur (Urk. 7/110/69). Aufgrund der Untersuchung seien belastungsabhängige Rücken schmerzen plausibel (Urk. 7/110/70).

Der Gutachter erläuterte die Möglichkeiten zur Besserung des Gesundheitszustan des. So führte er aus, dass bereits das MEDAS-Gutachten vom 22. August 2011 auf die Notwendigkeit einer Gewichtsreduktion und einer muskulären Rekonditionierung hingewiesen habe. Das vorgeschlagene bariatrisch-chirurgische Vorgehen (Magenbypass) sei wegen schwieriger lokaler Verhältnisse

aber bislang nicht möglich gewesen. Auch unter stationären Bedingungen habe die Beschwerdeführerin ihr Gewicht nicht genügend reduzieren können. Zwischenzeitlich habe sie sogar wieder zehn Kilogramm zugenommen. Die Beschwerdeführerin nehme seit rund einem Jahr keine trainingswirksamen Belastungen mehr auf sich, die Behandlung von Schlafapnoe und Diabetes führe sie höchstens nachlässig durch, sie präsentiere sich hilflos und vermeide auch ärztliche Kontrollen. Solange die Beschwerdeführerin ihr Schon- und Vermeidungsverhalten nicht aufgabe und Copingstrategien entwickle, bestünden aus somatischer Sicht nur wenig Möglichkeiten zur Besserung des Gesundheitszustandes. Grundsätzlich aber liesse sich mit den geeigneten Massnahmen für eine angepasste Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit etablieren und auch aufrechterhalten. Medizinisch-theoretisch sei seit Mitte September 2016 eine körperlich sehr leichte, mehrzeitlich sitzende und nicht repetitiv belastende Tätigkeit auf Arbeitshöhe mit einem Teilpensum von maximal 50 % möglich. Die früheren, ausschliesslich stehend und gehend zu verrichtenden Tätigkeiten in der Reinigung würden die körperlichen Möglichkeiten der Beschwerdeführerin überfordern und seien nicht mehr zumutbar (Urk. 7/110/62 f.).

Angesichts der erhobenen Befunde und Feststellungen ist deshalb nicht zu beanstanden, dass Dr.

B.\_\_\_\_ auf ein selbstlimitierendes Verhalten mit Symptom ausweitung und Inkonsistenzen schloss und die Arbeitsfähigkeit medizinisch-theoretisch festlegte. Der Gutachter legte nachvollziehbar dar, dass aus rheumatologischer Sicht die angestammte Tätigkeit als Fachfrau Reinigung nicht mehr geeignet ist. Als zumutbar erachtete er

jedoch eine körperlich sehr leichte, mehrheitlich sitzende und nicht repetitiv belastende Tätigkeit auf Arbeitshöhe. Die Arbeitsfähigkeit in einer solchen Tätigkeit bezifferte er mit

50 %. Massgebend für diese Einschätzung war der Zustand, in dem sich die Beschwerdeführerin bei Dr. B.\_\_\_\_

in der Untersuchung präsentierte (Urk. 7/110/62).

Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf ein volles Pensum erachtete der Gutachter als möglich. Voraussetzung dafür sind verschiedene Massnahmen: Eine Gewichtsreduktion, eine adäquate Behandlung von Schlafapnoe und Diabetes sowie eine muskuläre

Rekonditionierung und die Aufgabe des inadäquaten

Schon- und Vermeidungsverhalten s . Aus som atischer Sicht stufte Dr. B.\_\_\_\_ die betreffenden Massnahmen als zumutbar ein (Urk. 7/110/62 f.). Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, dass betreffend Gewichtsreduktion i m Gutachten vermerkt wurde, ein chirurgisch-bariatrischer Eingriff sei nicht möglich gewesen und auch unter stationären Bedingungen habe das Gewicht nicht reduziert werden können (Urk. 7/110/62). Dies deutet darauf hin , dass die bislang erfolg losen Bemühungen nicht nur auf subjektive Gründe zurückzuführen sind. An der Notwendigkeit rekondi t i onierender Massnahmen und der Prognose, dass mit der Umsetzung dieser Massnahmen in einer angepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsleistung real i sierbar ist , ändert dieser Umstand allerdings nichts. Auf die gru n d sätzliche Notwendigkeit rekonditionierender Massnahmen wurde im Übrigen bereits im Gutachten des

Z.\_\_\_\_

vom 2 2. August 2011 hingewiesen (Urk. 7/43/33) . Eine konsequente Umsetzung dieser Massnahmen hat die Beschwerdeführerin indessen bislang vermissen lassen.

