

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00146 vom 2. Oktober 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-10-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00146

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00146 du 2 octobre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00146 del 2 ottobre 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 Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (E. 7.2; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.1). Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 7.1; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 unter Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

E. 1.4

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ein Beweisverfahren bleibt daher entbehrlich, wenn im Rahmen beweismässiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Insbesondere in Fällen, in welchen nach der Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, bedarf es in aller Regel keines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1).

E. 1.5

) weiterhin zur Anwendung (Urteil des Bundesgerichts 9C_553/2017 E. 5.2; vgl. IV-Rundschreiben Nr. 372 des Bundesamtes für Sozialversicherungen, BSV, vom 9. Januar 2018 betreffend Übergangsregelung infolge Änderung der IVV per 1. Januar 2018 betreffend Invaliditätsbemessung für teilerwerbstätige Versicherte). 7.3

Vorerst gilt es daher für die Zeit bis 31. Dezember 2017 die Invalidität gemäss der gemischten Methode nach der bis 31. Dezember 2017 geltenden Rechtslage zu prüfen, wobei in einem ersten Schritt die anteilige Invalidität im Erwerbsbereich zu ermitteln ist. 7.4

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). 7.5

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des hypothetischen Rentenbeginns massgebend. Validen- und Invalideneinkommen sind auf zeitidentischer Grundlage zu erheben; allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen müssen bis zum Verfügungszeitpunkt berücksichtigt werden (BGE

129 V

222 E.

4.1 und 4.2; Urteil des Bundesgerichts 9C_22/2014 vom 18. Februar 2014 E.

4.3). 7.6 7.6.1

Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierte Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs-

und Durchschnittswerte (Tabellenlöhne) abzustellen (vgl. AHI 1999 S. 240 E. 3b), wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren mit zu berücksichtigen sind (AHI 1999 S. 237, E. 3; Urteile des Bundesgerichts 8C_163/2008 vom 8. August 2008 E. 3.2.1, 9C_868/2013 vom 24. März 2014 E. 4.2.2, 9C_210/2011 vom 21. April 2011 E.

3.2.1.2). Nach der Rechtsprechung können die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird präzisierend auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40

Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 f. E. 3b/bb, 124 V 321 E. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a). 7.6.2

In der LSE 2012 erfolgten vielfältige Anpassungen der erhobenen Daten an die entsprechenden Reglemente der Europäischen Union (EU). Neu wird darunter nun nach Berufen (Skill Levels) differenziert statt nach den bisherigen Anforderungsniveaus 1 bis 4 der Stelle. Das Bundesgericht hat in BGE 142 V 178 E. 2.5.3 festgestellt, dass das statistische Einkommen nach TA1 Kompetenzniveau 1 der LSE 2012 bei den Männern gegenüber dem Tabellenlohn nach TA1 Anforderungsniveau 4 der LSE 2010 ein Plus von 6,3 Prozent, bei den Frauen ein Minus von 2,7 Prozent und beim Total ein Plus von 5,4 Prozent zeige, was nicht mit der Lohnentwicklung von 2010 bis 2012 übereinstimmt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_343/2016 vom 12. September 2016 E. 6). Es hat erkannt, dass die LSE 2012 im Rahmen einer erstmaligen Invaliditätsbemessung (Art. 28 ff. IVG) und im Neuanmeldungsverfahren nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung oder nach Aufhebung der Invalidenrente sowie grundsätzlich auch im Revisionsverfahren (mit Entstehung des potentiellen oder Veränderung des laufenden Rentenanspruchs im Jahr 2012 oder später) zur Festlegung der Vergleichseinkommen nach Art. 16 ATSG dennoch grundsätzlich als Beweis geeignet ist (BGE 142 V 178 E. 2.5.7 und E. 2.5.8.1; vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2). Laufende, gestützt auf die LSE 2010 rechtskräftig zugesprochene Invalidenrenten dürfen aber nicht allein aufgrund der Tabellenlohnwerte gemäss LSE 2012 in Revision gezogen werden (BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1).

Gemäss Bundesgericht dürfen für die Invaliditätsbemessung – zumindest bis auf Weiteres – nur die (unter anderem) nach dem Kompetenzniveau differenzierten TA1-Tabellen der LSE 2012 verwendet werden, hingegen nicht die TA1 b-Tabellen (BGE

143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.7). 7.6.3

Da vorliegend gestützt auf die Beurteilung durch die Ärzte des B.____ davon auszugehen ist, dass die leichte Leistungseinbusse aus endokrinologischer Sicht frühestens seit dem Jahre 2012 bestanden habe (vgl. vorstehend E. 5.4), konnte ein Rentenanspruch daher frühestens im Jahre 2012 entstehen (Art. 29 Abs. 1 IVG), weshalb beim Einkommensvergleich die Verhältnisse dieses Jahres massgebend sind. Da die Beschwerdeführer in bei

Eintritt des Gesundheitsschadens im Jahr 2012 nicht mehr erwerbstätig war, und da die Arbeitsstelle, welche die Beschwerdeführerin vor Eintritt des Gesundheitsschadens vom 1. April 2008 bis 31. März 2010 bei der Y.____, Z.____ (Urk. 7/2 Ziff. 5.4) ausgeübt hatte, infolge Betriebsaufgabe im Frühjahr 2010 (vgl. Urk. 7/217 S. 3) im Jahre 2012 nicht mehr bestand, ist bei der Bemessung des Invalideneinkommens

auf Erfahrungswerten - und Durchschnittswerten (Tabellenlöhne) abzustellen.

Massgebend ist die Tabelle TA1, Total Privater Sektor, Frauen, Kompetenzniveau 1, der LSE 2012. 7. 6. 4

Unter Berücksichtigung des Zentralwerts der LSE 2012 für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art (Kompetenzniveau 1) für Frauen (Tabelle TA1, privater Sektor Schweiz 2012) von Fr. 4'112.--, bei einer betriebsüblichen Wochenarbeitszeit im Jahre 2012 von insgesamt 41.7 Stunden (www.bfs.admin.ch; Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen) und bei einem im Gesundheitsfall hypothetisch ausgeübten Teilpensum von 50 % resultiert im Jahre 2012 ein Valideneinkommen von (gerundet) Fr. 25'721.-- (Fr. 4'112.-- x 12 Monate ÷ 40 Stunden x 41.7 Stunden x 0.5). 7. 7. 7. 1

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Der Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/ Reichmuth,

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). 7. 7. 2

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/ aa). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ bb -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen

Arbeitsfähigkeit enthaltene

gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidens beding ten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteil 9C_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1 mit Hinweisen; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V

75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2 und 8C_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.1.1 mit Hinweisen).

7.7.3

Ein Leidensabzug ist nach der Rechtsprechung auch dann nicht gerechtfertigt, wenn die gesundheitlichen Einschränkungen oder die eingeschränkte Leistungsfähigkeit beziehungsweise das eingeschränkte Rendement vom medizinischen Experten in der von ihm attestierten Arbeitsunfähigkeit bereits berücksichtigt wurden (Urteil des Bundesgerichts 8C_20/2012 vom 4. April 2012 E. 3.2 und 3.3). Sodann rechtfertigt der Umstand, dass eine grundsätzlich vollzeitlich arbeitsfähige versicherte Person gesundheitlich bedingt lediglich reduziert leistungsfähig ist, nach der Rechtsprechung keinen Abzug vom Tabellenlohn (Urteile des Bundesgerichts 8C_827/2009 vom 26. April 2010 E. 4.2.1, 9C_980/2008 vom 4. März

2009 E. 3.1.2, 8C_765/2007 vom 11. Juli 2008 E. 4.3.3, 9C_344/2008 vom 5. Juni 2008 E. 4 und I 69/07 vom 2. November 2007 E.

