

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00416 vom 11. Februar 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-02-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00416

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00416 du 11 février 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00416 del 11 febbraio 2020

Erwägungen

E. 1.1

Wurde eine Rente

wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades

verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

E. 1.2

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

E. 1.3

.2

Rechtsprechungsgemäss liegt regelmässig kein versicherter Gesundheitsschaden vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht. Dies trifft namentlich zu, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen oder Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1, BGE 131 V 49 E. 1.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9 C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.1).

Eine auf Aggravation oder vergleichbaren Konstellationen beruhende Leistungseinschränkung vermag einen versicherten Gesundheitsschaden nicht leichthin auszuschliessen, sondern nur, wenn im Einzelfall Klarheit darüber besteht, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte,

krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.2 ; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8 C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 6.1 und 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2).

Steht fest, dass eine anspruchsausschliessende Aggravation oder ähnliche Konstellation im Sinne der Rechtsprechung gegeben ist, erübrigt sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 (vgl. BGE 141 V 281 E).

2.2.2; Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.4).

E. 1.4

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des

Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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. 2

Dagegen erhob die Versicherte am 11. Juni 2019 Beschwerde und beantragte, es sei die Verfügung vom 9. Mai 2019 vollumfänglich aufzuheben und es sei ihr mindestens eine Viertelsrente zuzusprechen oder es seien ihr allenfalls Eingliederungsmassnahmen zu bewilligen. Eventualiter beantragte die Versicherte das Verfahren zu sistieren und sie unabhängig fachärztlich (insbesondere psychiatrisch und neurologisch, allenfalls orthopädisch traumatologisch, rheumatologisch und inner-medizinisch) hinsichtlich ihrer Arbeits(un)fähigkeit zu begutachten. In prozessualer Hinsicht beantragte die Versicherte die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 24. Juli 2019 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6 unter Beilage ihrer Akten Urk. 7/1-137),

wovon die Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 22. Oktober 2019 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 16). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin

führt in ihrem abweisenden Entscheid insbesondere aus, es stelle sich grundsätzlich die Frage, ob aus somatischer Sicht eine anspruchserheblich veränderte Situation im Vergleich zum Einspracheentscheid vom 30. August 2005 vorliege, respektive ob ein Revisionsgrund ausgewiesen sei, hätten für die geklagten Beschwerden doch keine objektiven Befunde erhoben werden können. In der bisherigen Tätigkeit als Küchenhilfe sei die Beschwerdeführerin seit Juli 2003 zu 50 % eingeschränkt.

Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit habe im Gutachten aufgrund des Aggravationsverhaltens nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beurteilt werden können. Es liege somit ein Ausschlussgrund vor, welcher die Annahme einer rentenauslösenden Gesundheitsbeeinträchtigung verbiete. Somit sei von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen, womit sich

keine Erwerbs einbusse und damit keine Invalidität ergebe. Da sich die Beschwerdeführerin subjektiv nicht arbeitsfähig fühle und sich dementsprechend präsentiere, seien berufliche Massnahmen nicht zielführend (Urk. 2).

E. 2.2

Dagegen stellt sich die Beschwerdeführerin unter anderem gegen das im Gutachten festgehaltene Aggravationsverhalten. Es sei von einer anhaltenden psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere auszugehen, mit erheblicher Ausprägung und jahrelanger Dauer, gepaart mit wohl chronischen körperlichen Begleiterkrankungen. Beunruhigend komme ein wiederholt ärztlich festgestellter sozialer Rückzug dazu. Es sei nicht davon auszugehen, dass sie eine angepasste Tätigkeit ausüben könne. So sei ihr aus WS-chirurgischer Sicht aufgrund der vor allem belastungsabhängigen Beschwerden bei komplexer Problematik mit ausgedehnten Problemen am Bewegungsapparat sowie ausgedehnten internistischen Problemen zurzeit und bis auf Weiteres keine Tätigkeit zuzumuten. Dasselbe gelte aus schmerztherapeutischer Sicht sowie unter Berücksichtigung der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin. Es würden keine Hinweise für Aggravation oder Simulation bestehen. Dies werde auch mit dem neuesten Schreiben des A.____ vom 19. Februar 2019 bestätigt. Insbesondere aufgrund der doch erheblich, wenn nicht gar diametral sich gegenüberstehenden, aktuellen, polydisziplinären, ärztlichen Befunde und mangels Ausschlussgrund es werde man im weiteren Verfahren nicht um die Einholung einer Drittmeinung eines fachärztlichen Instituts kommen, da die Beurteilung des B.____ falsch und tendenziös sei (Urk. 1 S. 3-9). 3.