D ie versicherte Person muss gemäss Art. 7 Abs. 1 IVG alles ihr Zumutbare unter nehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit zu verringern und den Eintritt einer Invali dität zu verhindern (vgl. auch BGE 140 V 267 E. 5.2.1 mit Hinweisen).

Rechtsprechungsgemäss hat sie

die s aus eigenem Antrieb zu tun. Mit anderen Worten kann sie sich nicht passiv verhalten und warten, bis der Versicherungsträger Massnahmen oder Behandlungen anordnet (Urteil des Bundesgerichts 8C\_11/2018 vom 5. Juli 2018 E. 5.3). Unterlässt die versicherte Person die ihr zumutbaren Massnahmen zur Erlangung der aus ärztlicher Sicht erreichbaren Arbeitsfähigkeit, liegt ein invalidenversicherungsrechtlich nicht relevanter Aspekt vor, der bei der Bestimmung der zumutbaren Arbeit auszu scheiden ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_848/2016 vom 1 2. Mai 2017 E. 4.2). Es ist somit gestützt auf das Gutachten davon auszugehen, dass der Beschwerde führerin aus somatischer Sicht unter Berücksichtigung der im Gutachten umschriebenen rekonditionierenden Massnahmen in einer angepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsleistung zumutbar ist. Diese Beurteilung gilt seit Mitte Septem ber 201 6. Davon ist auszugehen (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_104/2014 vom 2 6. Juni 2014 E. 3.2). 7.4 7.4. 1

Ob die von Dr. C.\_\_\_\_

aufgrund der Depression und der chronischen Schmerz störung aus medizinischer Sicht attestierte Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit im Umfang von 50 % ab April 2016, von 7 0 % ab Oktober 2016 und von 100 % ab dem Zeitpunkt der Begutachtung ( vorstehende E. 5 .3 ; vgl. auch Urk. 7/ 109/30 f. ) auch aus rechtlicher Sicht überzeugt, ist anhand des vom Bun desgericht für sämtliche psychischen Leiden für anwendbar erklärten strukturier ten Beweisverfahren s gemäss BGE 141 V 281 zu prüfen (vorstehende E. 1.4 ). In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist dabei sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutach tung) vorzugehen. Nach diesem Entscheid verlieren nach altem Verfahrensstan dard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenhei ten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE a.a.O. E. 6 in initio ). 7.4 .2

In der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist zunächst auf den Komplex «Gesundheitsschädigung» einzugehen (BGE 142 V 281 E. 4.3.1). Dr. C.\_\_\_\_