5.1). 7.7.4

Vorliegend ist der Beschwerdeführerin gemäss der Beurteilung durch die Gutachter des B.____

die Ausübung einer angepassten, körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit in einem vollzeitlichen Umfang, bei einer Leistungsminderung beziehungsweise bei einem verminderten Rendement auf Grund eines erhöhten Pausenbedarfs im durchschnittlichen Umfang von rund 25 % , zuzumuten. Die leidensbedingten Einschränkungen beziehungsweise die eingeschränkte Leistungsfähigkeit wurden von den Gutachtern des B.____ in ihrer Arbeitsfähigkeitsbeurteilung bereits mit berücksichtigt , weshalb sie , wie gesehen,

im Rahmen eines allfälligen Abzugs nicht erneut berücksichtigt werden dürfen . Sodann führt die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, körperlich schwere Arbeiten zu verrichten, nicht automatisch zu einer Verminderung des hypothetischen Invalidenlohns. Denn das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, der durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften gekennzeichnet ist

und einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten aufweist (Urteil des Bundesgerichts 9C_353/2019 vom 11. Juli 2019 E. 3.3 ; BGE 138 V 457 E. 3.1). Der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 (gemäss der LSE 2012 und der nachfolgenden LSE)

umfasst eine Vielzahl von leichten Tätigkeiten, die dem Zumutbarkeitsprofil gemäss den Gutachtern des B.____ entsprechen. Es ist daher von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweistätigkeiten auszugehen, auch wenn die Beschwerdeführerin über keine Berufsausbildung verfügt. Zu denken ist beispielsweise an einfache Überwachungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten. Folglich können unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als ausserordentlich zu bezeichnen sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_82/2019 vom 19. September 2019 E. 6.3.2 und 8C_61/2018 vom 23. März 2018 E. 6.5.2 mit Hinweisen). Solche Umstände sind vorliegend nicht ersichtlich. Ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn erscheint vorliegend daher nicht als gerechtfertigt.

Schliesslich ergibt sich aus der gestützt auf die LSE 2012 erstellten Tabelle zu den nach Beschäftigungsgrad, Geschlecht und beruflicher Stellung differenzierten monatlichen Durchschnittsbruttolöhnen bei einem Beschäftigungsgrad zwischen 75 und 89 % bei Frauen auf der untersten Stufe der beruflichen Stellung (ohne Kadernfunktion) keine Lohnminderung (IV-Rundschreiben Nr. 328 vom 22. Oktober 2014, Anhang; vgl. dazu BGE 142 V 178 E. 2.5.1 S. 184 mit Hinweis). Ein Abzug vom Tabellenlohn ist daher auch auf Grund der Teilzeitarbeit nicht gerechtfertigt. 7.7.5

Unter Berücksichtigung des Zentralwerts der LSE 2012 für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art (Kompetenzniveau 1) für Frauen (Total; Tabelle TA1, privater Sektor Schweiz 2012) von Fr. 4'112.-- ,

bei einer betriebsüblichen Wochenarbeitszeit im Jahre 2012 von insgesamt 41.7 Stunden (www.bfs.admin.ch; Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen), bei einem zumutbaren Beschäftigungsgrad von 75 %

resultiert im Jahre 2012 ein hypothetisches Invalideneinkommen von (gerundet) Fr. 38'581.-- (Fr. 4'112.-- x

E. 1.6

).

E. 1.7

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

E. 2

Gegen die Verfügung vom 11. Februar 2019 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 26. Februar 2019 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, diese sei aufzuheben, es seien gründliche medizinische Abklärungen durchzuführen und es sei ihr spätestens für die Zeit ab Oktober 2010 mindestens eine halbe Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen.

Mit Beschwerdeantwort vom 3. April 2019 (Urk. 6) befragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde. Mit Verfügung vom 15. Mai 2019 (Urk. 8) wurde dies der Beschwerdeführerin zur Kenntnis gebracht und es wurde ihr antragsgemäss die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung gewährt. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 11. Februar 2019 (Urk. 2) davon aus, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden im Umfang von 50 %

eine Erwerbstätigkeit ausüben und im restlichen Umfang von 50 % im anerkannten Aufgabenbereich des Haushalts tätig sein würde. Da ihr gemäss der medizinischen Aktenlage nach Eintritt des Gesundheitsschadens die Ausübung einer behinderungsangepassten Erwerbstätigkeit im Umfang von 70 % bis 80 % eines vollzeitlichen Arbeitspensums zuzumuten sei (S. 3), und da im Aufgabenbereich des Haushalts eine Einschränkung im Umfang von 31 % bestehe, resultiere nach der Invaliditätsbemessung gemäss der gemischten Methode für die Zeit bis 31. Dezember 2017 ein Invaliditätsgrad von 23 % und für die Zeit ab 1. Januar 2018 ein solcher von 28 %, weshalb ein Rentenanspruch zu verneinen sei (Urk. 2 S. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin bringt hiegegen vor, dass die wiederholte Auftragsvergabe an das B.____ zur polydisziplinären Begutachtung der Beschwerdeführerin durch die Beschwerdegegnerin die Regeln über die Vergabe von Gutachtensaufträgen nach dem Zufallsprinzip verletzt habe (Urk. 1 S. 3). Zudem sei die Auftragsvergabe an das B.____ nicht einvernehmlich erfolgt und es sei das Prinzip der Waffengleichheit beziehungsweise der Anspruch auf ein faires Verfahren im Sinne von Art. 6 der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK) verletzt worden (S. 4), weshalb der Sachverhalt ergänzend neu abzuklären sei (S.

10). Des Weiteren könne aus näher dargelegten Gründen auch inhaltlich nicht auf die Beurteilung durch die B.____-Gutachter abgestellt werden. Sie sei zudem auch im Haushalt viel stärker eingeschränkt als im Abklärungsbericht wiedergegeben (S. 5 ff.).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin. 3. 3.1

Vorerst zu prüfen ist die Statusfrage beziehungsweise die Frage, ob die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall ganz, teilzeitlich oder überhaupt nicht erwerbstätig wäre. 3.2

Sowohl bei der erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch bei der Rentenrevision und im Neuanmeldungsverfahren ist die Methode der Invaliditätsbemessung (Art. 28a IVG) zu bestimmen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 117 V 198 E. 3b).

Die für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte,

sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 144 I 28 E. 2.3, 141 V 15 E. 3.1, 137 V 334 E. 3.2, 125 V 146 E. 2c, 117 V 194 E. 3b).