E. 3

der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

Tritt die Verwaltung auf die Neuankündigung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 des

Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 3.1

In Frage steht, ob sich der massgebliche Sachverhalt, welcher dem Einspracheentscheid vom 30. August 2005 (Urk. 7/20) zugrunde lag, bis zur nun angefochtenen Verfügung vom 9. Mai 2019 (Urk. 2) in einer für den Leistungsanspruch erheblichen Weise verändert hat.

Im Zeitpunkt des Einspracheentscheides vom 30. August 2005 präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

E. 3.1.1

Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, führte in seinem Bericht an die Beschwerdeführerin vom 2. April 2004 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein unklares generalisiertes Schmerzsyndrom, eine Gonarthrose links sowie ein lumbospondylogenes Syndrom an. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine pyelourethrale Abgangsteose rechts. In der angestammten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin seit dem 31. März 2003 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Nach Rücksprache mit dem behandelnden Psychiater bestünden keine typische Schmerzperseönlichkeit und kein psychisches Korrelat. Die Psychotherapie sei deshalb nicht fortgeführt worden. Da die Ursache der invalidisierenden Schmerzen ungeklärt sei, habe er eine Zweitmeinung bei Dr. med. E.____, Facharzt für Rheumatologie und Physikalische Rehabilitation, veranlasst, welche keine neuen Gesichtspunkte ergeben habe (Urk. 7/9/1-2).

E. 3.1.2

Dr. E.____ hatte am 19. Januar 2004 (Urk. 7/9/10-12) berichtet, die Beschwerdeführerin leide unter Schmerzen im ganzen Körper, wobei die Beschwerden belastungskorreliert verstärkt vorhanden seien. Im klinischen Untersuchung sei eine grosse Diskrepanz zwischen dem ausgeprägten subjektiven Leidensdruck und den eher diskret fassbaren Befunden aufgefallen. Hinweise auf eine entzündlich rheumatische Genese oder auf ein neoplastisches Geschehen hätten sich in den konventionellen Röntgenbildern nicht finden lassen. Ergänzend wäre eine nochmalige Laboruntersuchung durchzuführen, wobei mit hoher Wahrscheinlichkeit auch da mit keine die Beschwerden der Patientin erklärenden pathologischen Werte zu finden sein würden. Diesfalls wäre wirklich von einem unklaren generalisierten Schmerzsyndrom auszugehen, welches sich mit rheumatologischen Mitteln vermutlich kaum beeinflussen lasse.

E. 3.1.3

Im psychiatrischen Gutachten des Y.____ vom 22. April 2005 (Urk. 7/12) wurde die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt. Im Zeitraum der Abklärungskonsultationen habe die Beschwerdeführerin keine Symptomatik präsentiert, welche die Diagnose einer depressiven Störung erfüllen würde, wobei zu berücksichtigen sei, dass sie medikamentös antidepressiv behandelt werde (Urk. 7/12/6).

Hinsichtlich der erhobenen Befunde wurde ausgeführt, insgesamt habe sie sich in einem reduzierten Allgemein- und einem guten Ernährungszustand präsentiert. Die Beschwerdeführerin sei bei ihren Besuchen im Y.____ jeweils sauber und gepflegt gekleidet gewesen. Sie habe sich der deutschen Sprache nur bedingt mächlich präsentiert. Im Kontaktverhalten habe sie sich leicht misstrauisch und generell zurückhaltend gegeben. Sie sei freundlich und insgesamt kooperativ gewesen. Ihre Aussagen würden sich mit denen decken, die in den Unterlagen vorhanden seien. Die Beschwerdeführerin habe sich in allen Qualitäten orientiert präsentiert, sowohl zeitlich, örtlich, situativ wie auch zur eigenen Person. Es hätten sich keine Hinweise für Beeinträchtigungen im mnestischen Bereich gezeigt. Die Auffassung sei uneingeschränkt und die Konzentrationsfähigkeit leicht eingeschränkt. Soweit beurteilbar liege ein unauffälliger formaler Gedankengang vor, welcher inhaltlich auf die Schmerzsymptomatik fokussiert sei. Sie weise keine Phobien oder Zwangsgedanken auf. Es hätten keine Anhaltspunkte für wahnhaftes Erleben, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen eruiert werden können. Ein affektiver Rapport sei

herstellbar gewesen. Affektiv habe die Beschwerdeführerin bezüglich einer Genesung ihrer Schmerzen deutlich pessimistisch gewirkt. Ihre Schmerzen seien in Mimik und Gestik deutlich vorgetragen worden. Der Antrieb sei unauffällig, und psychomotorisch sei sie ruhig. Suizidalität werde glaubhaft verneint. Zirkadiane Besonderheiten lägen keine vor, jedoch leichte Einschlafstörungen und deutliche Durchschlafstörungen (Urk. 7/12/5).