hat die depressive Symptomatik als gegenwärtig teilremittiert eingestuft, was in Anbetracht der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde schlüssig erscheint. In der Untersuchung habe sich eine erhaltene affektive Schwingungsfähigkeit gezeigt, die Versicherte sei phasenweise niedergeschlagen gestimmt gewesen und habe teils emotional flach und gleichgültig gewirkt. Eine depressive Stimmung, welche die meiste Zeit des Tages anhalte, fast jeden Tag auftrete und im Wesentlichen unbeeinflusst sei von den Umständen, habe so nicht erkannt werden können. Wiederholt sei es während der Exploration zu Heiterkeit gekommen. Auch sei kein Interessens- oder Freudeverlust an Aktivitäten erkennbar gewesen, die früher Freude bereitet hätten. Allerdings würden depressive Symptome wie verminderter Antrieb, Klagen über vermindertes Konzentrationsvermögen, psychomotorische Hemmung und Schlafstörungen bestehen. Der gegenwärtige Schweregrad der teilremittierten mittelgradigen depressiven Episode sei höchstens leicht (Urk. 7/109/21 ff.). Hinsichtlich der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zeige sich auf der Verhaltensebene eine Passivität und eine Schon- und Fehlhaltung, welche zu einer körperlichen Dekonditionierung geführt habe. Die Versicherte habe die Vorstellung, aufgrund der Schmerzen und der Beeinträchtigungen völlig hilflos zu sein und überhaupt keine Tätigkeiten mehr ausführen zu können. Diese Überzeugung, körperlich nicht mehr belastbar zu sein, führe zu deutlich veränderten Rollen in der Familie und im Haushalt. Die Schwere der chronischen Schmerzstörung sei jedoch leicht (Urk. 7/109/24). Von einer schwerwiegenden psychischen Erkrankung kann vor diesem Hintergrund nicht ausgegangen werden. Der Indikator «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde» (BGE 142 V 281 E. 4.3.1.1) ist somit nicht in grösserem Ausmass signifikant. 7.4.3

In Bezug auf den Indikator «Behandlungs- und Eingliederungsresistenz» (Verlauf und Ausgang von Therapien; BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2) ergibt sich aus dem Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_, dass die Versicherte erst seit Juli 2016 bei Dr. H.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie, in Behandlung sei. Vorher sei die Behandlung durch Ärzte der Spitäler aufgrund der dort durchgeführten psychiatrischen Konsilien erfolgt. Die etablierte medikamentöse Therapie und die Behandlung bei Dr. H.\_\_\_\_ könnten als adäquat und aufgrund des Verlaufs auch als wirksam eingestuft werden. Zu einer vollständigen Remission der mittelgradigen Depression sei es jedoch noch nicht gekommen. Auch der Aufbau von Strategien zur Schmerzbewältigung sei noch kaum geglückt. Die Compliance für die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei formal vorhanden. Die Beschwerdeführerin nehme durchschnittlich einmal monatlich eine Konsultation wahr. Für eine intensivere Therapie sei die Motivation weniger ausgeprägt. Teils sei eine solche aber auch wegen der starken Schmerzen nicht möglich gewesen (Urk. 7/109/26 f.). Von einem definitiven Scheitern einer indizierten, lege artis und mit optimaler Kooperation der Beschwerdeführerin durchgeführten Therapie kann unter diesen Umständen noch nicht gesprochen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.4). Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kann demnach davon ausgegangen werden, dass keine Therapieresistenz vorliegt, sondern verschiedene Behandlungsoptionen noch nicht ausgeschöpft worden sind. 7.4.4

Dr. C.\_\_\_\_ legte hinsichtlich des Indikators «Komorbiditäten» (BGE 142 V 281 E. 4.3.1.3) die Wechselwirkungen der depressiven Episode und der

somatischen

Leiden dar. Es lägen multiple körperliche Beschwerden mit entsprechenden Diagnosen vor, was sich ohne Zweifel belastend auswirke. Die Entwicklung einer depressiven Symptomatik bis hin zu einer mittelgradigen depressiven Episode sei nachvollziehbar. Ausserdem seien emotionale Belastungen ein Merkmal der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Wenn die emotionalen Belastungen den Grad einer depressiven Episode annähmen, führe dies auch zu einer verstärkten Chronifizierung der Schmerzen (Urk. 7/109/25 f.). In Anbetracht der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde ist es somit wahrscheinlich, dass eine ressourcenhemmende Wechselwirkung vorliegt. 7.4.5