Die Beantwortung der Statusfrage erfordert zwangsläufig eine hypothetische Beurteilung, die auch die hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen hat. Diese Entscheidungen sind als innere Tatsachen wesensmässig einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in der Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (vgl. BGE 144 I 28 E. 2.4 und Urteil des Bundesgerichts 8C_27/2018 vom 26. September 2018 E. 4.1.1). 3.3

Die Beschwerdegegnerin qualifizierte die Beschwerdeführerin in der angefochtenen Verfügung vom 11. Februar 2019 (Urk. 2 S. 3) als Erwerbstätige im Umfang von 50 % und als im anerkannten Aufgabenbereich des Haushalts Tätige im restlichen Umfang von 50 %. Von der Beschwerdeführerin wird die Qualifikation in diesem Umfang nicht bestritten und die Statusfrage nicht gerügt (vgl. Urk. 1 S. 9). 3.4

Vor Eintritt des Gesundheitsschadens war die Beschwerdeführerin zuletzt vom 1. April 2008 bis 31. März 2010 im Umfang eines Arbeitspensums von 50 % als Geschäftsführerin und alleinige Gesellschafterin der Y.____, Z.____, beziehungsweise des A.____,

Z.____

tätig

gewesen (Urk. 7/2 Ziff. 5.4, Urk. 7/10/2, Urk. 7/217 S. 2-3). 3.5

In der Anmeldung zum Leistungsbezug vom 26. März 2010 (Urk. 7/2

Ziff. 5.4) und in ihrem Schreiben an die Beschwerdegegnerin vom 1. Juli 2010 (Urk. 7/14) führte die Beschwerdeführerin aus, dass sie im Umfang eines Arbeitspensums als Geschäftsführerin bei der Y.____ tätig gewesen sei. Gegenüber der Abklärungsperson der Beschwerdegegnerin gab die Beschwerdeführerin anlässlich einer Abklärung vor Ort vom 4. September 2018 an, dass sie im Umfang eines Arbeitspensums von 50 %

bei der Y.____ beziehungsweise beim A.____,

Z.____ erwerbstätig gewesen sei, und dass sie dort hauptsächlich mit Reinigungs- und Küchenarbeiten beschäftigt gewesen sei (Urk. 7/217 S. 5). 3.6

In Würdigung der gesamten Umstände ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 11. Februar 2019 (Urk.

2 S. 3) davon ausging, dass die Beschwerdeführerin ohne den für den Rentenanspruch massgeblichen Gesundheitsschaden im Umfang eines Arbeitspensums von 50 %

eine Erwerbstätigkeit ausüben und sich im restlichen Umfang von 50 % im anerkannten Aufgabenbereich des Haushalts betätigen würde. 4. 4.1

Im Folgenden gilt es die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit massgebende medizinische Aktenlage zu prüfen. 4.2

Die Ärzte des B.____ erwähnten in ihrem polydisziplinären Gutachten vom 7. Juli 2013 (Urk. 7/76/1-19), dass die Beschwerdeführerin am 6. und am 22. Mai 2013 internistisch, psychiatrisch, gastroenterologisch und endokrinologisch untersucht worden sei (S. 1) , und stellen die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 15): - Störung im Kalzium-Haushalt mit/bei: - primärem Hyperparathyreoidismus (Differentialdiagnose: familiäre hypokalziurische

Hyperkalzämie) - Nephrolithiasis beidseits - Vitamin-D- Insuffizienz

- anamnestisch essentielle Thrombozythämie mit/bei: - Status nach Oesophagusvarizenblutungen bei Pfortaderthrombose

- chronischer Nausea (ICD-10 R 11) - Thrombozyten im Normbereich, aktuell

Daneben stellten sie die folgenden Nebendiagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Adipositas (BMI 38,5 kg/m²) - leichte Leberenzymerrhöhung (Differentialdiagnose: Steatohepatitis) - mikrozytäre , grenzwertige Anämie mit/bei: - Eisenmangel (Differentialdiagnose: Thalassaemia minor) - rezidivierende gastritische Beschwerden (Differentialdiagnose: bei Splenomegalie)

Sie führten aus, dass die gastroenterologische Untersuchung ergeben habe, dass die anamnestisch vorhandene Thrombozythämie

gegenwärtig nicht mehr nachzuweisen sei, und dass davon auszugehen sei, dass auch die Splenomegalie

regredient sei . Aus gastroenterologischer Sicht sollte keine Druckerhöhungen im Abdomen erfolgen, weshalb der Beschwerdeführerin das Tragen und Heben schwerer Lasten nicht mehr zuzumuten sei . Der Beschwerdeführerin sei aus gastroenterologischer Sicht indes die Ausübung körperlich überwiegend leichter bis (gelegentlich) mittelschwerer Tätigkeiten ohne Einschränkungen zuzumuten .

Die endokrinologische Untersuchung habe eine Kalziumstoffwechselstörung mit primärem Hyperparathyreoidismus , konsekutiver Nephrolithiasis beidseits und einer Vitamin D-Insuffizienz ergeben. Der primäre Hyperparathyreoidismus

sei grundsätzlich behandelbar (S. 16) . Bis zum Zeitpunkt einer erfolgreichen Behandlung des Hyperparathyreoidismus

sei von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit aus endokrinologischer Sicht im Umfang von 20 % auszugehen. Die internistische Untersuchung habe keine zusätzlichen Befunde und Diagnosen, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, ergeben.

Anlässlich der psychiatrischen

Untersuchung habe kein relevanter Befund erhoben werden können , weshalb eine psychiatrische Diagnose nicht gestellt werden könne. Aus psychiatrischer Sicht sei daher von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 17) .

Insgesamt bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten im Umfang von 80 % , wobei das Pensum vollschichtig bei einem etwas erhöhten Pausenbedarf realisiert werden könne . Im Haushalt

bestehe keine wesentliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit (S. 18). Auf Grund der anamnestischen Angaben, der Akten und der Untersuchungsbefunde sei davon auszugehen, dass die leichte Leistungseinbusse (im Umfang von 20 %) aus endokrinologischer Sicht sicher ab Mai 2013, allenfalls bereits ab dem Jahre 2012 bestanden habe (S. 17). 4.3

Mit Bericht vom 22. April 2015 (Urk. 7/133/9-10) stellten die Ärzte der Klinik für Hämatologie des C.____ die folgenden Diagnosen (S. 1): - Quick-Verminderung bei reduzierter Synthese der Gerinnungsfaktoren mit/bei: - komplexem Mangel der Faktoren V, II, VII und X sowie Plasminogen Verminderung - Status nach Leberbiopsie im September 2006 und im Januar 2015 mit strukturell unauffälligem Lebergewebe, ohne Hinweise auf eine Leberzirrhose - myeloproliferative

Neoplasie (Differentialdiagnose: Polycythaemia

vera, essentielle Thrombozytämie), Erstdiagnose im September 2006, mit/bei: - JAK2 (-Mutation) positiv - Splenomegalie - Erstmanifestation mit Pfortaderthrombose und Ösophagusvarizenblutung - Status nach Varizenligatur bei Varizenblutung im Jahre 2006, seither regelmässige gastroscopische Kontrollen mit Ligaturen und Verödungen - aktuell atypischer venovenöser Kommunikation der Leber bei fraglich signifikanter Leberwert - Struktur - rezidivierende Nephrolithiasis mit/bei: - Status nach mehrmaliger ESWL (extrakorporale Stosswellenlithotripsie) der linken Niere seit Februar 2007 - Status nach mini - PNL

(Perkutane Nephrolitholapaxie) der linken Niere im Februar 2012 - Status nach Spontanabgang des rechtsseitigen Ureterkonkrementes - aktuell unter Kelchen Nephrolithiasis beidseits, asymptomatisch

Die Ärzte erwähnten, dass im Rahmen einer kürzlich durchgeführten Leberbiopsie keine Leberzirrhose nachgewiesen werden können (S. 1), dass indes von einer Lebersynthesestörung auszugehen sei.