Die Experten des Y.____ kamen zum Schluss, vermutlich sei die präsentierte Symptomatik aufgrund eines multifaktoriellen Geschehens zu verstehen. Einerseits sei das niedrige Bildungsniveau der Beschwerdeführerin festzuhalten, was ihre geringeren Möglichkeiten für Coping-Strategien ermögliche. Die berichtete Schulverweigerung – auch trotz einer behördlich erfolgten Intervention – spreche für ein eindrückliches Durchsetzungsvermögen. Die Chronifizierung der Schmerzsymptomatik sei bereits sehr weit fortgeschritten und werde durch die mitagierende Umgebung der Beschwerdeführerin begünstigt. Sie habe eine regressive Haltung gezeigt und die psychosozialen Umstände hätten sich anamnestic und aktuell als sehr ungünstig gestaltet, um ein angemessenes Bewältigungspotenzial zu entwickeln. Differenzialdiagnostisch sei allenfalls eine Konversionsstörung in Erwägung zu ziehen. Sodann sei zu vermuten, dass die aktuelle Polypharmazie sich negativ auf das Beschwerdebild auswirke. Obwohl die Prognose als ungünstig zu werten sei, vor allem aufgrund der bisher fehlgeschlagenen therapeutischen Versuche und der eher ablehnenden und passiven Haltung seitens der Beschwerdeführerin, sollten therapeutische Versuche nicht unterlassen werden. Aus psychiatrischer Sicht sei zu empfehlen, die aktuelle Medikation zu reduzieren, mit dem Ziel, ein geeignetes Antidepressivum zur Nacht und/oder eventuell am Morgen einzusetzen. Die Arbeitsfähigkeit sei bei diesem Ausprägungsgrad der Schmerzstörung aus psychiatrischer Sicht demzufolge eingeschränkt. Die Experten erachteten die Bewältigung einer dem Beschwerdebild angepassten Tätigkeit momentan als unwahrscheinlich. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt werde eine psychoreaktive Komponente als weit im Vordergrund stehend erachtet, da die Schmerzverarbeitung der Beschwerdeführerin stark gestört zu sein scheine und eine invalidisierende Wirkung zeitige. Die Schmerzen, die von der Beschwerdeführerin angegeben würden, bewirkten eine gänzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten sowie in einer angepassten Tätigkeit seit mindestens 21. März 2003. In ihrer gegenwärtigen Verfassung sei kein Belastungsprofil beschreibbar, da sie sich schmerzbedingt eine gänzliche Schonung auferlegt habe und die Schonung durch ihr Umfeld gewährleistet werde (Urk. 7/12/6 f.).

E. 3.2

Im Rahmen der im Frühjahr 2018 am B.____ durchgeführten polydisziplinären Begutachtung (Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie, Psychiatrie, Urk. 7/110) der Beschwerdeführerin stellten die Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/111/5): - Belastbarkeitsverminderung bei lumbaler Fehlförmigkeit mit Doppel-S-Skoliosebildung und mehrsegmentalen mässig ausgeprägten degenerativen Veränderungen im mittleren und unteren LWS-Abschnitt - Keine Hinweise für eine Facettengelenks- oder radikuläre Symptomatik - Retropatellärer Knorpelschaden beidseits - Zum Zeitpunkt der Untersuchung gute Kompensation im Bereich des thorakolumbalen Achsen skeletts und der Kniegelenke Daneben stellten die Gutachter folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/111/5-6): - Ausgeprägte muskuläre Insuffizienz mit muskulärer Dekonditionierung und Fehlhaltung - Ausgeprägte Selbstlimitierung mit Inkonsistenzen und Diskrepanzen im Ausmass eines d

ysfunktionalen Krankheitsverhaltens - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F 45.41) - Dysthymia (ICD-10 F 43.1) - Chronisches Schmerzsyndrom - Diabetes mellitus, aktuell unter medikamentöser Therapie gut eingestellt - Diabetische Nephropathie mit Albuminurie - Adipositas Grad I mit/bei BMI 33 kg/m² - Arterielle Hypertonie aktuell unter antihypertensiver Therapie - Rezidivierende Palpitationen