In Bezug auf die im Komplex «Persönlichkeit» (BGE 141 V 281 E. 4.3.2) zu prüfenden Merkmale (Persönlichkeitsentwicklung und –struktur, grundlegende psychische Funktion) ist dem Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ zu entnehmen, dass keine persönlichen beziehungsweise psychischen, insbesondere keine kognitiven Ressourcen erkennbar sind. Eine Selbstwirksamkeitserwartung, eine Kontrollüberzeugung sowie eine positive Erwartungshaltung seien kaum vorhanden. Auch liessen sich Selbstreflexion sowie Engagement und eine Veränderungsmotivation kaum wahrnehmen. Zudem seien keine Handlungsressourcen erkennbar, wozu ein aktives Bewältigungsverhalten, eine aktive Auseinandersetzung mit Erkrankungen, die Fähigkeit zur Stressbewältigung, ein zielgerichtetes Verhalten und die Fähigkeit, mit Verlusten und Einschränkungen umgehen zu können, zählten. Insgesamt erschwere dieser Mangel an persönlichen Ressourcen die Bewältigung der psychischen wie auch der körperlichen Störungen (Urk. 7/109/29 f.).

Auch der Tagesablauf der Beschwerdeführerin lässt nur auf geringe persönliche Ressourcen schliessen. Die Beschwerdeführerin gab an, ihr Ehemann bereite ihr das Frühstück zu, sie nehme die Medikamente ein und verbringe dann den Morgen damit, abwechselnd vor dem Fenster oder auf dem Sofa zu sitzen. Am Mittag wärme sie sich die Reste des Abendessens vom Vortag auf. Nach dem Essen verweile sie dann auf dem Sofa und bleibe dort bis zu vier Stunden liegen. Wenn sie Lust habe, gehe sie am Nachmittag rund eine Stunde draussen spazieren. Zu Hause sei sie wieder am Fenster und warte auf ihren Ehemann. Er helfe ihr beim Duschen und bereite das Abendessen zu, welches sie gemeinsam einnehmen würden. Gegen 22.00 Uhr gehe sie dann zu Bett (Urk. 7/109/12). Vor diesem Hintergrund gelangte der Gutachter Dr. C.\_\_\_\_ nachvollziehbar zum Schluss, dass psychische Ressourcen respektive Bewältigungsressourcen nur unzureichend vorhanden seien (Urk. 7/109/29). 7.4.6

Zum Komplex «Sozialer Kontext» (BGE 141 V 281 E. 4.3.2) lässt sich den gutachterlichen Darlegungen entnehmen, dass die Beschwerdeführerin sozial eingebettet sei und so soziale Zugehörigkeit erfahre. Es sei eine Bindung zu vertrauten und emotional nahen Menschen vorhanden, insbesondere zu ihrem Ehemann und zu ihrer Tochter. So erfahre die Beschwerdeführerin emotionale Teilhabe, Fürsorge, Anerkennung und Vertrauen. Ausserdem erhalte sie konkret umfassende Unterstützung in der Alltagsbewältigung. Allerdings werde sie zu stark unterstützt und zu stark entlastet, was wenig förderlich für den Aufbau von Selbständigkeit und das Erleben von Handlungserfolgen sei. Es bestünden Anzeichen, dass aus der erfolgten Zuwendung und Fürsorge ein sekundärer Krankheitsgewinn entstanden sei, was die an sich wichtige soziale Ressource in ihrer Bedeutung und positiven Wirkung einschränke (Urk. 7/109/29 f.). Zusammen gefasst ergibt sich, dass die familiäre Einbettung der Beschwerdeführerin eine wichtige mobilisierende Ressource

darstellt, die umso mehr genützt werden kann, je zielgerichteter die familiäre Unterstützung auf die effektive Beeinträchtigung beschränkt beziehungsweise auf die Förderung der Selbständigkeit der Beschwerdeführerin gerichtet ist. 7.4.7

In der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkt des Verhaltens) ist zum einen der Indikator «gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen Lebensbereichen» relevant (BGE 141 V 281 E. 4.4 u. 4.4.1). Dr. C.\_\_\_\_ hielt fest, die Beschwerdeführerin halte sich nicht mehr für arbeitsfähig. Die meisten Haushaltsarbeiten erledige der Ehemann. Dieser kümmere sich auch um die administrativen und finanziellen Angelegenheiten und helfe ihr beim Anziehen und Waschen. Hobbies und Interessen habe sie keine, was sie aber früher auch nicht gehabt habe. Am Morgen bereite ihr Ehemann das Frühstück zu und am Abend koche er. Am Mittag wärme sie sich die Reste des Abendessens vom Vortag auf. Sie liege meist auf dem Sofa oder sitze vor einem Fenster. Wenn sie Lust dazu habe, gehe sie am Nachmittag rund eine Stunde nach draussen (Urk. 7/109/12 ff.). Aufgrund der von der Beschwerdeführerin gemachten Schilderungen ist festzustellen, dass sie nicht nur keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht, sondern