Bezüglich der myeloproliferativen

Neoplasie

stünden heute neue Behandlungsmöglichkeiten

zur Verfügung. Dies bezüglich sei eine Reevaluation mittels Knochenmarkpunktion vorgesehen (S. 2). 4.4

Med. pract. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, erwähnte in seinem Bericht vom 11. August 2015 (Urk. 7/145/9-12), dass er die Beschwerdeführerin seit dem Jahre 2015 hausärztlich behandle. Die Beschwerdeführerin leide seit Jahren unter einer myeloproliferativen Erkrankung im Sinne einer essentiellen Thrombozytämie. Da deswegen eine herabgesetzte Lebensdauer wahrscheinlich sei, erachte er eine reproduktionsmedizinische Behandlung der Beschwerdeführerin, welche einen Kinderwunsch geäussert habe, als nicht sinnvoll. Der Beschwerdeführerin sei die Ausübung körperlich leichter Tätigkeiten mit Wechselbelastung im Umfang eines Pensums von 50 % zuzumuten (S. 3). 4.5

Die Ärzte des E.____, Rheumatologie und muskuloskeletale Rehabilitation, stellten in ihrem Bericht vom 18. März 2016 unter anderem die Diagnose eines aktuellen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms (S. 1) und erwähnten, dass die Beschwerdeführerin vom 25. bis 26. November 2015 hospitalisiert gewesen sei (S. 2). Sie

stellten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 22. November bis Anfang Dezember 2015 fest und gingen davon aus, dass ab Ende des Jahres 2015 erneut eine vollständigen Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestanden habe (S. 3). 4.6

In ihrem erneuten polydisziplinären Gutachten vom 20. März 2017 (Urk. 7/170/2 38) erwähnten die Ärzte des B.____, dass die Beschwerdeführerin am 24. und am 25. Januar 2017 sowie am 3. und am 15. Februar 2017 internistisch, psychiatrisch, orthopädisch, onkologisch, endokrinologisch und gastroenterologisch untersucht worden sei (S. 1), und stellen die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 33): - myeloproliferative

Neoplasie mit/bei: - essentieller Thrombozythämie (JAK-2 positiv), Erstdiagnose 2006 - Ösophagusvarizenblutung im Jahre 2006 bei Status nach Varizenligaturen, letztmals im

September 2016 - Splenomegalie - Thrombozyten aktuell im Normbereich - primärer Hyperparathyreoidismus mit/bei: - Nephrolithiasis beidseits mit mehrfachem Steinabgang, Status nach mehrmaligen ESWL-Behandlungen bei Rezidiv- Nephrolithiasis beidseits - Knochenschmerzen - depressive Verstimmung, Müdigkeit - Adipositas (Teilaspekt)

Daneben stellten sie die folgenden Nebendiagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 33 f.): - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom, ohne fassbare radikuläre Symptomatik, mit/bei: - radiologisch Spondylarthrose der unteren LWS (Lendenwirbelsäule) - freier Beweglichkeit der lumbalen Wirbelsäule - chronische Kniebeschwerden rechts mit/bei: - radiologisch Zeichen einer früheren Patellaluxation ohne Nachweis eines chondralen Defektes - chronischer Fersenschmerz beidseits mit/bei: - ohne klinisch klar fassbarem Korrelat bei Senk-Spreizfüßen und Hallux

valgus rechts - Verdacht auf eine Schmerzausweitung und Verdacht auf eine spezifische Phobie - Adipositas (BMI 43,6 kg/m²) - Systolikum

(Herzgeräusch) über Pulmonalklappe unklarer Signifikanz - Vitamin D₃-Insuffizienz

Die internistische Untersuchung habe eine Adipositas und ein Systolikum über der Pulmonalklappe unklarer Signifikanz ergeben. Aus diesen Gründen bestehe eine Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere und dauerhaft mittelschwere Tätigkeiten. Dagegen sei in Bezug auf körperlich leichte und intermittierend mittelschwere Tätigkeiten eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit nicht ausgewiesen (S. 18).

Die psychiatrische Untersuchung habe einen Verdacht auf eine Somatisierungsstörung und einen Verdacht auf eine spezifische Phobie im Sinne einer leichten Klaustrophobie ergeben. Die Somatisierungsstörung verursache eine erhöhte Ängstlichkeit vor dem Alleinsein. Infolge der Klaustrophobie vermeide die Beschwerdeführerin das alleinige Betreten eines Liftes.

Eine psychische Störung, welche die Arbeitsfähigkeit in erheblichem Masse einschränken könne, bestehe indes nicht. Insbesondere werde die Arbeitsfähigkeit nicht durch die leichte Klaustrophobie beeinträchtigt. In Bezug auf eine angepasste Tätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht daher keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 21). Obwohl im Vergleich zur Voruntersuchung neu der Verdacht auf eine Somatisierungsstörung und eine Klaustrophobie hinzugekommen sei, führe dies hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit zu keiner Änderung der Beurteilung (S. 22).

Die orthopädische Untersuchung habe ergeben, dass die an der tieflumbalen Wirbelsäule sowie am rechtem Knie beklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde im Prinzip zu begründen seien. Zudem sei auch der Leidensdruck an den Fersen im Sinne einer möglichen Fasziiitis

plantaris nach vollziehbar Die gesamte auffallende anamnestische und klinische Präsentation lasse jedoch auf eine erhebliche nicht organische Beschwerdekompone nte schlies sen. Aus orthopädischer Sicht seien der Beschwerdeführerin die Ausübung körperlich schwerer Tätigkeiten auf Grund der allgemeinen körperlichen Konstitution sowie der Veränderungen an der tieflumbalen Wirbelsäule und am rechtem Knie nicht mehr zuzumuten. Die Ausübung angepasster, wechselbelastender, körperlich leichter bis intermittierend mittelschwerer Tätigkeiten, worunter ins besondere auch die bisher ausgeübte Tätigkeit in einem Kebab -Restaurant sowie die Verrichtungen im Aufgabenbereich des Haushalts zu subsumieren seien, seien der Beschwerdeführerin sowohl in zeitlich er

als auch in leistungsmässig er

Hin sicht ohne Einschränkungen zuzumuten (S. 28).

Aus onkologischer Sicht seien die Folgen einer Pfortaderthrombose und insbe sondere die darauf basierenden Ösophagusvarizen und die Splenomegalie geeig net, die Arbeitsfähigkeit erheblich zu beeinträchtigen. Bei Fehlen der übrigen medizinischen Probleme, insbesondere der Adipositas permagna , sei der Beschwerdeführer aus onkologischer Sicht grundsätzlich die Ausübung einer angepassten Tätigkeit mit leichter Leistungseinbusse zuzumuten (S. 30).

Die endokrinologische Untersuchung habe einen unbehandelten , progredienten, primären Hyperparathyreoidismus

mit Folgekomplikationen ergeben. Ein Zusam menhang mit der Nephrolithiasis mit rezidivierendem Steinabgang sei zwar nicht zu beweisen, müsse aber dennoch stark vermutet werden. Zudem seien musku loskelettale

und gastrointestinale Beschwerden sowie neuropsychologische Symptome bei Patienten mit primärem Hyperparathyreoidismus

oft zu beobach ten. Auch das progrediente Gewicht könnte dadurch begünstigt worden sein. Die Arbeitsfähigkeit aus endokrinolo gischer Sicht könne abschl iessend erst nach Behandlung des primären Hyperparathyreoidismus

beurteilt werden (S. 31) . Nach einer Behandlung des primären Hyperparathyreoidismus und einer Normalisie rung des Calciumspiegel s könnten aus endokrinologischer Sicht möglicherweise keine Einschränkungen der Arbeitsf ä higkeit mehr vorliegen (S. 32).

