

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00701 vom 1. Mai 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-05-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00701

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00701 du 1 mai 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00701 del 1 maggio 2020

Erwägungen

E. 1

1. Juli 2018 einen Rentenanspruch (Urk. 9/116 = Urk. 2) .

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetz es über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betäti gen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, er halten oder verbessern können; b.

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

E. 1.3

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebene nfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arz tes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die ver sicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, wel che Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.4

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustel len und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach

zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These ab stellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszüräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Frensdorff, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

E. 2

2. August 2019 erstattet wurde (Poststempel, Urk. 14). Dazu nahm die Beschwerdegegnerin - unter Hinweis auf eine seitens ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) abgegebene Stellungnahme (Urk.

20)

- am 15. Oktober 2019 (Urk. 19) Stellung. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 12. November 2019 zur Kenntnis gebracht (Urk.

22). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Akten, insbesondere das interdisziplinäre Gutachten vom 2.

November 2017 (Urk. 9/90) und die Stellungnahme des RAD vom 22.

November 2017 (Urk. 9/94 S. 4 ff.), davon aus, dass der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin nicht mehr zumutbar sei. Eine körperlich leichte Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin hingegen zu 80 % zumutbar (S. 2 oben). Eine Verschlechterung der rheumatologischen Beschwerden sei aus fachärztlicher Sicht nicht ausgewiesen. Vielmehr würden sich krankheitsfremde Umstände wie soziokulturelle Schwierigkeiten, eine ungünstige Arbeitsmarktlage sowie die finanzielle Notlage auf das Beschwerdebild auswirken. Eine verminderte Erwerbsfähigkeit aufgrund der somatischen Beschwerden sei nicht nachvollziehbar (S. 2 unten).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf den Standpunkt (Urk. 1), gemäss Gutachten vom 2. November 2017 ergebe die rein somatisch-rheumatologische Beurteilung für die bisherige Tätigkeit eine Arbeits

unfähigkeit von 100 % seit 2009 und für eine angepasste Verweistätigkeit seit 2009 eine solche von zunächst 20 % , seit 2014 von durchschnittlich 30 % und seit dem Sommer 2015 von durchschnittlich 40 % . Aus psychiatrischer Sicht habe nie eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden. Der RAD habe diese Einschätzung nach unten korrigiert und eine Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit auf 30 % seit 2014 und schliesslich 40 % ab Sommer 2015 verneint (S.

7 Mitte). Der Begründung für eine Korrektur der von den Gutachtern beurteilten prozentualen Arbeitsfähigkeit könne aus den genannten Gründen nicht gefolgt werden und es sei im Resultat der Einschätzung des Gutachtens bezüglich Arbeitsunfähigkeit zu folgen (S. 8 Mitte). Da das Valideneinkommen dem Invalideneinkommen entspreche, resultiere ein Invaliditätsgrad von 40 % seit Sommer 2015, was zum Anspruch auf eine Viertelsrente führe (S. 8 unten). Weiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, berufliche Massnahmen zu prüfen und in die Wege zu leiten (S. 9 unten).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführer in . 3. 3.1

3.1.1

Dr. med. A.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med.

B.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, nannten im interdisziplinären Gutachten vom 2. November 2017 (Urk. 9/90) folgende Diagnosen mit langandauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 9 Ziff. III) : -

«Geburtsgebrehen» mit persistierendem Kraftdefizit des linken Beines , Beckenasymmetrie mit Beinlängendifferenz, welche funktionell partiell kompensiert wird mittels Knieflexionshaltung links sowie Hüftgelenkdysplasie rechts - Zervikal- und lumbalbetontes Panvertebralsyndrom mit diffuser Ausstrahlung - diffuse idiopathische skelettale Hyperostose

Als Diagnosen ohne langandauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 9 unten): - Anpassungsstörung beziehungsweise längere depressive Reaktion, Januar 2015 bis Januar 2017, anhaltende somatoforme Schmerzstörung (seit Sommer 2016), finanzielle Schwierigkeiten und Verlust der Arbeitsstelle - chronisches, sich generalisierendes Schmerzsyndrom - nicht ausreichend somatisch abstützbar - krankheitsfremde Faktoren - primäres Fibromyalgie-Syndrom - nicht-dermatombezogene Hyposensibilität des ganzen rechten Armes und des ganzen rechten Beines für ausschliesslich taktile Reize bei allseits normalem Lage- und Vibrationssinn - diffuse Druckschmerzangabe - Polyarthralgien axialer und peripherer Gelenke - Schlafstörungen, Müdigkeit - anamnestisch Reizmagen-Syndrom 3.1.2

Der rheumatologische Gutachter

führte in seinem Teilgutachten (Urk. 9/90/3 -22) aus, es liege eine komplexe Situation vor, bei der die von der Beschwerdeführerin seit Ende 2016 geschilderten Schmerzen im Sinne eines chronischen, sich generalisierenden Schmerzsyndroms nicht mehr mit den objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunden korrelieren würden (S. 10 Mitte) .