im Tagesablauf generell kaum Aktivitäten zu verzeichnen sind, ausser dem gelegentlichen Spaziergang am Nachmittag. Mithin liegt eine gleichmässige Reduktion des Aktivitätsniveaus in allen Lebensbelangen (berufliche und persönliche Aktivitäten) vor.

#### 7.4.8

Was den weiteren Indikator «behandlungs- und eingliederungsanamnestisch aus gewiesener Leidensdruck» angeht (BGE 141 V 281 E. 4.4.2), ist gestützt auf die Darlegungen des Experten Dr. C.\_\_\_\_

nicht von der Hand zu weisen, dass die bisher durchgeführte medikamentöse Behandlung sich zwar als wirksam erwiesen, jedoch noch nicht zu einer vollständigen Remission geführt hat (Urk. 7/109/26 f.). Dass die Beschwerdeführerin im Beurteilungszeitpunkt lediglich einmal monatlich bei ihrer Psychiaterin Dr. H.\_\_\_\_ in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung ist, spricht gegen einen ausgeprägten Leidensdruck. Das psychische Leiden ist aus ärztlicher Sicht nach wie vor behandelbar und eine Remission nicht ausgeschlossen. Behindert wird eine solche von dysfunktionalen Überzeugungen und Verhaltensmustern der Beschwerdeführerin, ohne dass diesen selber Krankheitswert zukomme. Zur Reduktion dieser dysfunktionalen Überzeugungen und Verhaltensmuster ist eine verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Behandlung angezeigt, gegebenenfalls in stationärem Rahmen. Mit einer solchen Behandlung könnten Strategien zur Schmerzbewältigung auf- und dysfunktionale Verhaltensweisen abgebaut werden (Urk. 7/109/31). 7.4.9

Angesichts des nicht erheblichen funktionellen Schweregrades der diagnostizierten Gesundheitsschädigungen, der vorhandenen Ressourcen, der vorhandenen Therapieoptionen und mangels eines erheblichen Leidensdrucks ist die Einschätzung des Gutachters Dr. C.\_\_\_\_

nachvollziehbar, nach vorübergehender Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab April 2016 und von 70 % ab Oktober 2016 sei ab dem Zeitpunkt der Begutachtung für eine angepasste, das heisst für eine bezüglich Tagesablauf und Arbeitsabfolge genau festgelegte Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit zu attestieren und für eine weniger optimal angepasste eine solche von 80 % (Urk. 7/109/30 f.). Insgesamt kommt dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr.

C.\_\_\_\_

die nötige Beweiskraft zu.

## **E. 8**

ATSG) sind.

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

### **E. 8.1**

In der gemeinsamen Konsensbesprechung gelangten die Gutachter nachvollziehbar zum Schluss, ausschlaggebend für die Bestimmung der Restarbeitsfähigkeit seien die Beeinträchtigungen auf rheumatologischem Gebiet. Die Experten hielten fest, die angestammte ausschliesslich stehend und gehend zu verrichtende Tätigkeit in der Reinigung entspreche nicht mehr den vorhandenen körperlichen Möglichkeiten der Beschwerdeführerin und sei daher nicht mehr zumutbar. Angepasst sei eine körperlich sehr leichte, mehrheitlich sitzende und nicht repetitiv belastende Tätigkeit . Die Beurteilung ist zu folgen. Nicht zu folgen ist den Darlegungen der Gutachter mit Bezug auf das aus somatischer Sicht attestierte

zumutbare Pensum von 50 %. In dieser Hinsicht ist gestützt auf das in vorstehender E.