Anlässlich der gastroenterologischen Untersuchung sei festgestellt worden, dass die Ö sophagusvarizen -Blutung , welche als sekundäre Folge einer Pfortader thrombose bei essentieller Thrombozytämie aufgetreten sei, endoskopi sch erfolg reich therapiert und seither mehrfach durch Varizenligaturen behandelt worden sei, wobei weitere Blutungen nicht mehr aufgetreten seien. Aus gastroenterolo gischer Sicht sei der Beschwerdeführerin die Ausübung von Tätigkeiten, welche ein Heben schwerer Lastern erforderten, nicht mehr zuzumuten. In Bezug auf körperlich nur leicht belastende Arbeiten bestehe eine uneingeschränkte Arbeits fähigkeit (S. 33) .

Aus polydisziplinärer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere und (dauernd) mittelschwere Tätigkeiten. Dagegen bestehe

in Bezug auf eine körperlich leichte, adaptierte, wechselbelastende Tätigkeit eine verwertbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Das Ausmass der zumutbaren Restarbeitsfähigkeit könne indes gegenwärtig, vor einer allfälligen adäquaten endokrinologischen Behandlung, nicht sicher beurteilt werden (S. 35). Es sei indes davon auszugehen, dass nach Durchführung einer adäquaten endokrinologischen Behandlung ent weder keine wesentliche Einschränkung in der Ausübung angepasster Tätigkeiten mehr bestehen werde, oder dass es sich, wenn die Beschwerden persistierten, um medizinisch nicht mehr zu erklärende Beschwerden handelte, welchen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zuzumessen wäre (S. 36). Insgesamt sei es seit der letzten Begutachtung im Jahre 2013 daher zu keiner wesentlichen

Veränderung der Arbeitsfähigkeit gekommen (S. 35). 4.7

Dr. med. F.____, Facharzt für Endokrinologie-Diabetologie, erwähnte in seinem Bericht vom 19. September 2017 (Urk. 7/181), dass eine am 15. Juni 2017 durchgeführte Szintigraphie der Nebenschilddrüsen keine Hinweise für eine Überfunktion zeige und die Diagnose eines primären Hyperparathyreoidismus

nicht bestätigt habe. Die Laborverlaufskontrollen von Juli und August 2017 hätten indes einen Anstieg des Calciums in den erhöhten Bereich ergeben, weshalb trotz dem ein primärer Hyperparathyreoidismus vorzuliegen scheine. Dieser sei aber sicher sehr milde ausgeprägt und stelle keine Operationsindikation dar. Es sei eine konservative Therapie mit ausreichender Trinkmenge und Verzicht auf grössere Calciumsupplementmengen angezeigt. Ein Zusammenhang zwischen dem milden Hyperparathyreoidismus

und den diversen Symptomen der Beschwerdeführer in beziehungsweise der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bestehe nicht. 4.8

Mit Stellungnahme vom 26. Oktober 2017 (Urk. 7/188) befassten sich die Ärzte des B.____ ergänzend

mit dem Bericht von Dr. F.____ vom 19. September 2017 und erwähnten, dass die ergänzend durchgeführten Abklärungen einen primären Hyperparathyreoidismus ergeben hätten. Auf Grund der bestehenden Urolithiasis sei eine operative Therapie indiziert. Ob nach der Operation die geklagten Beschwerden regressieren würden, sei indes fraglich. Da jedoch in psychiatrischer Hinsicht keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könne, und da die intermittierende Urolithiasis wohl eher nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe, sei gegenwärtig höchstens von einer gewissen Leistungsminderung (kognitiv und körperlich) im Umfang von 20-30%

auszugehen bei einer in zeitlicher Hinsicht uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit. 4.9

Dr. med. G.____, Fachärztin für Gastroenterologie, E.____, stellte in ihrem Bericht vom 27. Oktober 2017 (Urk. 7/186) die folgenden Diagnosen (S. 6 Ziff. 1.1): - essentielle Thrombozytämie mit/bei: - Erstmanifestation mit Pfortaderthrombose und Ösophagusvarizenblutung - Status nach Varizenligatur in den Jahren 2006, 2008 und 2011 als Sekundärprophylaxe - letzter Gastroskopie am 10. Juni 2011 mit erneuter Applikation von

2 Gummibandligaturen - ausgeprägter Splenomegalie - hochgradiger Verdacht auf primären Hyperparathyreoidismus mit/bei: - rezidivierender Nephrolithiasis beidseits - Status nach mehrfachen Extrakorporalen Stoss wellenlithotripsie n (ESWL) in den Jahren 2006, 2007 und 2009 - spontane INR-Erhöhung unklarer Ätiologie mit/bei: - histologisch Ausschluss einer Hepatopathie - Status nach primärer

Sectio Caesarea am 30. Mai 2010

Die Ärztin erwähnte, dass sich die Beschwerdeführerin hinsichtlich ihrer portalen Hypertension in einer stabilen Situation befinde. Im Vordergrund stünden eine chronische Nausea und epigastrische Beschwerden, welche noch nicht abschliessend hätten geklärt werden können. Als Zufallsbefund sei eine leichtgradige Hyperkalzämie mit einem erhöhten Parathormon erhoben worden. Diese Konstellation entspreche am ehesten einem primären Hyperparathyreoidismus, wozu auch die Nephrolithiasis gut passen würde (S. 7 Ziff. 1.4). Sie erwähnte, dass der Beschwerdeführerin für die Zeit vom 24. Mai bis 20. Juni 2011 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei (S. 7 Ziff. 1.6). 5. 5.1

Den erwähnten medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass die Ärzte des B.____ in ihrem Gutachten vom 7. Juli 2013 (vorstehend E. 4.2) davon ausgingen, dass der Beschwerdeführerin das Tragen und Heben schwerer Lasten auf Grund des gastroenterologischen Leidens nicht mehr zuzumuten sei, dass ihr indes aus gastroenterologischer Sicht die Ausübung körperlich überwiegend leichter bis gelegentlich mittelschwerer Tätigkeiten ohne Einschränkungen zuzumuten sei, dass aus endokrinologischer Sicht bis zum Zeitpunkt einer erfolgreichen Behandlung des Hyperparathyreoidismus von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Umfang von 20% auszugehen sei, und dass aus internistischen und psychiatrischen Gründen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. In ihrem Gutachten vom 20. März 2017 (vorstehend E. 4.6) stellen die Ärzte des B.____ neu eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch die internistischen Leiden einer Adipositas und eines Systolikums über der Pulmonalklappe unklarer Signifikanz fest. Der Beschwerdeführerin sei deswegen die Ausübung körperlich schwerer und dauerhaft mittelschwerer Tätigkeiten nicht mehr zuzumuten. Die Ärzte des B.____ stellten sodann neu eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus onkologischen Gründen fest, wobei sie davon ausgingen, dass der Beschwerdeführerin aus onkologischer Sicht die Ausübung einer angepassten Tätigkeit mit leichter Leistungseinbusse zuzumuten sei. Daneben stellten die Ärzte des B.____ in ihrem Gutachten vom 20. März 2017 (vorstehend E. 4.6) in psychiatrischer Hinsicht neu einen Verdacht auf eine Somatisierungsstörung und einen solchen auf eine leichte Klaustrophobie fest, verneinten aber unverändert eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen. Obwohl die Gutachter des B.____ feststellten, dass die Arbeitsfähigkeit aus endokrinologischer Sicht erst nach Behandlung des primären Hyperparathyreoidismus

abschliessend zu beurteilen sei, gingen sie davon aus, dass nach Durchführung einer adäquaten endokrinologischen Behandlung eine massgebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht zu erwarten sei. In ihrer Stellungnahme vom 26. Oktober 2017 (vorstehend E. 4.8) gingen die Ärzte des B.____ davon aus, dass bei einem Verzicht auf eine operative Behandlung des primären Hyperparathyreoidismus

aus endokrinologischer Sicht von einer Leistungsminderung im Umfang von 20-30% bei einer in zeitlicher Hinsicht uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Demzufolge steht fest, dass die Ärzte des B.____ in ihrem Gutachten vom 20. März 2017

(vorstehend E. 4.6) sowie in der dieses ergänzenden Stellungnahme vom 26. Oktober 2017 (vorstehend E. 4.8) davon ausgingen, dass der Beschwerdeführerin die Ausübung einer angepassten, wechselbelastenden, körperlich leichten Tätigkeiten im vollzeitlichen Umfang bei einer Leistungseinbusse von 20 % bis 30 % zuzumuten sei. 5.2

Demgegenüber attestierte med. pract . D.____ der Beschwerdeführerin seinem Bericht vom 1. August 2015 (vorstehend E.