- Sarkoidose, pulmonales Stadium II mit aktuell Residualzustand, in Remission

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter fest,

die Beschwerdeführerin leide seit Jahren an einer panvertebralen Beschwerdesymptomatik mit Generalisierungstendenz und Entwickeln eines Ganzkörper-Schmerzsyndroms unklarer Zuordnung, ohne Hinweise für eine entzündlich-rheumatische Erkrankung. Aus somatisch-rheumatologischer Sicht könnten das Ausmass der subjektiv vorgeführten und beschriebenen Limitierungen weder erklärt, noch somatische Befunde erhoben werden. Die reproduzierbaren klinischen Befunde würden einer mässigen Irritation im Bereich der mittleren und unteren LWS als Ausdruck der dort lokalisierten, radiologisch dokumentierten, degenerativen Veränderungen, verbunden mit einer Doppel-S-Skoliose-Fehlform

thorakolumbal entsprechen. Es bestehe offensichtlich ein erheblicher sekundärer Krankheitsgewinn mit demonstrativem Charakter. Bei der ausgeprägten Beschwerdebetonung mit Selbstlimitierung und Diskrepanzen bestehe ein schlechtes Mitwirken, weshalb die vorhandenen physischen Ressourcen kaum umgesetzt würden. Es handle sich um eine über Jahre chronifizierte nicht näher spezifizierbare Schmerzentwicklung. Aus psychiatrischer Sicht seien die Kriterien für eine Dysthymia erfüllt, während die depressive Symptomatik sowie allfällige Einschränkungen in der Aktivität und Partizipation gemäss Mini-ICF-APP aufgrund des Aggravationsverhaltens nicht abschliessend beurteilt werden könnten. Die allgemein-internistische Untersuchung habe das Bild einer 60-jährigen normosomen, kardiopulmonal kompensierten Versicherten in unauffälligem Allgemeinzustand ergeben (Urk. 7/111/4). Bei fehlender Klinik und nicht verwertbarer Spirometrie gelte die seit 2014 bekannte Sarkoidose aktuell als in Remission. Der Lupus pernio der Stirne sei vollständig abgeheilt und das seit April 2016 euthyreote, linksbetonte Struma multinodosa beidseits grössenregredient. Aus allgemein-internistischer Sicht lasse sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht begründen (Urk.

7/111/5).

Hinsichtlich funktioneller Auswirkungen der Befunde sei festzuhalten, dass einzig die Wirbelsäulenfehlform und beginnende degenerative Veränderungen der Wirbelsäule und der Knie objektiv zu einer verminderten Belastbarkeit der Beschwerdeführerin führen würden. Der retropatelläre Knorpelschaden beidseits könne zumindest langfristig zu einer verminderten Belastbarkeit der Knie führen. Die Auswirkungen der psychiatrischen Diagnosen könnten aufgrund des Aggravationsverhaltens nicht abschliessend beurteilt werden. Was die Konsistenz betreffe, so seien bei allen Gutachtern deutliche Inkonsistenzen zwischen den Aussagen der Beschwerdeführerin und den objektiven Befunden auszumachen gewesen. Dabei sei bereits eine gezielte Schmerzanamnese kaum möglich gewesen, da die Beschwerdeführerin äusserst diffuse, ungenaue Angaben gemacht habe. Selbst auf geschlossene Fragen habe sie diffus ausweichend geantwortet. Es scheine

so, dass von der Beschwerdeführerin trotz ihrer massiven Schmerzen kaum entsprechende Therapien in Anspruch genommen würden. Die Schilderung des Tagesablaufs sei plakativ gewesen, sie würde «gar nichts tun» ,

was über Jahre kaum vorstellbar sei. Laut Aktenlage und ihrer Aussage scheine sie trotz der Beschwerden in den Kosovo in die Ferien verreisen zu können. In der körperlichen Untersuchung hätten sich deutliche Inkonsistenzen ergeben. Insgesamt seien die geklagten Symptome und Funktionseinbussen nicht valide und nachvollziehbar gewesen. Es bestünden Inkonsistenzen aufgrund der Verdeutlichungstendenz und des Aggravationsverhaltens seitens der Beschwerdeführerin.

Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, in ihrer angestammten Tätigkeit als Küchenhilfe sei die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht maximal 50 % arbeitsfähig. Diese Tätigkeit sei als rückenbelastend zu beurteilen, was zur deutlichen Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit führe. Aus neurologischer und allgemein-internistischer Sicht bestehe keine Einschränkung in der angestammten Tätigkeit. Aus psychiatrischer Sicht könne die Arbeitsfähigkeit aufgrund des Aggravationsverhaltens nicht mit der notwendigen Objektivität beurteilt werden. Polydisziplinär könne die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin damit ebenfalls nicht abschliessend festgelegt werden. In einer adaptierten rückschonenden Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig bezogen auf ein 100 %-Pensum. In einer wirbelsäulen- und kniegelenkschonenden leichten bis höchstens zeitweise wechselnden Belastung mit Wechsel zwischen sitzenden und stehenden Arbeitsabläufen ohne repetitiv gebückte Positionen werde bezogen auf ein volles Pensum eine 100%ige Arbeitsfähigkeit aus rheumatologisch-somatischer Sicht als zumutbar und ausgewiesen beurteilt. Aus psychiatrischer Sicht könne die Arbeitsfähigkeit aufgrund des Aggravationsverhaltens nicht mit der notwendigen Objektivität beurteilt werden. Polydisziplinär könne damit die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten, wirbelsäulen- und kniegelenkschonenden, leichten Tätigkeit ebenfalls nicht abschliessend beurteilt werden.