Die Beschwerdeführerin

habe bezüglich der somatisch abstützbaren Pathologien während Jahren zunächst belastungsabhängige Beschwerden berichtet , wobei die diffus geschilderte

Schmerzausstrahlung, gemäss der vorliegenden Dokumentation, zumeist im Sinne einer pseudoradikulären Schmerzausstrahlung interpretiert worden sei. Ein gesicherter Hinweis auf ein radikuläres Reiz- oder Ausfallssyndrom insbesondere des rechten Beines habe, gemäss der vorliegenden Dokumentation, nie bestanden, auch wenn in der bildgebenden Abklärung, wie der MRI-Abklärung der Lendenwirbelsäule vom 16. Dezember 2016, auf eine Kompression der Wurzel L4 rechts hingewiesen worden sei. Die am 13. Mai 2016 durchgeführte Steroidinfiltration der Wurzel L4 rechts und der Facettengelenke von LWK4/5 beidseits habe zu einer vorübergehenden Schmerzreduktion bis an nähernden Schmerzfreiheit geführt, die von der Beschwerdeführerin als mehrere Monate andauernd umschrieben worden sei. Das heisse konkret, dass zumindest bis zum damaligen Zeitpunkt eindeutige Hinweise auf somatisch abstützbare Beschwerden bestanden hätten (S. 11 Mitte).

Die Beschwerdeführerin schildere eine nicht dermatombezogene Hyposensibilität des ganzen rechten Armes und des ganzen rechten Beines für ausschliesslich taktile Reize. Bereits diese Beschreibung lasse an vordergründig nicht somatisch abstützbare Beschwerden denken, weil die sensiblen Qualitäten für den Vibrationsinn und für den Lagesinn allseits als normal geschildert worden seien, wodurch der Aspekt von somatisch abstützbaren Beschwerden zudem entkräftet werde. Ferner seien als Kriterien für vordergründig nicht somatisch abstützbare partielle Sensibilitätsstörungen die normal getesteten Muskeleigenreflexe der rechten Körperhälfte hinweisend. Diesbezüglich sei darauf hinzuweisen, dass ein Muskeleigenreflex ein objektives Untersuchungskriterium darstelle, welches nicht von der Mitarbeit einer Patientin respektive der zu untersuchenden Person abhängig sei. Ein nicht gesteigert auslösbarer Muskeleigenreflex setze voraus, dass keine relevante Störung der sensiblen Afferenz und/oder der motorischen Efferenz vorliege. Da die Muskelkraft und die Muskeltrophik der rechten Extremitäten allseits normal seien, könne diese als partiell geschilderte Sensibilitätsstörung der rechten Extremitäten vordergründig nicht auf ein bekanntes somatisch-rheumatologisch-neurologisches Krankheitsbild abgestützt werden (S. 12 unten).

Während der klinischen Untersuchung setze eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik ein, im Rahmen derer vier der fünf

Waddell-Zeichen, als Hinweis auf nicht organisch abstützbare Beschwerden, demonstriert worden seien. Die Beschwerdeführerin schildere diffuse Druckschmerzen beim Berühren der Weichteile des ganzen Körpers. Sie blocke phasenweise zunächst harmonische Bewegungen mit einem abrupt einsetzenden muskulären Widerstand ab. Sie schildere nicht-dermatombezogene Sensibilitätsstörungen. Diese schmerzvermittelnde Mimik und Gestik könne vordergründig nicht mit einem bekannten somatisch-pathologischen Krankheitsbild begründet werden (S. 13 oben).

Aufgrund der schmerzvermittelnden Mimik und Gestik, der diffusen Druckdolenz sowie der von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden könne seit Ende 2016 von vordergründig nicht mehr somatisch abstützbaren Beschwerden ausgegangen werden (S. 13 unten f.).

Aufgrund der Ergebnisse der Begutachtung bestünden somit seit Ende 2016 Diskrepanzen zwischen den geschilderten Beschwerden und den diskutierten objektivierbaren Befunden.

In den ergänzend durchgeführten Untersuchungen habe

zudem kein Hinweis auf eine entzündliche Systemaffektion, auf ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom oder auf eine paraneoplastische Komponente objektiviert werden können (S. 14 oben). Insgesamt seien die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar. In einer derartigen Situation seien grundsätzlich krankheitsfremde Gründe, ein Aggravationsverhalten im Rahmen eines Rentenbegehrens und eine psychosomatisch-psychiatrische Affektion zu diskutieren (S. 14 Mitte).

Die Arbeitsfähigkeit sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, seit 2009 für berufliche Tätigkeiten, die nicht die Kriterien einer angepassten Verweistätigkeit erfüllen, nicht mehr gegeben. Für eine angepasste Verweistätigkeit sei eine durchschnittliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu formulieren, auch wenn Phasen der vorübergehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit vorgelegen haben müssten, zum Beispiel nach der Hysterektomie oder nach der Vorfußfraktur links. Für eine angepasste Verweistätigkeit bestehe aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt eine anhaltende zeitliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seit 2009 von zunächst maximal 20%, seit 2014 von durchschnittlich 30% und seit Sommer 2015 von durchschnittlich 40%. Dieses zumutbare Arbeitspensum könne sowohl am Stück als auch mit vermindertem Tempo über den Tag verteilt abgeleistet werden (S. 15 Mitte).

Die angepasste Verweistätigkeit

liege in einem temperierten Raum (Raumluft), beschränke sich auf leichtgradig körperlich belastende Arbeiten und lasse die Möglichkeit, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln, zu. Das Einhalten der Rückenergonomie sei als zwingend vorauszusetzen. Nicht mehr zumutbar sei das Gehen auf unebenem Untergrund und das repetitive Begehen von Treppen sollte vermieden werden (S.

16 oben).