4.4) eine Arbeitsunfähigkeit in Bezug auf körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten im Umfang von 50 % . Dies vermag jedoch nicht zu überzeugen, denn med. pract . D.____ legte für diese Einschätzung keine nachvollziehbare Begründung dar. Sodann gilt es in Bezug auf die Beurteilung durch med. pract . D.____ zu beachten, dass dieser über einen Weiterbildungstitel als Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, jedoch nicht jedoch über einen solchen als Facharzt für Medizinische Onkologie beziehungsweise für Hämatologie verfügt. Insoweit med. pract . D.____ die Ansicht vertrat, dass die Beschwerdeführerin auf Grund einer myeloproliferativen Erkrankung beziehungsweise einer essentiellen Thrombozytämie massgeblich in ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt werde, kann auf dessen Beurteilung nicht abgestellt werden, da es ihm an einer dafür angezeigten fachärztlichen Weiterbildung im Fachgebiet Onkologie beziehungsweise Hämatologie fehlte.

Ergänzend gilt es in Bezug auf die Beurteilung durch med. pract . D.____ zu berücksichtigen, dass es nach der Rechtsprechung wegen der unterschiedlichen Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachärzte und Fachärztinnen und des Begutachtungsauftrags der amtlich bestellten medizinischen Experten (BGE 124 I 170 E. 4) nicht geboten ist, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderen Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine klärende Ergänzung des medizinischen Dossiers oder direkt eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteile des Bundesgerichts 9C_252/2012 vom 7. September 2012 E. 8.4 und 8C_784/2011 vom 15. Dezember 2011 E. 3.2). Solche Aspekte sind vorliegend nicht gegeben. 5.3

Die Gutachten der Ärzte des B.____ vom 7. Juli 2013 (vorstehend E. 4.2) und vom 20. März 2017 (vorstehend E. 4.6) erfüllen die praxismässigen Anforderungen für eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. vorstehend E. 1.7). Denn die Gutachter verfügten als Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin, für Psychiatrie und Psychotherapie, für Gastroenterologie und für Endokrinologie (vgl. Urk. 7/76/1-19 S. 18) beziehungsweise als Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin, für Psychiatrie und Psychotherapie, für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, für Gastroenterologie, für Onkologie und für Endokrinologie (vgl. Urk. 7/170/2 38 S. 37) über die für die Beurteilung des Gesundheitsschadens der Beschwerdeführerin angezeigten fachärztlichen Aus- und Weiterbildungen. Sie hatten zudem Kenntnis sämtlicher medizinischer Vorakten, setzten sich in angemessener Weise mit den geäusserten Beschwerden auseinander und begründeten ihre Schlussfolgerungen in nachvollziehbarer Weise. Insbesondere vermag zu überzeugen, dass sie in ihrem Gutachten vom 20. März 2017 (vorstehend E. 4.6) davon ausgingen, dass es seit der letzten Begutachtung im Jahre 2013 zu keiner wesentlichen Veränderung der Arbeitsfähigkeit beziehungsweise der Leistungs

fähigkeit im Haushalt gekommen sei, und dass selbst bei einem Verzicht auf eine operative Behandlung des primären Hyperparathyreoidismus

lediglich von einer Leistungsminderung im Umfang von 20-30 % bei einer in zeitlicher Hinsicht uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in der Ausübung einer angepassten Tätigkeit beziehungsweise einem erhöhten Pausenbedarf in diesem Umfang auszugehen sei. Sodann vermag zu überzeugen, dass die Gutachter des B.____ in ihrem Gutachten vom 20. März 2017 (vorstehend E. 4.6) in psychischer Hinsicht insofern von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgingen, als dass sie neu einen Verdacht auf eine Somatisierungsstörung und einen Verdacht auf eine leichte Klaustrophobie feststellen, dass sie indes davon ausgingen dass dieser neue psychiatrische Befund im Vergleich zur Voruntersuchung aus psychiatrischer Sicht zur keiner Änderung der Arbeitsfähigkeit führe, und dass weiterhin von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen auszugehen sei. Unter diesen Umständen kann von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden (vorstehend E. 1.4).

Auf die nachvollziehbaren und überzeugenden Beurteilungen durch die Ärzte des B.____ kann vorliegend daher abgestellt werden. Es ist daher davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin die Ausübung einer angepassten, körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit im vollzeitlichen Umfang, bei einer durchschnittlichen Leistungsminderung auf Grund eines erhöhten Pausenbedarfs von rund 25 %, zuzumuten war, was im Ergebnis einem zumutbaren Arbeitspensum von 75 % entspricht.

Da ergänzende Beweismassnahmen an diesem Ergebnis nichts mehr ändern, besteht entgegen den diesbezüglichen Vorbringen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 2) - für weitere Abklärungen keine Notwendigkeit und es ist von einer Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur Durchführung solcher abgesehen (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen). 5.4

Soweit die Beschwerdeführerin bereits einen Anspruch ab Oktober 2010 geltend macht, ist festzuhalten, dass die B.____-Gutachter bereits in ihrem Gutachten vom 7. Juli 2013 dazu Stellung nahmen. Insbesondere waren ihnen die Berichte des H.____ bekannt (vgl. Urk. 7/76 S. 3-4). Die Gutachter hielten fest, es seien seit sicher 2006 vor allem qualitative Einschränkungen aus gastroenterologischer Sicht anzunehmen. Die leichte Leistungseinbusse aus endokrinologischer Sicht sei sicher ab Mai 2013, sonst pauschal ab 2012 anzunehmen. Aus psychiatrischer Sicht könne die durch die behandelnden Psychiater attestierte hochgradige Arbeitsunfähigkeit nicht bestätigt werden (vgl. Urk. 7/76 S. 17

Ziff. 6.3). Die Beschwerdeführerin selbst

hielt fest, dass ihr die psychiatrische Behandlung von ihrem Hausarzt empfohlen worden, von ihr jedoch nicht als hilfreich empfunden worden sei, weshalb sie sie beendet habe (vgl. Urk. 7/76 S. 7 unten f.). Der psychiatrische Gutachter wies darauf hin, es sei nicht nachvollziehbar, dass seitens des

H.____ eine volle Arbeitsunfähigkeit in der freien Wirtschaft bei voller Arbeitsfähigkeit im Haushalt attestiert werde, da sich die angestammte Arbeit als Küchenhilfe nicht wesentlich von derjenigen einer Hausfrau unterscheide (S. 11). Lediglich ab Oktober 2009

bis Mai 2010 bestand ausweislich der Akten eine volle Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Schwangerschaftskomplikationen (vgl. Urk. 7/12/2), was, da vorübergehend, nicht als invalidisierendes Leiden betrachtet werden kann. Den vorhandenen