(Urk. 7/111/6-8). 4. 4.1

4.1 .1

Das polydisziplinäre Gutachten des B.____ vom 17. Juli 2018 wurde in Kenntnis der Vorakten erstattet (Anamnese; Urk. 7/111/11-20), ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen (Urk. 7/111/28-32, Urk. 7/111/42-46, Urk. 7/111/54-57, Urk. 7/111/69-75), setzt sich mit den geklagten Beschwerden sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinander (Urk. 7/111/26-28, Urk. 7/111/41-42, Urk. 7/111/53-54, Urk. 7/111/64-66) und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein (Urk. 7/111/6-8, Urk. 7/111/33-37, Urk. 7/111/47-50, Urk. 7/111/58-60, Urk. 7/111/76-80). Damit erfüllt das polydisziplinäre Gutachten die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.5). 4.1 .2

Die

Beschwerdeführerin erachtet das polydisziplinäre

Gutachten des B.____ vom 17. Juli 2018 als nicht beweiskräftig. In somatischer Hinsicht stellt sie sich – unter Verweis auf den Bericht des C.____ vom 24. August 2018 – insbesondere gegen die in einer angepassten Tätigkeit attestierte Arbeitsfähigkeit von

100 % (Urk. 1 S. 7 Rn 20). Ferner bestreitet die Beschwerdeführerin die im polydisziplinären Gutachten festgehaltene Aggravation und erachtet es als nicht nachvollziehbar, weshalb die Arbeitsfähigkeit – psychiatrisch wie auch im polydisziplinären Kontext – nicht beurteilt worden sei (Urk. 1 S. 8).

Mit ihren Vorbringen vermag die Beschwerdeführerin indes nicht durchzu dringen. In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftrags rechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]).

Solche Aspekte sind vorliegend nicht zu erkennen (vgl. auch Stellungnahme der Gutachter vom 23. Dezember 2018, Urk. 7/127). Vielmehr haben die behandelnden Ärzte ihre von den Gutachtern abweichende Einschätzung dargelegt, ohne sich substantiiert mit der Aktenlage - und hierbei insbesondere mit dem Gutachten - auseinander zu setzen. Die im Bericht des C.____ vorgenommene Einschätzung der funktionalen Leistungsfähigkeit lässt vielmehr den Eindruck

erwecken, dass sich die Ärzte des C.____ massgeblich von den Schilderungen der Beschwerdeführerin und nicht von objektiven Befunden leiten liessen. Daran vermag auch die beim Sohn der Beschwerdeführerin eingeholte Fremdanamnese

(vgl. Urk. 7/120/3) nichts zu ändern, zumal

diesen Angaben angesichts der engen familiären Verhältnisse kein Beweiswert zukommen kann (Urteil des Bundesgerichts U 227/05 vom 16. Januar 2006 E. 4.2; vgl. auch Urteil 9C_659/2017 vom 20. September 2018 E. 5.3). Ferner ist darauf hinzuweisen, dass während der dem Bericht des C.____ vom 24. August 2018 zugrundeliegenden Untersuchung – im Gegensatz zur Begutachtung durch das

B.____ – kein unabhängiger Dolmetscher zugegen war. Der Sohn der Beschwerdeführerin übersetzte für sie (vgl. Urk. 7/120/8-9).

Dieses Vorgehen widerspricht dem Grundsatz, wonach sich Angehörige nicht als Dolmetscher eignen, weil sie infolge mangelnder Distanz zum Exploranden und (beiderseitigem) Zwang zu «familienkonformem» Verhalten befangen sind (BGE 140 V 260 E. 3.2.4). Entgegen den Ausführungen des A.____ in der Stellungnahme vom

19. Februar 2019 (Urk. 7/133) lässt der B ericht vom 24. August 2018 denn auch eine ernsthafte Überprüfung der von der Beschwerdeführerin ange gebenen Beschwerden und Funktionseinschränkungen mit objektiven Befunden vermissen (vgl. Urk. 7/120/8-9) .

Eine ernsthafte Konsistenzprüfung hätte sich vor liegend insbesondere aufgrund der von sämtlichen Gutachtern des B.____ festge haltenen Aggravation und auch aufgrund der teilweise starken schmerzbedingten Einschränkungen in der Beweglichkeitsprüfung (vgl. Urk. 7/120/4)

aufgedrängt.

