

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00045 vom 8. Juli 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-07-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00045

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00045 du 8 juillet 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00045 del 8 luglio 2020

Erwägungen

E. 1.1

Auf die in E. 1.2 im Urteil IV.2014.00049 vom 28. Mai 2015 verwiesenen massgeblichen Bestimmungen und Grundsätze zur Invalidität (Art.

E. 1.2

In Nachachtung der gerichtlichen Auflage gab die IV-Stelle im Einverständnis mit der Versicherten (Urk. 5/178-179) eine rheumatologisch-psychiatrische Begutachtung im B.____ in Auftrag (Urk. 5/180). Das Gutachten, welchem zusätzlich eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit zugrunde lag, wurde unter interdisziplinärem Einbezug des bei Dr. Z.____ eingeholten psychiatrischen Verlaufsgutachtens vom

E. 1.3

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

E. 2

8. Juni 2016 (Urk. 5/187) am 5. April 2016 erstattet (Urk. 5/195). Mit Vorbescheid vom 13. September 2016 stellte die IV-Stelle der Versicherten die neuerliche Abweisung ihres Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 5/199), wogegen sie am 3. Oktober 2016 Einwand

erhob (Urk. 5/205). In der Folge nahm die IV-Stelle diverse vom Rechtsvertreter der Versicherten eingereichte medizinische Berichte zu den Akten und holte auf Anforderung desselben weitere ärztliche Berichte ein (Urk. 5/202, 5/204, 5/210-211, 5/214, 5/218/3, 5/219, 5/221, 5/226-227, 5/230-231, 5/234, 5/237, 5/250-251, 5/256). Mit Verfügung vom 5. Dezember 2019 hielt die IV-Stelle am vorgesehenen Entscheid fest (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob X.____ am 21. Januar 2020 Beschwerde mit dem Antrag, es seien ihr unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung rückwirkend und für die Zukunft Leistungen der Invalidenversicherung zuzusprechen; eventualiter sei die Sache zu weiteren Abklärungen und zur Neubeurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2) . Die Beschwerdegegnerin schloss in der Vernehmlassung vom 20. Februar 2020 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 4), wovon der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 24. Februar 2020 Kenntnis gegeben wurde (Urk. 6).

Auf die Vorbringen der Parteien und die Akten wird, soweit für die Entscheidung erforderlich, nachfolgend eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin in der hier angefochtenen Verfügung vom 5. Dezember 2019 im Wesentlichen gestützt auf das Gutachten des B.____, gemäss welchem aus somatischer Sicht die angestammte Tätigkeit zu 60 %, eine mittelschwere, wechsellagernde Tätigkeit

zu 100 % zumutbar sei und aus psychiatrischer Sicht die zuvor diagnostizierte rezidivierende depressive Störung nicht bestätigt werden können. Die im Juni 2018 durchgeführte Kniearthroskopie habe lediglich eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit nach sich gezogen und die übrigen seit der Begutachtung eingeholten medizinischen Unterlagen liessen auch auf keine abweichende funktionelle Leistungsfähigkeit schliessen. Zusammengefasst sei die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Reinigungsangestellte in ihrem gewohnten Pensum von 60 % weiterhin arbeitsfähig, weshalb kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung bestehe (Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin hält dem entgegen, das Gutachten des B.____ sei mangelhaft und veraltet. Seit der Begutachtung seien zwei Einweisungen in psychiatrische Kliniken bei depressiven Störungen mit schweren Episoden und medizinische Eingriffe wie zum Beispiel eine Knieoperation notwendig geworden.

Dr. Z.____ habe sich sodann ungenügend mit den fachpsychiatrischen Vorakten auseinandergesetzt und die Beurteilung des somatischen Gesundheitszustandes durch das B.____ sei ohne Kenntnis der sodann festgestellten aktiven degenerativen Gelenksveränderungen ergangen. Insgesamt liege eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes vor. Aufgrund der Aktenlage sei nicht erstellt, dass die Beschwerdeführerin der angestammten Tätigkeit weiterhin zu 60 % nachgehen könnte. Bei guter Gesundheit wäre sie heute ohnehin zu 100 % arbeitstätig; gemäss den behandelnden Ärzten sei sie aber nicht mehr vermittelbar, mithin selbst in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 1 S. 2 ff.).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist nach der Rückweisung der Sache zur ergänzenden medizinischen Abklärung mit Urteil IV.2014.00049 vom 28. Mai 2015 weiterhin, ob die

Beschwerdegegnerin einen Leistungsanspruch und dabei insbesondere einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin auf Neuanmeldung vom 16. Mai 2012 hin zu Recht verneint hat, respektive ,

ob seit Erlass der Verfügung vom 28. September 2011 eine rentenrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. 3.