Ungünstig auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess könnten sich krankheitsfremde Faktoren

auswirken, wie beispielsweise länger anhaltende berufliche Arbeitsabstinenz im ersten Arbeitsmarkt, ärztlicherseits länger dauernd attestierte Arbeitsunfähigkeiten, Alter, ungünstige Arbeitsmarktsituation und möglicherweise die limitierte Motivation (S. 16 oben).

Die Wahrscheinlichkeit sei klein, dass die Beschwerdeführerin, nach langanhaltender beruflicher Arbeitsabstinenz im ersten Arbeitsmarkt, wieder längerdauernd im ersten Arbeitsmarkt beruflich tätig werde. Diesbezüglich seien, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, die erwähnten krankheitsfremden Faktoren

massgebend ursächlich. Die bei der Beschwerdeführerin ausgewiesenen somatisch-pathologischen Aspekte hätten während Jahren zu Beschwerden geführt, die plausibilisierbar

gewesen seien. Auch deshalb würden namhafte Einschränkungen der

Arbeitsfähigkeiten resultieren (S. 16 unten).

Die seit Ende 2016 geschilderten Beschwerden im Sinne des chronisch sich generalisierenden Schmerzsyndroms würden hingegen nicht mehr mit diesen objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunden korrelieren. Damit werde der seither therapierefraktäre Beschwerdeverlauf auf die wiederholt somatisch ansetzenden Therapiemassnahmen plausibel (S. 17 oben). 3.1.3

Der psychiatrische Gutachter führte in seinem Teilgutachten (Urk. 9/90/23-40) aus, als Hauptproblem könnten die chronischen Schmerzen angesehen werden. Bis Sommer 2016 habe diese Problematik, gemäss rheumatologischem Teilgutachten, rheumatologisch erklärt werden können. Teilweise in Zusammenhang mit der Kraftabschwächung des linken Beines sei es zu Hüftbeschwerden gekommen, später seien Schulter- und Rückenschmerzen hinzu gekommen. Im Sommer 2016 sei eine neue Situation entstanden, indem sich die Schmerzen in erheblichem Ausmass ausgedehnt und erstmals die Weichteile erfassten hätten. Die Beschwerdeführerin leide seither an einem Ganzkörperschmerzsyndrom, welches sie in ihrer Lebensentfaltung beeinträchtige. Sie zeige Hinweise für das Vorliegen einer psychosomatischen Überlagerung. Sie sei auf die Schmerzen fixiert, diese würden den Hauptfokus ihres Interesses bilden. Es liege aber nicht ein Vollbild dieser Störung vor, da das Ausmass der Schmerzen von körperlichen Belastungen, nicht aber von Lebensproblemen oder emotionalen Konflikten abhängig sei. Zudem komme es nach den Therapien oft zu einer Verbesserung der Schmerzen. Bei der heutigen Untersuchung zeige

die Beschwerdeführerin ein massives Schmerzempfinden, möglicherweise bestünden aggravierende Anteile (S. 9 Mitte).

Gemäss ihren Angaben sei sie immer glücklich gewesen, wenn sie habe arbeiten können. Im Januar 2015 sei sie in eine seelische Krise geraten, als sie am damaligen Arbeitsplatz in Schwierigkeiten geraten sei. Der Sozialdienst solle stark auf eine Arbeitsstelle in der freien Wirtschaft gedrängt und die finanzielle Unterstützung eingestellt haben. Es seien andere Institutionen, insbesondere das RAV und die Invalidenversicherung dazu gekommen. Diese komplizierte Situation habe sie überfordert und sie habe mit Selbstwerteinschränkungen, Verstimmungen, Konzentrationsstörungen und Schlafproblemen reagiert. Da ein enger Zusammenhang

zwischen der seelischen Krise und den Ursachen bestanden habe, habe von einer Anpassungsstörung, später von einer depressiven Reaktion ausgegangen werden können (S. 9 f.). Definitionsgemäss könnten Anpassungsstörungen beziehungsweise längere depressive Reaktionen gemäss ICD-10 nur zwei Jahre diagnostiziert werden. Ab Februar 2017 könne deshalb definitionsgemäss diese

Diagnose nicht mehr gestellt werden. Seither könne das Verhalten der Versicherten angesichts der Lebensprobleme als « normal » angesehen werden. Weiterhin würden sich dagegen die chronischen Schmerzen ungünstig auswirken. Gemäss ICD-10 sei es beinahe die Regel, dass chronische Schmerzen auch zu Verstimmungen führen, da es nicht einfach zu ertragen sei, ständig an Schmerzen zu leiden und Einschränkungen in der Lebensführung hinnehmen zu müssen. Im Januar 2015 habe die Beschwerdeführerin eine ambulante psychiatrische Therapie aufgenommen, welche sie bis heute weiterführe. Sie gehe

alle zwei Wochen zum Psychiater und erhalte antidepressiv wirkende Medikamente. Das psychotherapeutische Setting könne als genügend angesehen werden. Die medikamentöse Compliance sei insuffizient (S. 10 Mitte).

Es bestünden bedeutende krankheitsfremde Faktoren wie

soziokulturelle Probleme, Status nach Scheidung, Status nach Arbeitsplatzverlust, fehlende Berufsbildung, finanzielle Schwierigkeiten sowie Abhängigkeit vom Sozialdienst (S. 10 unten).