7.3 Ausgeführte seit Mitte September 2016 von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten auszugehen. Aus psychiatrischer Sicht gilt das in vorstehender E. 7. 4 Ausgeführte, das heisst eine volle Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten ab dem Zeitpunkt der Begutachtung.

### **E. 8.2**

Die Neuanmeldung der Beschwerdeführerin ging am 19. Oktober 2014 bei der Beschwerdegegnerin ein ( Urk. 7/59, 7/53), weshalb unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Karenzfrist ein Rentenanspruch frühestens am

1. April 2016 entstehen konnte. Aufgrund des Hüftleidens

bestand zunächst vorübergehend ab dem 13. Dezember 2014 bis Mitte April 2015 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit . Länger anhaltend trat als Folge von Komplikationen im Zusammenhang mit dem Hüftleiden ab dem 24. Oktober 2015 erneut eine vollständige Arbeitsunfähigkeit auf . Da diese Arbeitsunfähigkeit länger andauerte , markiert der 24. Oktober 2015 den Beginn der Wartezeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG. Die Arbeitsunfähigkeit dauerte nach Einschätzung des Gutachters

Dr. B.\_\_\_\_ bis zur Besserung im September 2016 an (Urk. 7/110/61) . Mit dem Ablauf des Wartejahres im Oktober 2016 lag somit im Verlauf eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % vor (Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 24. Oktober 2015 bis Mitte September 2016 ; Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG ) . Aus psychiatrischer Sicht bestand zu diesem Zeitpunkt noch eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % und ab dem Zeitpunkt der Begutachtung eine solche von 20 % (vorstehende E. 7.4). Eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in dieser Höhe vermag von vornherein keine Invalidität im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. c zu begründen. In somatischer Hinsicht

hingegen blieb auch nach der Besserung ab September 2016 eine erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bestehen. Letztere kommt dauerhaft nicht mehr in Frage. Somit ist mittels eines Einkommensvergleichs ( Art. 16 ATSG) zu prüfen, ob nach Ablauf des Wartejahres im Oktober 2016 die Voraussetzungen gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG eingetreten waren.

### **E. 9.1**

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 renten wirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3, 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2, 128 V 174).

Die Neuanmeldung der Beschwerdeführerin ging am 19. Oktober 2015 bei der IV-Stelle ein (Urk. 7/50, 7/53), weshalb unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Karenzfrist ein Rentenanspruch frühestens ab dem 1. April 2016 in Frage kommt. Zu diesem Zeitpunkt war das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG noch nicht abgelaufen. Dieses endete am 24. Oktober 2016. Ab diesem Zeitpunkt konnte somit ein Rentenanspruch entstehen.

### **E. 9.2**

Die Beschwerdegegnerin qualifizierte die Beschwerdeführerin als Vollerwerbstätige (Urk. 7/99, 7/112/7). Gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich des Abklärungsgesprächs vom 16. Februar 2017 war sie in Portugal bis zu ihrer Einreise in die Schweiz im Jahr 2008 vollzeitlich als Reinigerin erwerbstätig. In der Schweiz ging sie ab August 2008 einer Reinigungstätigkeit im Umfang von rund 65 % bei der I.\_\_\_\_ GmbH nach. Es gelang ihr in der Folge

nicht, in Form einer längerdauernden und vollzeitlichen Beschäftigung beruflich Fuss zu fassen. Im November 2008 traten erste gesundheitliche Probleme auf und es kam wiederholt zu einer Arbeitsunfähigkeit. Die Arbeitseinsätze der Beschwerdeführerin blieben in der Folge zeitlich beschränkt (Urk. 7/46/9 ff., 7/99/2 ff., Urk. 7/110/46 f. u. 49 f.; vgl. auch Urk. 7/12). Die Beschwerdeführerin gab an, ohne das Auftreten der gesundheitlichen Probleme wäre sie vollzeitlich erwerbstätig (Urk. 7/99/4 f.). Aufgrund der gesamten Umstände ist von diesen Angaben auszugehen, zumal die Kinder der Beschwerdeführerin längst erwachsen sind und der Ehemann keine feste Stelle innehat, sondern temporäre Arbeitseinsätze leistet (vgl. Urk. 7/4/4 f.).