Arbeitsunfähigkeitsattesten (Urk. 7/208/83-114) kommt aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht kein genügender Beweiswert zu, da darin weder Diagnosen noch Befunde genannt wurden. Aus hämato logischer Sicht wurde ihr ab Ende 2010 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit attestiert (vgl. Urk. 7727/3 Ziff. 1.9). Insgesamt ist ein Anspruch bereits ab Oktober 2010 nicht ausgewiesen. 6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Die Beschwerdeführerin rügt die wiederholte Auftragsvergabe an das B.____ zur polydisziplinären Begutachtung durch die Beschwerdegegnerin . Damit seien die Regeln über die Vergabe von Gutachtensaufträge n nach dem Zufallsprinzip verletzt worden. Die Auftragsvergabe sei zudem zu Unrecht nicht einvernehmlich erfolgt und es sei das Prinzip der Waffengleichheit beziehungsweise der Anspruch auf ein faires Verfahren verletzt worden (Urk. 1). 6 .2

Gemäss Art. 72 bis

Abs. 2 IVV erfolgt die Vergabe der Aufträge für polydisziplinäre medizinische Gutachten (an denen drei und mehr Fachdisziplinen beteiligt sind) nach dem Zufallsprinzip. Ein Einigungsverfahren findet diesbezüglich nicht statt (BGE 139 V 349 E. 5.2.1; BGE 140 V 507 E. 3.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_771/2013 vom 10. Dezember 2013 E. 2.2).

Das Verfahren der Auftragsvergabe für polydisziplinäre Gutachten via SuisseMED@P richtet sich nach dem Hand buch in Anhang V des Kreisschreiben s über das Verfahren in der Invalidenver sicherung (KSVI) . Verlaufsgutachten können derselben Gutachterstelle in Auftrag gegeben werden, die bereits das erste polydisziplinäre Gutachten erstellt hat, vorausgesetzt dieses ist über die Plattform SuisseMED@P vergeben worden (KSVI

Rz 207 7.5 in der ab 1. Januar 2018 geltenden Fassung ; vgl. Urteil des Bundesge richts 8C_791/2012 vom 6. März 2013). 6 .3

Den Akten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdegeg nerin den Auftrag zur Begutachtung der Beschwerdeführerin am 26. Februar 2013 in Übereinstimmung mit Art. 72 bis

Abs. 2 IVV über die webbasierte Vergabeplattform SuisseMED@P des

BSV

nach dem Zufallsprinzip dem B.____ vergab (Urk. 7/69). In der Folge beab sichtigte die Beschwerdegegnerin zwar vorerst beim B.____ ein Verlaufsgutachten einzuholen (vgl. Urk. 7/127). Nachdem sich die Beschwerde führerin am 19. November 2015 (Urk. 7/129) gegen eine Verlaufsbe gutachtung ausgesprochen hatte, kam die die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin diesbe züglich entgegen und vergab den A uftrag zur erneuten polydisziplinären Begut achtung der Beschwerdeführerin am 14. November 2016 erneut nach dem Zufallsprinzip über die Vergabeplattform SuisseMED@P dem B.____ (Urk. 7/152-153). Des Weiteren wurde der Beschwerdeführerin vor der Begut achtung die Namen der Gutachter bekannt gegeben und die Möglichkeit eingeräumt, Ergän zungsfragen zu stellen. Die Partizipations- und Mitwirkungs rechte der Beschwer deführerin wurden somit bei der Anordnung der Begutachtung gewahrt. Es ist zudem nicht zu beanstanden, dass die

Beschwerdegegnerin kein Einigungsverfahren durchführte, da ein solches, wie bereits erwähnt (vorstehend E. 5.2.2), bei der Auftragsvergabe nach dem Zufallsprinzip nicht vorgesehen ist. Inwiefern der Anspruch auf Waffengleichheit und ein faires Verfahren (Art. 6 Abs. 1 EMRK) bei den Auftragsvergaben an das B.____

verletzt sein soll, ist zudem nicht ersichtlich. Die Kritik der Beschwerdeführerin an den Auftragsvergaben zur Begutachtung an das B.____ erweist sich somit als unbegründet. 7. 7.1

Im Folgenden sind die erwerblichen Auswirkungen zu prüfen. 7.2

Nach der Rechtsprechung kommt bis zum Inkrafttreten des neuen Berechnungsmodells bei der gemischten Methode auf den 1. Januar 2018 (Art.

27 bis

Abs. 2-4 IVV in der seit dem 1. Januar 2018 geltenden Fassung und Übergangsbestimmung zur Änderung der IVV vom 1. Dezember 2017), mithin bis zum 31. Dezember 2017 das bisherige Recht und das bisherige Berechnungsmodell der gemischten Methode (vgl. vorstehend E.

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

Bei der Invaliditätsbemessung

für die Zeit ab 1. Januar 2018 gemäss der gemischten Methode nach der ab diesem Zeitpunkt geltenden Rechtslage ist das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochzurechnen (vorstehend E.

E. 8.2

Massgebend für die Bemessung der Invalidität gemäss der gemischten Methode nach der für die Zeit ab 1. Januar 2018 geltenden Rechtslage ist grundsätzlich die Tabelle TA1 der LSE 2016. Auf Grund des Umstandes, dass vorliegend sowohl bei der Bemessung des Valideneinkommens als auch des Invalideneinkommens auf Tabellenlöhne abzustellen ist, dass kein Abzug vom Tabellenlohn (bei der Bemessung des Invalideneinkommens) vorzunehmen ist, und dass der Beschwerdeführer in die Ausübung behinderungsangepasster Tätigkeiten bei einem verminderten Rendement im Umfang von durchschnittlich 25 % zuzumuten war, was einem zumutbaren Arbeitspensum von 75 % entspricht, genügt für die Ermittlung des Invaliditätsgrades vorliegend die Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen

(sog. Prozentvergleich; Urteil des Bundesgerichts 8C_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis auf BGE 114 V 310 E. 3a). Dabei resultiert für die Zeit ab 1. Januar 2018 ein Teilinvaliditätsgrad im erwerblichen Bereich von 25 %.

Im Aufgabenbereich des Haushalts

ist für die Zeit ab 1. Januar 2018, wie bereits erwähnt (vorstehend E. 7.9.4), von einer Einschränkung im Umfang von 30.5 % auszugehen.