Eine bedeutende beziehungsweise anhaltende psychiatrische Störung bestehe nicht und relevante objektive Befunde hätten nie bestanden (S. 13 oben). Da keine bedeutende Störung bestehe, seien keine krankheitsbedingten Auswirkungen auf die diversen Lebensbereiche vorhanden (S. 15 Mitte). Die Beschwerdeführerin sei in den bisherigen Tätigkeiten nie anhaltend eingeschränkt arbeitsfähig gewesen. 3.1. 4

Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» der Standardindikatoren führte der psychiatrische Gutachter aus, dass die Beschwerdeführerin Hinweise für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zeige, aber nicht das Vollbild vorhanden sei, da mehrere Kriterien der ICD-10 nicht nachweisbar seien. Die Beschwerdeführerin zeige erfreuliche somatische Behandlungsergebnisse, obschon es auch zu Rückfällen komme. Sie sei zudem sehr motiviert, bei Integrationsmassnahmen mitzuwirken. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine eigenständige Komorbidität. Vielmehr seien es die ungünstigen psychosozialen und soziokulturellen Umstände, welche zu den seelischen Krisen geführt hätten. Bei Wegfall dieser Belastungen gehe es der Beschwerdeführerin psychisch gut (S.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

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

E. 11

und seither zunehmender Tendenz in den Aufnahmen bis

zum

23. Dezember 2016, berücksichtigt.

Bezüglich der progredienten Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit habe

er auch berücksichtigt, dass die Kompensationsmöglichkeiten des Bewegungsapparates bei der Beschwerdeführerin auf Grund des Geburtsgebrechens mit den asymmetrischen Auswirkungen der Physik auf den Bewegungsapparat eingeschränkt seien (S. 2 unten). 3.5

Dr. C.____,

RAD (vorstehend E. 3.2), führte daraufhin in seiner Stellungnahme vom 10. Oktober 2019 (Urk. 20) aus, der rheumatologische Gutachter gebe in

der Stellungnahme an, dass sich seine Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auf die Angaben der Beschwerdeführerin

gestützt habe, obwohl die Befunde die Beschwerden nicht abstützen würden. Im Gutachten habe sich

der rheumatologische Gutachter auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abgestützt und die Inkonsistenzen nicht beachtet. Zu den kaum eingenommenen Medikamenten bestehe keine Stellung. Hier wäre zu diskutieren gewesen, wieso die Beschwerdeführerin kaum Schmerzmittel einnehme, obwohl die Schmerzen als sehr intensiv geschildert würden. Die Schmerzen würden auf die gebrochene Cerclage an der rechten Hüfte zurückgeführt. Die Cerclage sei jedoch 2011 gebrochen. Warum die Schmerzen erst 2014 angegeben worden seien,

werde nicht erklärt. Die am 4. April 2007 wegen einer Hüftdysplasie rechts implantierte Hüft-TP rechts mit

Trochanterosteotomie und Pfannenaufbau sei bei der Röntgenaufnahme vom 17. Oktober 2017 ohne Lockerungszeichen gewesen. Es liege wohl eine Beinlängendifferenz vor, die durch orthopädische Zurichtung (Absatz- oder Schuherhöhung) korrigiert werden könne. Des Weiteren werde eine

diffuse-idiopathische-skelettale Hyperostose angeführt. Bei moderater Hyperostose würden sich meist keine schwerwiegenden Schmerzen einstellen (S. 1 unten).

Der rheumatologische Gutachter

habe

eine komplexe Situation festgestellt, bei der die von der Beschwerdeführerin seit Ende 2016 geschilderten Schmerzen im Sinne eines chronischen, sich generalisierenden Schmerzsyndroms nicht mehr mit den

objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunden korrelierten (S. 1 unten f.). Es lägen nicht somatisch abstützbare Beschwerden vor. Bei der Untersuchung seien 4 der 5 Waddell-Zeichen als Hinweis auf nicht organisch abstützbare Beschwerden demonstriert worden. Es würden krankheitsfremde Faktoren wie lange Arbeitsunfähigkeit, Alter der Beschwerdeführerin und eine ungünstige Arbeitsmarktsituation beschrieben. Der psychiatrische Gutachter

sehe weitere krankheitsfremde Faktoren wie soziokulturelle Probleme, Status nach Scheidung, Status nach Arbeitsplatzverlust, fehlende Berufsausbildung, finanzielle Schwierigkeiten und eine Abhängigkeit vom Sozialdienst. Dieser habe Hinweise für eine Aggravation der Schmerzen festgestellt. Eine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit werde verneint. Wegen Erkrankungen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sollten Medikamente eingenommen werden, die die Kundin laut Blutspiegeluntersuchung nur sporadisch einnehme (S. 2 oben).

Es gebe Hinweise für Aggravation und fehlenden Leidensdruck. So habe der psychiatrische Gutachter festgestellt, dass die Beschwerdeführerin die vom Psychiater verordneten Medikamente gemäss Labor nicht in relevantem Ausmass einnehme, was einen

Leidensdruck als unwahrscheinlich vermuten lasse. Weiter habe die Beschwerdeführerin bei der Untersuchung Hinweise für eine Aggravation der Schmerzen gezeigt (S. 2 unten).

Auf rheumatologisch-somatischem Fachgebiet würden Erkrankungen vorliegen, die eine 100 % ige Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit begründen würden. In entsprechend dem Belastungsprofil angepasster Tätigkeit sei seit 2009 eine 20 % ige Arbeitsunfähigkeit respektive eine 80%ige Arbeitsfähigkeit ausgewiesen. Im rheumatologischen Gutachten werde

die Arbeitsfähigkeit

ohne wesentliche Veränderung der Befunde

ab 2014 auf 70 % und ab Sommer 2015 auf 60 %

reduziert. Dies sei nicht nachvollziehbar, da die Reduzierung der Arbeitsfähigkeit

mit der Zunahme der Schmerzen begründet worden sei, die ohne somatische Korrelate seien. Damit sei die 20%ige

Arbeitsfähigkeit seit 2009 ohne Veränderung bis heute nachvollziehbar (S. 3 Mitte).