3.1

Wie unter E. 2.2 und 2.3 im Urteil IV.2014.00049 vom 28. Mai 2015 ausgeführt, lag der mit Urteil IV.2011.01159 vom 30. Dezember 2011 bestätigten, anspruch verneinenden Verfügung vom 28. September 2011 in medizinischer Hinsicht das Gutachten von Dr. Z.____ vom 23. Juni 2011 zugrunde (Urk. 5/167/4-5). Dr. Z.____ stellte keine psychiatrische Diagnose. Zwar schloss er nicht aus, dass die Beschwerdeführerin intermittierend vermehrte depressive Symptome im Rahmen der muskulo-skelettalen Schmerzen, der schmerzbedingten Schlafstörungen sowie der schmerzbedingten Schonhaltung und Dekonditionierung durchlebt habe; jedoch sei sie aus psychiatrischer Sicht nie über längere Zeit arbeitsunfähig gewesen. Dr. Z.____ konnte dazumal weder eine depressive Störung noch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bestätigen (Urk. 5/167/4-5). Eine Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes, der im Urteil IV.2009.00546 vom 31. Dezember 2010 ebenso wie der psychische als nicht objektivierbar beeinträchtigt beurteilt wurde (Urk. 5/87/10), stand nicht zur Diskussion. 3.2

Die Rückweisung im Urteil IV.2014.00049 vom 28. Mai 2015 erfolgte zusammengefasst mit der Begründung, dass die Aktenlage zwar eine Veränderung des psychischen Zustandes seit der anspruch abweisenden Verfügung vom 28. September 2011 nahelege, da sich nunmehr nicht nur der behandelnde Facharzt und die zuständigen Fachpersonen der C.____, sondern auch der beigezogene RAD-Psychiater Dr. med. D.____ gestützt auf seine Untersuchung vom 22. Januar 2013 für das Vorliegen einer depressiven Störung und einer Somatisierungsstörung/Schmerzstörung ausgesprochen hätten und selbst Dr. D.____ auf eine durch die depressive Störung verursachte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % seit Anfang 2012 geschlossen habe (vgl. Untersuchungsbericht von Dr. D.____ vom 24. Januar 2013, Urk. 5/133). Da die Beurteilung von Dr. D.____ aber diverse beweisrechtliche Mängel aufwies, er sich insbesondere auch nicht mit der in den Vorakten thematisierten Frage der Medikamentencompliance auseinandersetzte und sein Ausschluss einer Aggravation/Simulation angesichts der mehrfachen Hinweise in den medizinischen Akten auf ein demonstratives und inkonistentes Verhalten der Beschwerdeführerin zu kurz griff, liess sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht gestützt auf seine Einschätzung beurteilen. Nachdem auch die übrigen psychiatrischen Berichte keine abschliessende Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes im dazumal relevanten Zeitraum von Oktober 2011 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 26. November 2013 zuliesse, erwies sich eine ergänzende psychiatrische Abklärung als unabdingbar.

In somatischer Hinsicht erachtete das hiesige Gericht die Beurteilung der RAD-Ärztin med. pract.

E.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, wonach aus somatischer Sicht abgesehen von einem Verdacht auf eine Chondropathie beider Kniegelenke mit dem diagnostizierten generalisierten Ganzkörperschmerz ein unklares Beschwerdebild vorliege, welches keinen sicheren Schluss auf funktionelle Defizite und

eine dadurch verursachte Arbeitsunfähigkeit zulasse (Urk. 5/132), als nachvollziehbar und beweiswertig. Da sich der Verdacht einer Chondropathie der Kniegelenke aufgrund eines von der Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren eingereichten ärztlichen Berichtes zu einer MRI-Untersuchung zumindest betreffend das rechte Kniegelenk bestätigte (vgl. Urk. 5/157), und eine diesbezügliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Untersuchung durch med. pract. E.____ bis zum Erlass des angefochtenen Entscheids nicht ausgeschlossen werden konnte, wurde die Sache letztlich zu einer ergänzenden psychiatrischen und orthopädischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen (Urk. 5/167), welche in der Folge das B.____ mit der Begutachtung beauftragte. 3.3 3.3.1