E. 8.3

Bei einer Gewichtung der Invalidität im erwerblichen Bereich und der Tätigkeit im Aufgabenbereich des Haushalts mit je 50 % resultiert ein gewichteter Teilinvaliditätsgrad im erwerblichen Bereich von

E. 12

$\text{Mo nate} \div 40 \text{ Stunden} \times 41.7 \text{ Stunden} \times 0.75 = 7.8$

Der Vergleich des Valideinkommens von Fr. 25'721.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 38'581.-- ergibt eine Erwerbseinbusse und einen

Teilinvaliditätsgrad im erwerblichen Bereich von 0 % (7.9.7.9.1)

Bei der Bemessung der Invalidität im Haushaltsbereich ist praxisgemäss vom Grundsatz auszugehen, dass einem Leistungssprecher im Rahmen der Schadenminderungspflicht Massnahmen zuzumuten sind, die ein vernünftiger Mensch in der gleichen Lage ergreifen würde, wenn er keinerlei Entschädigung zu erwarten hätte. Für die im Haushalt tätigen Versicherten bedeutet dies, dass sie Verhaltensweisen zu entwickeln haben, welche die Auswirkungen der Behinderung im hauswirtschaftlichen Bereich reduzieren und ihnen eine möglichst vollständige und unabhängige Erledigung der Haushaltarbeiten ermöglichen. Kann die versicherte Person wegen ihrer Behinderung gewisse Haushaltarbeiten nur noch mühsam und mit viel höherem Zeitaufwand erledigen, so muss sie in erster Linie ihre Arbeit einteilen und in üblichem Umfang die Mithilfe von Familienangehörigen in Anspruch nehmen. Ein invaliditätsbedingter Ausfall darf bei im Haushalt tätigen Personen nur insoweit angenommen werden, als die Aufgaben, welche nicht mehr erfüllt werden können, durch Drittpersonen gegen Entlohnung oder durch Angehörige verrichtet werden, denen dadurch nachgewiesenermassen eine Erwerbseinbusse oder doch eine unverhältnismässige Belastung entsteht. Die im Rahmen der Invaliditätsbemessung bei einer Hausfrau zu berücksichtigende Mithilfe von Familienangehörigen geht daher weiter als die ohne Gesundheitsschädigung üblicherweise zu erwartende Unterstützung (BGE 133 V 504 E. 4.2 S. 509 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_91/2016 vom 13. Juni 2016 E. 5.2.3.1). (7.9.2)

Die von einer qualifizierten Person durchgeführte Abklärung vor Ort (nach Massgabe des Art. 69 Abs. 2 IVV; vgl. auch Rz. 3081 ff. des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung, KSIH, gültig ab 1. Januar 2015) stellt für gewöhnlich die geeignete und genügende Vorkehrung zur Bestimmung der gesundheitlichen Einschränkung im Haushalt dar.

Hinsichtlich des Beweiswerts der entsprechenden Berichterstattung ist wesentlich, dass sie durch eine qualifizierte Person erfolgt, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein sowie in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen.

Diese Beweiswürdigungskriterien sind nicht nur für die im Abklärungsbericht enthaltenen Angaben zu Art und Umfang der Behinderung im Haushalt massgebend, sondern gelten analog für jenen Teil eines Abklärungsberichts, der den mutmasslichen Umfang der erwerblichen Tätigkeit von teilerwerbstätigen Versicherten mit häuslichem Aufgabenbereich im Gesundheitsfall betrifft (Urteil des Bundesgerichts I 236/06 vom 19. Juni 2006 E. 3.2).

Einer ärztlichen Fachperson, die sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltsführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat, bedarf es nur in Ausnahmefällen, namentlich bei unglaubwürdigen Angaben der versicherten Person, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen. Zwar ist der Abklärungsbericht seiner Natur nach in erster Linie auf die Ermittlung des Ausmasses physisch bedingter Beeinträchtigungen zugeschnitten, weshalb seine grundsätzliche Massgeblichkeit unter Umständen Einschränkungen erfahren kann, wenn die versicherte Person an psychischen Beschwerden leidet. Prinzipiell jedoch stellt er auch dann eine beweistaugliche Grundlage dar, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht, das heisst wenn die Beurteilung psychischer Erkrankungen im Vordergrund steht. Widersprechen sich die Ergebnisse der Abklärung vor Ort und die fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, ist aber in der Regel den ärztlichen Stellungnahmen mehr Gewicht einzuräumen als dem Bericht über die Haushaltsabklärung, weil es der Abklärungsperson regelmässig nur beschränkt möglich ist, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C_817/2013 vom 28. Mai 2014 E. 5.1). 7.9. 3

Der sich bei den Akten befindende Haushaltsabklärungsbericht vom 7. September 2018 (Urk. 7/217) enthält eine eingehende Abklärung der Wohnverhältnisse sowie der im Haushalt der Beschwerdeführerin anfallenden Tätigkeiten. Gestützt darauf wurde ein Betätigungsvergleich vorgenommen. In Übereinstimmung mit der im Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH RZ 3087, in der ab 1. Januar 2018 geltenden Fassung) statuierten Verwaltungspraxis wurden darin die im Haushalt anfallenden Tätigkeiten in fünf Aufgaben aufgeteilt (Ernährung, Wohnungs- und Hauspflege, Einkauf, Wäsche und Kleiderpflege, Betreuung von Kindern und/oder Angehörigen) und nach deren prozentualen Bedeutung im Vergleich zu sämtlichen anfallenden Tätigkeiten bewertet. Anschliessend wurde für jede der Tätigkeitsbereiche die konkrete Behinderung ermittelt. Dabei resultierte für die Zeit ab 1. Januar 2018

eine Einschränkung im Aufgabenbereich des Haushalts von gesamthaft 30.5%. 7.9. 4

Für die Zeit bis 31. Dezember 2017 wurde eine zusätzliche Einschränkung im Haushaltsbereich auf Grund von Wechselwirkungen mit den Betreuungspflichten von 15% berücksichtigt, woraus für die Zeit bis 31. Dezember 2017 eine Einschränkung im Aufgabenbereich des Haushalts von 45.5%

resultierte (Ziff. 8; vgl. KSIH RZ 3087 ff., in der bis 31. Dezember 2017 geltenden Fassung). 7.9. 5

Insgesamt genügt der Haushaltsabklärungsbericht vom 7. September 2018 (Urk. 7/217) den rechtlichen Anforderungen (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 246/05 vom 30. Oktober 2007 E. 5.2.1, nicht publ. in: BGE 134 V 9). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 1. Februar 2019 (Urk. 2)

gestützt darauf für die Zeit ab 1. Januar 2018 von einer Einschränkung im Haushaltsbereich von 30.5 %

und für die Zeit bis 31. Dezember 2017 von einer solchen von 45.5 %
ausging. 7.10

Bei einem hypothetischen Umfang der Ausübung einer Erwerbstätigkeit und der Betätigung im Haushalt im Gesundheitsfall von je 50 % resultiert ein gewichteter Teilinvaliditätsgrad im erwerblichen Bereich von 0 %

und ein gewichteter Teilinvaliditätsgrad im Haushaltsbereich von (gerundet) 22.75 % ($45.5 \% \times 0.5$) sowie ein Gesamtinvaliditätsgrad von (gerundet) 23 % .

Damit wird ein für den Anspruch auf eine Invalidenrente vorausgesetzter Invaliditätsgrad von mindestens 40 % nicht erreicht. 8.

E. 12.5

% ($25 \% \times 0.5$) und ein gewichteter Teilinvaliditätsgrad im Haushaltsbereich von 15.25 % ($30.5 \% \times 0.5$). Der Gesamtinvaliditätsgrad beträgt demzufolge (gerundet; vgl. BGE 130 V 121) 28 % .

Damit wird ein für den Anspruch auf eine Invalidenrente vorausgesetzter Invaliditätsgrad von mindestens 40 % auch für die Zeit ab 1. Januar 2018 nicht erreicht. 9.

Demzufolge ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit der angefochtenen Verfügung vom 11. Februar 2019 (Urk. 2) einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente verneinte, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. 10 .

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 900.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

11.

Ausgangsgemäss ist der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Thomas Laube, Zürich, nach Einsicht in die Kostennote vom 21. Mai 2019 (Urk. 10), in Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses, bei einem zeitlichen Aufwand von 10.75 Stunden

sowie einem gerichtsblichen Stundenansatz von Fr. 220.--, mit Fr. 2'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Thomas Laube, Zürich, wird mit Fr. 2'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der

Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Laube -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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
Volz

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