### **E. 10.1**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs;

BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

In gewissen Fällen, insbesondere dort, wo Validen- und Invalideneinkommen anhand derselben Tätigkeit zu ermitteln sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_295/2017 vom 27. September 2017 E. 6.5), kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invaliden einkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sogeannter Prozentvergleich; BGE 114 V 310 E. 3a mit Hinweisen).

### **E. 10.2**

Die Beschwerdeführerin ist ungelernt ( Urk. 7/4/5, Urk. 7/50/3 f.). Beruflich war sie in erster Linie im Bereich Gebäudeinnenreinigung en tätig. Seit ihrer Einreise im Jahr 2008 war sie für wechselnde Arbeitgeber tätig. So arbeitete sie im Jahr 2008 für die I.\_\_\_\_ GmbH, im Jahr 2009 in einer Pizzeria und ab dem Jahr 2012 bis 2015 für verschiedene Privatpersonen sowie die J.\_\_\_\_ AG. Ihre dabei erzielten Einkommen weisen erhebliche Schwankungen auf (vgl. Urk. 7/12, 7/98). Einer Tätigkeit im Reinigungsbereich oder einer v ergleichbaren anderen Tätigkeit wäre sie ohne den Gesundheitsschaden auch weiterhin nach gegangen. Es rechtfertigt sich somit, das hypothetische Valideneinkommen anhand der statistischen Durchschnittswerte der Schweizerischen Lohnstrukturhebung (LSE) zu bestimmen.

Aufgrund des Gesundheitsschadens beschränkt sich der Einsatzbereich der Beschwerdeführerin auf körperlich nicht mehr belastende und vorwiegend sitzende Tätigkeiten . Weitergehende Einschränkungen bestehen aus gesundheit licher Sicht nicht. Der für die Invaliditätsbemessung massgebende au sg egli chene Arbeitsmarkt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_434/2017 vom 3. Januar 2018 E. 7.2.1 u nd 9C \_253/2017 vom 6. Juli 2017 E. 2.2.1) hält auch für ungelernete Arbeitskräfte

körperlich nicht belastende Tätigkeiten in genügender Anzahl bereit (Urteil des Bundesgerichts 8C\_82/2019 vom 1 9. September 2019 E. 6.3.2) . Bislang hat die Beschwerdeführerin keine angepasste Tätigkeit aufgenommen. Somit ist auch das Invalideneinkommen anhand der Tabellenlöhne zu bestimmen .

Bei dieser Ausgangslage

kann auf eine ziffernmässige Bestimmung der beiden hypothetischen Einkommen verzichtet werden. Für die Bestimmung des Validen- und des Invalideneinkommens ist von

den nämlichen Lohnansätze n , das heisst vom Zentralwert der Frauenl öhne auszugehen (LSE 2016 , TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Kompeten z niveau 1) . Der Invaliditätsgrad entspricht damit dem Grad der Arbeitsunfähigkeit , gegebenenfalls unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (Urteile des Bundesgerichts 8C\_365/2012 vom 3 0. Juli 2012 E. 7, 8C\_628/2015 vom 6. April 2016 E. 5.3.5 je mit Hinweisen). Da in einer angepassten Tätigkeit von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen ist, liegt d er Invalidi tätsgrad bei 0 % . Ein leidensbedingter Abzug ist auf höchstens 25 % beschränkt (BGE 126 V 75 Regeste u nd E . 5b/cc ) , weswegen

selbst bei einem Maximalabzug ein Invaliditätsgrad von unter 40 %

resultiert . Ein Rentenanspruch ist damit nicht ausgewiesen. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 17. November 2017 ist demzufolge nicht zu beanstanden. Dies führt zu r Abweisung der gegen diesen Entscheid erhobenen Beschwerde.

#### **E. 11**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis I VG) und ermessensweise auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin

aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Y. \_\_\_ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4 .

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die VorsitzendeDer Gerichtsschreiber FehrKlemmt

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