Schliesslich haben die Gutachter nachvollziehbar dargelegt, dass sich die Sarkoidose in Remission befindet, der Lupus an der Stirn abgeheilt ist und sich das Struma nodosa

grössenregredient zeigt, womit aus allgemein-internistischer Sicht eine Leistungseinschränkung nicht zu begründen ist (E. 3.2). In Anbetracht dieser Gegebenheiten vermag der Bericht des A.____ vom 24. August 2018

das Gutachten nicht in Frage zu stellen .

4.2

Wie eingangs dargelegt , liegt keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, wenn die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder ähnlichen Konstellationen beruht. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung trifft dies namentlich bei einer erheblichen Diskrepanz zwischen den geschilderten Beschwerden und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese zu (vgl. E. 1.3.2) .

Die Beschwerdeführerin präsentierte sich

in den Untersuchungen als in grossem Masse hilflos . Besonders augenscheinlich trat die s in der rheumatologischen Unter suchung von Dr. med. F.____ , Facharzt FMH für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, in Erscheinung, wo die Beschwerdeführerin angab, sich nicht entkleiden und auch eine feingestrickte Wolljacke nicht aus ziehen zu können . G egenüber der zu Hilfe gerufenen medizinischen Praxis assistentin verweigerte die Beschwerdeführerin jegliche Unterstützung, so hob sie weder die Beine noch die Arme an , um die Hose beziehungsweise die Manschetten an den Ellbogenge lenken auszuziehen. Dieses Verhalten steht in klarem Wider spruch dazu, dass die Beschwerdeführerin ihren Neffen – welcher ihr nach der Untersuchung beim Ankleiden half – dabei unterstützte, indem sie abwechselnd die Beine und die Arme anh ob , um die Manschetten anzuziehen, das T-Shirt und die Jacke überzuziehen, mit einer freien Beweglichkeit in den Schulter- und Bein gelenken (Urk. 7/111/42-43). Zudem ist in diesem Zusammenhang darauf hinzu weisen, dass die Beschwerdeführerin sowohl in der internistischen als auch in der neurologischen Untersuchung durchaus in der Lage war, ihre Hose und ihre Socken ohne Hilfe auszuziehen (Urk. 7/111/30 , Urk. 7/111/55). Der internistische G utachter wies ebenfalls auf ein e von Seiten der Beschwerdeführerin demon strierte Hilflosigkeit hin (vgl. aber Urk. 7/111/28). Sowohl der rheumatologische als auch der neurologische Gutachter stellten bei der Beschwerdeführerin

eine deutliche Selbstlimitierung durch Gegen- Innervationen im Rahmen der Beweg lich keitsprüfung fest. Bei der rheumatologischen Untersuchung konnte der Finger -Boden-Abstand vorne aufgrund des Gegen-Innervierens durch die Beschwerde füh rerin

kaum geprüft werden, wobei diese Bewegung aus anderen Haltungen mit ähnlicher Belastung des Achsenskeletts (Langsitz

Zehen -Finger-Abstand 8 cm, Anheben Beine beim Anziehen) ohne Schmerzangabe durchgeführt werden konnte (Urk. 7/111/43-44) . Unbeobachtet war auch in der internistischen Untersuchung ein Bücken möglich (Urk. 7/111/31). Darüber hinaus gegen innervierte die Beschwerdeführerin in der rheumatologischen Untersuchung auch bei der Prüfung des Gelenkstatuts in Rücken- und Bauchlage sowie im Sitzen . Bei ablenkendem Gespräch bestand hingegen eine freie Beweglichkeit ohne Funktions einschränkungen , ohne Schwellungen, Synovitiden oder Ergussbildung . Eine aktive Abduktion der Arme um über 30° bezeichnete die Beschwerdeführerin als unmöglich, abduzierte ihre Arme beim Überziehen des T-Shirts aber mindestens über 120° (Urk. 7/111/43-44). Die von der Beschwerdeführerin als möglich prä sen tierte Kopfbewegung erschöpfte sich in einer angedeuteten Nickbewe gung in sämtliche Bewegungsri c h tungen, wohingegen sie im Liegen die Halswirbelsäule aber ohne erkennbare Schmerzáusserung um 45° zur Seite rotieren konnte (Urk. 7/111/59-60). Die Beschwerdeführerin legte zudem ein unpräzises und unklares Antwortverhalten an den Tag (Urk. 7/111/42, Urk. 7/111/55, Urk. 7/111/57-59, Urk. 7/111/70). In Bezug auf ihren Tagesablauf äusserte sie sich nur plakativ, im Sinne von «sie würde gar nichts tun», was über viele Jahre hinweg nur schwer vorstellbar ist und insbesondere auch damit in Widerspruch steht, dass sie regemässig in den Kosovo in die Ferien ver r eist (Urk. 7/111/36-37, Urk. 7/111/42, Urk. 7/111/54, Urk. 7/111/59, Urk. 7/111/65). Auch anlässlich der psychiatrischen Untersuchung durch Dr. med.