Zuletzt halte der rheumatologische Gutachter fest, dass die Wahrscheinlichkeit klein sei, dass die

Beschwerdeführerin, nach langanhaltender beruflicher Arbeitsabstinenz im ersten Arbeitsmarkt, wieder längerdauernd im ersten Arbeitsmarkt beruflich tätig werde. Diesbezüglich seien, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, die erwähnten krankheitsfremden Faktoren massgebend ursächlich. Die sukzessive Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit auf 40

% seit Sommer 2015 lasse sich durch keine Befunde belegen (S. 3 unten). 4. 4.1

Das interdisziplinäre Gutachten vom 2. November 2017 (Urk. 9/90) erfüllt grundsätzlich die rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Beweisgrundlagen (vorstehend E. 1.4). Es beruht auf eigenständigen Untersuchungen in den Fachgebieten Rheumatologie (Urk. 9/90/3-22) und Psychiatrie (Urk. 9/90/23-40) und wurde in Kenntnis der relevanten Vorakten (Urk. 9/90/8-11, Urk. 9/90/25-26) abgegeben. Die am Gutachten beteiligten Fachärzte erhoben jeweils eine ausführliche Anamnese, gingen in ihren Beurteilungen auf die Beschwerden der Beschwerdeführerin ein und setzten sich im Wesentlichen mit früheren Einschätzungen auseinander. Dies ist unter den Parteien soweit unbestritten. 4.2

In psychiatrischer Hinsicht erweist sich das interdisziplinäre Gutachten als schlüssig und überzeugend. Der psychiatrische Gutachter begründete nachvollziehbar, dass aufgrund der erhobenen Befunde nicht vom Vorliegen einer relevanten psychischen Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen ist.

Er legte überzeugend dar, dass die Beschwerdeführerin zwar Hinweise für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zeige, jedoch aufgrund mehrerer nicht nachweisbarer ICD-10 Kriterien nicht das Vollbild vorhanden sei, und nie relevante objektive Befunde respektive eine bedeutende beziehungsweise anhaltende psychiatrische Störung bestanden hätten.

Auch setzte sich der psychiatrische Gutachter ausführlich mit den Vorakten und insbesondere der diagnostischen Einschätzung des behandelnden Psychiaters auseinander und zeigte auf, dass die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung

nicht nachvollziehbar sei, da es vorgängig nie depressive Episoden gegeben habe und es offensichtlich gewesen sei, dass die damaligen ungünstigen soziokulturellen und psychosozialen Umständen zu den Verstimmungen geführt hätten und ein reaktives Geschehen bestanden habe, und sich eine Persönlichkeitsstörung nicht nachweisen lasse. Der psychiatrische Gutachter verwies zudem auf die in der Untersuchung gezeigten Hinweise für eine Aggravation der Schmerzen und auf eine insuffiziente medikamentöse Compliance (vgl. vorstehend E. 3.1.3).

Der psychiatrische Gutachter setzte sich dabei eingehend mit den Standardindikatoren auseinander (vorstehend E. 3.1.4). Seine Beurteilung umfasste das ganze Leistungsprofil mit sowohl negativen als auch positiven Anteilen und ist so verfasst, dass die attestierte Arbeitsunfähigkeit «gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen» (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1) abgeleitet wurde. Der psychiatrische Gutachter ist bei der Beantwortung der Frage, wie er das Leistungsvermögen einschätzte, den einschlägigen Indikatoren gefolgt, er hat ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt, welche Folge der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind, und seine versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung ist auf objektivierter Grundlage erfolgt. Die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob er sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt hat (BGE 141 V 281 E. 5.2.2), ist klar zu bejahen. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage lassen sich anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen, weshalb auf das Gutachten abzustellen ist.

Insgesamt ist somit aufgrund der gutachterlichen Ausführungen davon auszugehen – und wird von den Parteien im Übrigen auch nicht bestritten –, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt ist. 4. 3 4. 3 .1

In somatischer Hinsicht hielt der rheumatologische Gutachter im Wesentlichen fest, dass die von der Beschwerdeführerin seit Ende 2016 geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar seien. So könnten die geschilderte Sensibilitätsstörung im Sinne einer nicht dermatombezogenen Hyposensibilität des ganzen rechten Armes und rechten Beines sowie die diffusen Druckschmerzen nicht auf ein bekanntes somatisch-pathologisches Krankheitsbild abgestützt werden und die während der klinischen Untersuchung demonstrierte schmerzvermittelnde Mimik und Gestik mit vier von fünf positiven Waddell-Zeichen würden eben falls auf nicht organisch abstützbare Beschwerden hindeuten. Aufgrund der erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen erachtete der rheumatologische Gutachter eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als nicht mehr gegeben. Für eine angepasste Tätigkeit formulierte er eine durchschnittliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und attestierte eine anhaltende zeitliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seit 2009 von zunächst maximal 20 %, seit 2014 von durchschnittlich 30 % und seit Sommer 2015 von durchschnittlich 40 % (vorstehend E. 3.1.2). 4. 3 .2

Diese in zeitlicher Hinsicht abgestufte Erhöhung der Arbeitsfähigkeit erachtete die Beschwerdeführerin wegen der fehlenden somatischen Begründbarkeit der Schmerzzunahme gestützt auf die Beurteilung des RAD als nicht nachvollziehbar

und ging - neben einzelnen kurz andauernden vollständigen Arbeitsunfähigkeiten - von einer seit 2009 durchgehenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 20 % aus (vorstehend E. 3.2) . 4. 3 .3

Die vom RAD aufgeworfenen (Kritik-)Punkte vermochte der rheumatologische Gutachter auch nach Aufforderung durch das Gericht (Verfügung vom 16. August 2018, Urk. 12) mit seiner Stellungnahme vom 23. August 2019 (vorstehend E. 3.4) nicht aufzulösen.