G.____ , Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, gab die Beschwerdeführerin teils unpräzise und unklare Antw orten auf die gestellten Fragen («ich weiss es nicht» oder «ich kann mich nicht erinnern» , Urk. 7/111/70).

Die Parameter der funktionellen Leistungs fähigkeit in Anlehnung an den Mini-ICF-A PP erachtete Dr. G.____ – bis auf den Parameter «Kontaktfähigkeit zu Dritten» – durchgehend als gar nicht oder als nicht genau beurteilbar . Auch die depressive Symptomatik konnte aufgrund des Aggravationsverhaltens nicht abschliessend beurteilt werden (Urk. 7/111/72-75).

Vor diesem Hintergrund sah sich der psychiatrische Gutachter ausser Stande, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit mit der notwendigen Objektivität z u beurteilen (Urk. 7/111/79-80), womit

a uch im

polydisziplinären Kontext die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht abschliessend beurteilt werden konnte (Urk. 7/111/8).

Dass der psychiatrische Gutachter aufgrund der erheblichen Diskrepanzen sowie dem unpräzisen und unklaren Antwortverhalten auf eine ausgeprägte Aggra va tion der in der Untersuchungssituation gezeigten Einschränkungen des Leistungs vermöge ns schloss und dementsprechend eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychiatrischen Störung mit

Krankheitswert nicht objektiv ieren konnte, erscheint schlüssig und vermag zu überzeugen.

Gestützt hierauf hat die Beschwerde gegnerin mithin zu Recht einen versicherten Gesundheitsschaden verneint. Es kommt hinzu, dass sich anlässlich der psychiatrischen Begutachtung der psychiatrische Befund weitgehend unauffällig präsentierte (Urk. 7/111/70-72). Gegen das Vorliegen einer die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden psychiatrischen Störung spricht sodann auch die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin keine lege artis durch geführte psychiatrische Therapie besucht (Urk. 7/111/66-67, Urk. 7/111/69-70, Urk. 7/111/79-80). Da aus psychiatrischer Sicht ein Ausschlussgrund vorliegt, erübrigt sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens im Sinne von BGE 141 V 281 (E. 1.3.2). Folgerichtig erscheint ferner, dass die Arbeitsfähigkeit auch polydisziplinär nicht abschliessend festgelegt werden konnte, zumal sämtliche Gutachter ein erhebliches Aggravationsverhalten ausmachten. 4.3

Nach dem Gesagten sind keine Gründe ersichtlich, welche an der Beweiskraft des polydisziplinären Gutachtens des B.____ vom 17. Juli 2018 zweifeln liessen. Auf das betreffende Gutachten kann somit vollumfänglich abgestellt werden. 4.4

Der medizinische Sachverhalt ist damit insoweit erstellt, als polydisziplinär bis auf die reproduzierbaren klinischen Befunde, welche einer mässigen Irritation im Bereich der mittleren und unteren LWS als Ausdruck der dort lokalisierten, degenerativen Veränderungen, verbunden mit einer Doppel-S-Skoliose Fehlform

thorakolumbal entsprechen, keine weitere Erkrankung ausgewiesen ist, welche die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin einzuschränken vermöchte (Urk. 7/111/5). Diese rheumatologische Einschränkung

führt dazu, dass die

Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Küchenhilfe lediglich zu 50% arbeitsfähig ist. In einer wirbelsäulen- und kniegelenkschonenden leichten bis höchstens zeitweise wechselnden Belastung mit Wechsel zwischen sitzenden und stehenden Arbeitsabläufen ohne repetitiv gebückte Positionen ist die Beschwerdeführerin demgegenüber als

uneingeschränkt

arbeitsfähig

zu betrachten (E. 4.2).

Ob angesichts dieser Aktenlage eine relevante Veränderung im Sinn von Art. 17 ATSG zu bejahen wäre, kann dahingestellt bleiben, lässt sich ohnehin ein renten begründender Invaliditätsgrad nicht belegen (vgl. nachfolgend). Immerhin ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass sich die von der Beschwerdeführerin geklagten körperlichen Beschwerden - unverändert (vgl. E. 3.1.2) - einem somatischen Korrelat nicht zuordnen liessen und wie auch schon im Jahr 2004 aktenkundig gemacht (E. 3.1.2), deutliche Inkonsistenzen zwischen den Aussagen der Beschwerdeführerin und den objektiven Befunden bestanden (E. 3.2). Sodann liess sich auch aus allgemein-internistischer Sicht eine Leistungseinschränkung nicht begründen (E. 3.2). Nachdem der rheumatologische Gutachter hinsichtlich seiner Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit explizit Bezug auf Juli 2003 nahm (Urk. 7/111/50) und aus interdisziplinärer Sicht die geklagte Beschwerdesymptomatik seit Jahren unverändert