Insbesondere gelingt es dem rheumatologischen Gutachter nicht darzulegen, gestützt auf welche Befunde er im Jahr 2014 die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 80 auf 70 % respektive ab Sommer 2015 auf 60 % reduzierte. Vielmehr wiederholte der rheumatologische Gutachter - dem RAD zustimmend -

unter anderem nochmals, dass die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden diskrepant zu den objektivierbaren Befunden seien und dass diese unspezifische Befunde beschreiben, die vielfach nicht mit den ausgewiesenen somatisch-pathologischen Befunden korrelieren würden. So weit der rheumatologische Gutachter weiter ausführte, dass die von ihm attestierten (weitere)

Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit für angepasste Verweistätigkeiten nicht nur mit einer Zunahme der Schmerzen begründet worden sei und er unter anderem die Befunde einer diffusen-idiopathischen-skeletalen Hyperostose mit Befall der Wirbelsäule und auch der Schultern diskutiert und die radiologischen Befunde im Bereich des Beckens berücksichtigt habe (vgl. Urk.

E. 14

S.

2), so lassen sich

aus den Akten hierzu keine veränderten Befunde entnehmen, die eine stufenweise - und andauernde -

Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit im Jahr 2014 und im Sommer 2015 begründen würden.

So wird im Jahr 2014 über eine vorübergehende Verschlechterung der Schulterbeschwerden berichtet (vgl. Bericht vom 2. September 2014, Urk. 9/25/8-9), welche nach durchgeführter Physiotherapie innert kurzer Zeit wieder abnahmen und schliesslich auf psychosomatisch mitbedingte muskuläre Schulter-/Nackenverspannungen hingewiesen wurde. Weiter liegt in den Akten ein Bericht der E.____

vom 9. April 2014 (Urk. 9/25/6-7), welcher in der Anamnese über eine Zunahme von tieflumbalen belastungsabhängigen Rückschmerzen berichtet, sich jedoch bildgebend im Vergleich zur Voruntersuchung im Jahr 2011 unveränderte Befunde zeigten. Insbesondere wurden keine Lockerungszeichen oder Polyethylene in der Hüfte rechts und keine relevanten degenerativen Veränderungen der Hüfte links festgestellt. Schliesslich attestierte die Hausärztin

Dr. D.____ im Bericht vom 20. November 2014 (Urk. 9/25/1-5) eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in sitzender Position. Die vom rheumatologischen Gutachter im Jahr 2014 angenommene Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit auf 70 %

stützt sich nach dem Gesagten

nicht auf veränderte Befunde und ist damit nicht nachvollziehbar.

Gleiches gilt für das Jahr 2015. Die Hausärztin Dr. D.____ attestierte im Bericht vom 30. März 2016 (Urk. 9/62/6-10) wie bereits in ihrem früheren Bericht vom 20. November 2014 eine Arbeitsfähigkeit in sitzender Position bis 80 % und legte unter anderem einen Bericht der E.____ vom 1. April 2015 (Urk. 9/62/13-14) bei, aus welchem hervorgeht, dass die Beschwerdeführerin mit ähnlichen Beschwerden im Bereich der rechten Hüfte wie im April 2014 vorstellig geworden sei, wobei in der bildgebenden Diagnostik erneut eine unveränderte Komponentenanlage festgestellt wurde. Bei Bursitits trochanterica mit Insuffizienz der Hüftabduktoren und einer Irritation der Iliopsoassehne rechts schlugen die Ärzte eine Osteosynthesematerialentfernung vor, welche

die Beschwerdeführerin jedoch aus Angst ablehnend

gegenüberstand. Zudem empfahlen die Ärzte Physiotherapie und eine Infiltration der Iliopsoassehne. Eine Verlaufskontrolle wurde nicht vorgesehen, sondern die Beschwerdeführerin gebeten, die vorgeschlagenen Therapieoptionen mit der Hausärztin Dr. D.____ zu besprechen und sich dann wieder zu melden (S. 2 unten). Weitere medizinische Berichte aus dem Jahr 2015 fehlen, weshalb anzunehmen ist, dass die vorgeschlagenen Therapieoptionen nicht wie vorgeschlagen angegangen wurden.

Eine Veränderung ab Sommer 2015 erscheint schliesslich auch deshalb als wenig plausibel, da die Beschwerdeführerin vom 7. September 2015 bis 6. März 2016 ein Aufbautraining bei der F.____ absolvierte und bei gesamthaft lediglich fünf Absenzen die Präsenzzeit von anfänglich vier auf sechs Stunden pro Tag erhöhen konnte (vgl. Urk. 9/46, Urk. 55-56 und Urk. 9/59).

Letztlich erscheint die vom rheumatologischen Gutachter formulierte durchschnittliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit schon deshalb als fragwürdig, weil er diese im Teilgutachten mit Phasen von vorübergehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeiten nach der Hysterektomie oder der Vorfussfraktur links begründete (vorstehend E. 3.1.2). Die Vorfussfraktur erlitt die Beschwerdeführerin jedoch im Oktober 2011 und die Hysterektomie fand im Juli 2012 statt, weshalb diese zur Begründung der Reduzierung der Arbeitsfähigkeit im Jahr 2014 und im Sommer 2015 sicherlich nicht herangezogen werden können. 4. 3. 4

Soweit der rheumatologische Gutachter

zur Begründung der Schmerzzunahme in der ergänzenden Stellungnahme vom 23. August 2019 (vorstehend E. 3.4) auf die im Gutachten gemachten und in Gegenwart der Beschwerdeführerin diktierten Beschwerden verwies und ausführte, dass der zunehmende Umfang der Beschwerden von der Beschwerdeführerin über Jahre hinweg geschildert werde, so stimmt

diese Aussage weder mit der

im rheumatologischen Teilgutachten erhobenen und aufgeführten Anamnese (vgl. Urk. 9/90/4-5) noch der gutachterlichen Beurteilung (vgl. Urk. 9/90/12-19) überein. So geht a

us dem rheumatologischen T eilgut achten explizit hervor, dass der Umfang und die Schmerzintensität - wie von der Beschwerdeführerin berichtet - seit Herbst 2016 geändert habe , wobei die ge machten Angaben auf nicht mehr somatisch abstützbare Beschwerden hinw i esen und nicht mehr mit den objektivierbaren Befunden korrelieren würden (vgl. Urk. 9 /90/4 unten, Urk. 9/90/14 Mitte).

Eine bis zu diesem Zeitpunkt dokumentierte

(wesentliche) Zunahme des Be schwerdeumfangs und der Schmerzintensität über die Jahre wird offenbar weder von der Beschwerdeführerin geschildert noch

lässt sich eine solche in den medi zinischen Akten

erkennen

respektive wurde vom rheumatologischen Gutachter auch nicht mit Verweis auf entsprechende Berichte und Befunde begründet . So erfolgten die Konsultationen in der E.____ im April 2014, im März 2015 und im April 2016 jeweils aufgrund der gleichen anhaltenden Be schwerdesymptomatik (zum Verlauf vgl. Urk. 9/82/7) und die von den behan delnden Ärzten vorgeschlagenen weiterführenden Therapieoptionen, wie bei spielsweise die Entfernung des Osteosynthesematerials, für welche bereits im Jahr 2014 von den Ärzten der E.____ eine Operationsindikation gestellt (vgl. Urk. 9/21/7) und die auch im Jahr 2015 nochmals erwähnt wurde (vgl. Urk. 9/61/14), wurden von der Beschwerdeführerin nicht realisiert . Im Rah men der im Mai 2016 an der E.____ durchgeführten Facetten gelenksinfiltrationen, von welchen die Beschwerdeführerin gut profitierte und die zu mehrmonatigem und deutlichem Beschwerderückgang - bis hin zu annähern der Schmerzfreiheit - führten (vgl.

Urk. 9/71, Urk. 9/79/8-18, Urk. 9/80), hielten die behandelnden Ärzte im Bericht vom 2 9. Juni 2016 fest, dass sie zum aktuellen Zeitpunkt auf eine operative Therapie verzichten möchten, und wiesen dabei auf die Planung einer gegebenenfalls nötigen Entfernung der Cerclagen hin (vgl. Urk. 9/71/2) , wie sie bereits seit Jahren vorgeschlagen wurde . Nach zwischenzeit lich von der Beschwerdeführerin berichtete m deutliche n Beschwerderückgang (vgl. Bericht vom 1 0. Februar 2017, Urk. 9/79/8-9) klärten die behandelnden Ärzte die Beschwerdeführerin im Bericht 8. März 2017 nach erneuter Schmerzausstrahlung i n den rechten Oberschenkel erneut über eine mögliche Operation auf, welche die Beschwerdeführerin jedoch weiterhin ablehnte (Urk. 9/79/9). Schliesslich diagnostizierten die Ärzte der E.____ nach erneuter insbesondere von der Beschwerdeführerin gewünschten Facettenge lenksinfiltration eine regrediente

Lumboischialgie L4/5 rechts und berichteten von einem guten kurz- und mittelfristigen andauernden Effekt (vgl. Urk. 9/81/

6-9).

Inwiefern die vom rheumatologischen Gutachter diskutierten Befunde einer dif fusen-idiopathischen- skelettalen Hyperostose mit Befall der Wirbelsäule und auch der Schultern sowie die radiologischen Befunde im Bereich des Beckens eine Zunahme der Arbeitsunfähigkeit in den Jahren 2014 und 2015 begründen , legte d ies er in seiner ergänzenden Stellungnahme (vgl. vorstehend E. 3.4) nicht dar. So führte der RAD hierzu aus, dass die am 4. April 2007 implantierte Hüft-TP mit Trochanterosteotomie und Pfannenaufbau bei der im Rahmen der Begutachtung angefertigten Röntgen-Aufnahme (nach wie vor) ohne Lockerungszeichen gewe sen sei und wohl eine Beinlängendifferenz

vorliege, die aber durch orthopädische Zurichtung (Absatz- und Schuherhöhung) korrigiert werden könne. Weiter würden sich bei moderater Hyperostose meist keine schwerwiegenden Schmerzen einstellen (vgl. vorstehend E. 3.5). Sodann stellte selbst der rheumatologische Gutachter

fest, dass die diffus geschilderte Schmerzausstrahlung zumeist im Sinne einer pseudoradikulären Schmerzausstrahlung interpretiert worden sei und ein gesicherter Hinweis auf ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom insbesondere des rechten Beines nie bestanden habe, auch wenn in der bildgebenden Abklärung der Lendenwirbelsäule auf eine Kompression der Wurzel L4 hingewiesen worden sei. So konnte er auch in den ergänzend durchgeführten Untersuchungen keinen Hinweis auf eine entzündliche Systemaffektion, auf ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom oder eine paraneoplastische Komponente objektivieren (vgl.