fortbesteht (Urk. 7/ 111/4), wäre die Einschätzung der Gutachter, wonach in bisheriger Tätigkeit bloss eine Arbeitsfähigkeit von 50 % besteht, als im Rahmen der hier vorliegenden Neuanschätzung unbeachtliche andere Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts zu qualifizieren (BGE 141 V 9 E. 2.3). Da auch die behandelnden Ärzte des A.____ von einem über Jahre unveränderten Zustand auszugehen scheinen (vgl. Urk. 7/120/3, wo nach seit 2005 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestehe) und sich der psychiatrische Befund anlässlich der gutachterlichen Exploration weitgehend unauffällig präsentierte (Urk. 7/111/70-72), wäre mangels erheblicher Veränderung des Gesundheitszustandes ein Rentenanspruch ohne Weiteres zu verneinen (E. 1.1).

Weiterungen hierzu können indes unterbleiben, führt auch der Einkommensvergleich unter Zugrundelegung der gemäss Gutachten festgestellten Restarbeitsfähigkeit nicht zu einem Rentenanspruch. 5.

5.1

Die Beschwerdeführerin hat die Beschwerdeführerin als im Gesundheitsfall zu 100 % erwerbsfähig qualifiziert (Urk. 7/113/1), was nicht zu beanstanden ist. 5.2

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, 128 V 29 E. 1). 5.3 5.3.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 135 V 58 E. 3.1; 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 128 V 29 E. 4e; Urteil des Bundesgerichts 9C_887/2015 vom 12. April 2016 E. 4.2). 5.3.2

Da die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (Mai 2014 [Anmeldung vom 15. November 2013, Urk. 7/21], Art. 29 Abs. 1 IVG) bereits seit über

10 Jahren keiner Erwerbstätigkeit mehr nachging und im IK-Auszug unregelmässige Einkommen verzeichnet sind (Urk. 7/4/2), ist das Valideneinkommen gestützt auf die Tabellenwerte der LSE zu ermitteln. Anwendbar ist die Tabelle

TA1_tira ge_ sk ill_

level (Monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Ausgabe 2016 zitiert aus LSE 2014, Kompetenz niveau 1, Frauen). Da die Beschwerdeführerin

zuletzt als Küchenhilfe und in der Reinigung

tätig war (vgl. Urk. 7/4), erweisen sich die Ziffern 45-96 « Sektor 3 Dienstleistungen » der betreffenden Tabelle als einschlägig. Dementsprechend ist

– unter Berücksichtigung der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit in dieser Branche von 41.7 Stunden (Bundesamt für Statistik, betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Ziffern 45-96) –

im Jahr 2014 von einem massgeblichen Valideneinkommen

von Fr. 5'2'5

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

.1

Die unentgeltliche Rechtspflege kann nur gewährt werden, wenn die Rechtsvorkehrung nicht aussichtslos ist. Als aussichtslos sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung Prozessbegehren anzusehen, bei denen die Gewinnaussichten (ex ante betrachtet) beträchtlich geringer sind als die Verlustgefahren und die deshalb kaum als ernsthaft bezeichnet werden können. Dagegen gilt ein Begehren nicht als aussichtslos, wenn sich Gewinnaussichten und Verlustgefahren ungefähr die Waage halten oder jene nur wenig geringer sind als diese. Massgebend ist, ob eine Partei, die über die nötigen finanziellen Mittel verfügt, sich bei vernünftiger Überlegung zu einem Prozess entschliessen würde; eine Partei soll einen Prozess, den sie auf eigene Rechnung und Gefahr nicht führen würde, nicht deshalb anstrengen können, weil er sie nichts kostet (BGE 133 III 614 E. 5 mit Hinweisen).

Mit Blick auf das von den Gutachtern beschriebene Aggravationsverhalten der Beschwerdeführerin waren ihre Gewinnaussichten beträchtlich geringer als die Verlustgefahren, weshalb ihr Begehren als aussichtslos zu betrachten ist.

Das Gesuch der Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 2) ist deshalb abzuweisen (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C_483/2018 vom 21. November 2018 E. 7.2 mit Hinweis).

E. 8.2

Das Verfahren ist kostenpflichtig. In Anwendung von Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind die Gerichtskosten auf Fr. 800.-- festzusetzen und

ausgangsgemäss der Beschwerde führer in aufzuerlegen . Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch der Beschwerdeführerin vom 11. Juni 2019 um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung wird abgewiesen, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas U.K. Brunner - 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 VogelKübler

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