vorstehend E. 3.1.2). Auch die Ärzte der E. ___ konnten trotz festgestellter Kompression der L4-Wurzel rechtsseitig bei Diskushernie L4/5 und stabiler Spondylolisthese L4/5 keine Hinweise auf eine L4-Radikulopathie feststellen (vgl. Bericht vom 22. Dezember 2016, Urk. 9/79/13). 4.3.5

Subjektive Schmerzangaben müssen im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung mit Blick auf die sich stellenden Beweisschwierigkeiten durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sein (vgl. BGE 139 V 547 E. 5.4). Nach dem Gesagten erscheint die Beurteilung des RAD, welcher in der (ergänzenden) Stellungnahme vom 10. Oktober 2019 nochmals nachvollziehbar ausführte, dass sich die Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit auf 40% durch keine Befunde belegen lasse und sich der rheumatologische Gutachter auf die subjektiven (Schmerz-) Angaben der Beschwerdeführerin gestützt und dabei die Inkonsistenzen ausser Acht gelassen habe (vorstehend E. 3.5), als plausibel und nachvollziehbar. Wie in Erwägung 4.3.3 dargelegt finden sich in den Berichten aus den Jahren 2014 und 2015 keine Befunde, die eine (andauernde) Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ab 2014 und ab Sommer 2015 aufzeigen und belegen würden. Schliesslich vermag der rheumatologische Gutachter die von ihm in den Jahren 2014 und 2015 angenommene Erhöhung der Arbeitsfähigkeit auch mit der ergänzenden Stellungnahme vom 23. August 2019 nicht

überzeugend zu begründen (vgl. vorstehend E. 4.3.4).

4.4

Zusammenfassend erscheint entgegen der gutachterlichen Einschätzung somit sowohl mit Blick auf die medizinische Aktenlage als auch die Beurteilung des RAD eine stufenweise Erhöhung der 20%igen Arbeitsunfähigkeit seit 2014 nicht nachvollziehbar. Selbst die behandelnde Hausärztin ging im November 2014 von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in sitzender Position (vgl. Urk. 9/25/1-5) und im März 2016 sowie im Mai 2017 von einer bis zu 80%igen Arbeitsfähigkeit in sitzender Position aus (vgl. Urk. 9/62/6-10, Urk. 9/79/4-7). Auch die Ärzte der E. ___ attestierten der Beschwerdeführerin eine Arbeitsfähigkeit in wechselbelastender Tätigkeit von rund sechs Stunden (vgl.

Urk. 9/80/4), was ebenfalls einer höheren Arbeitsfähigkeit als derjenigen im rheumatologischen Gutachten entspricht.

Angeht es um die im Gutachten

dokumentierten nicht somatisch abstützbaren Beschwerden, der von der Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung der monstrierten und diffus geschilderten Schmerzen sowie der erheblichen krankheitsfremden Faktoren kann der Beurteilung des RAD, wonach in einer angepassten Tätigkeit eine seit 2009 bestehende 20%ige Arbeitsunfähigkeit

nachvollziehbar und ausgewiesen sei (vgl. vorstehend E. 3.2 und E. 3.5), gefolgt werden. Selbst bei der Annahme der von den Ärzten der E.____ attestierten Arbeitsfähigkeit würde vorliegend kein rentenbegründenden Invaliditätsgrad resultieren (vgl. nachstehend E. 4.5).

Der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich (vgl.

Urk.

2 S. 1 f.) ist nicht zu beanstanden und wurde von der Beschwerdeführerin auch nicht bestritten. Beim resultierenden rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 20 % besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Nachdem die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin im Vorbescheid vom 8. Januar 2018 Unterstützung bei der Stellensuche auf schriftliches Gesuch hin angeboten hatte (vgl. Urk. 9/95 S. 2 Mitte) ist nicht zu beanstanden, dass sie die von der Beschwerdeführerin im Verwaltungsverfahren gestützt auf den Bericht von Dr. D.____ vom 5. April 2018

verlangte Durchführung von Eingliederungsmassnahmen im geschützten Rahmen (vgl. Urk. 9/112 S. 7 unten) gestützt auf Rz 1006 des Kreisschreibens über die Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art (KSBE) verweigerte. Es bleibt der Beschwerdeführerin - einen Eingliederungswillen vorausgesetzt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_111/2018 vom 21. August 2018 E. 6.3 f) - jedoch unbenommen, sich bei der zuständigen Invalidenversicherung für eine Unterstützung bei der Stellensuche zu melden.

Die angefochtene Verfügung

vom 11. Juli 2018 erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5.

Da es im vorliegenden Verfahren 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 IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Zuzugewährung der unentgeltlichen Prozessführung werden diese jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen, dies mit Hinweis auf §16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zuzugewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste - 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
Der Gerichtsschreiber
Mosimann
P. Sager

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