Dr. Z.____ führte in seinem im Auftrag des B.____ erstellten Verlaufsgutachten vom 28. Januar 2016 aus, die Beschwerdeführerin sei anlässlich seiner Untersuchung vom 19. Januar 2016 neuerlich durch ein demonstrativ-inkonsistentes Verhalten aufgefallen. So sei sie nach einer halbstündigen Exploration plötzlich aufgestanden, habe sich verwirrt gezeigt, habe aber nach zirka 10 Minuten wieder kohärent den Weg zur Toilette erfragen können und sei ohne Begleitung ins Untersuchungszimmer zurückgekehrt. Bei fehlenden Hinweisen auf hirnorganische Veränderungen sei das Verhalten auf die gutachterliche Situation zurückzuführen. Dies gelte auch für die festgestellte Gedankeneinengung auf die Schmerzen, die klagsame Grundstimmung und die inneren Anspannungen sowie die Nervosität und die leicht reduzierte Schwingungsfähigkeit. Objektiv seien bei der Beschwerdeführerin weder eine depressive Stimmung, noch Antriebsstörungen oder ein Interessenverlust festzustellen, weshalb keines der gemäss ICD-10 definierten Hauptsymptome einer depressiven Störung diagnostiziert werden könne. Die belastende psychosoziale Situation und das jahrelange Versicherungsverfahren seien zwar als psychische Belastungen der Beschwerdeführerin anzunehmen, weshalb die intermittierenden depressiven Reaktionen im Rahmen von Anpassungsstörungen zu bestätigen seien; in der Längsschnittbeurteilung könne aber aus psychiatrischer Sicht trotz der intermittierenden Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Bei fehlenden Hinweisen auf bewusste/unbewusste emotionale Konflikte oder eine schwerwiegend belastende psychosoziale Situation könne auch keine Störung aus dem somatoformen Formenkreis diagnostiziert werden (Urk. 5/187/8 ff.) .

Zur Medikation und zur Compliance führte Dr. Z.____ aus, dass die Beschwerdeführerin gemäss der am 13. Januar 2016 durchgeführten Blutanalyse die verordneten Psychopharmaka nunmehr zwar eingenommen habe, allerdings sei einzig das Escitalopram im therapeutischen Bereich gelegen. Insgesamt beurteilte er das Verhalten der Beschwerdeführerin als inkonsistent (Urk. 5/187/9 f.) . Zu der von der C.____ in den Austrittsberichten vom 7. Mai 2015 (Aufenthalt vom 2. bis 13. April 2015, Urk. 5/169/1-3) und vom 29. September 2015 (Aufenthalt vom 2. bis 30. September 2015, Urk. 5/175/1-4) gestellten Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), hielt Dr. Z.____ unter Bezugnahme auf die Zuweisungsumstände und erhobenen Befunde fest, dass dieselben im Widerspruch zur Diagnose einer schweren depressiven Episode stünden und vielmehr für Anpassungsstörungen sprächen (Urk. 5/187/13 f.). 3.3.2

Anlässlich der rheumatologischen Abklärung durch Dr. F.____ klagte die Beschwerdeführerin über im Vordergrund stehende Nacken-/Kopfschmerzen mit einer

Intensität von 9-10 auf der Zehnerskala. Die Schmerzen würden noch schlimmer bei längerem Sitzen, Laufen und bei Ermüdung. Sie könne diese Schmerzen aber eigentlich kaum von den Schmerzen im ganzen Körper abgrenzen: Beide Arme und Beine sowie der Rücken würden ähnlich schmerzen. Zusätzlich bestünden Schmerzen in beiden Händen und die rechts betonten Beinschmerzen gingen vor allem vom Knie aus. Objektiv bestehe als Hauptbefund eine thorakale Hyperkyphose bei weitgehend fixierter Extension und Kopfprotraktion. Die Beweglichkeit der einzelnen Wirbelsäulenabschnitte sei, abgesehen von der Extension der Brustwirbelsäule, durch schmerzbedingte Einschränkungen gekennzeichnet, wobei diese nicht konsistent erschienen seien. Dies treffe auch für die oberen Extremitäten zu. Einzig im Bereich des rechten Knies bestehe eine objektive Hypertrophie des Hoffa'schen Fettkörpers sowie bei Prüfen des Zohlenzeichens eine leichte Schmerzhaftigkeit und eine leichte Atrophie des Unterschenkels, wobei hier eine partielle Gastrocnemiusruptur in Frage komme. Im Rahmen der zusätzlich durchgeführten Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL, vgl. Urk. 5/195/23-33) habe sich insgesamt eine schlechte Leistungsbereitschaft mit in vielen Bereichen Nichterreichen der «minimal Performance» und eine ungenügende Konsistenz gezeigt. In Kontrast zu den dargestellten Einschränkungen in den Tests und bei den klinischen Untersuchungen habe die Beschwerdeführerin eine normale Rotation im Sitzen beim Sortieren, ein unauffälliges Sitzen von gut 30 Minuten im Rahmen der Anamnese und einen qualitativ uneingeschränkten Test «Stossen» gezeigt. Die übrigen Tests seien bereits vor Erreichen der «minimal Performance» abgebrochen worden (Urk. 5/195/15-17).

1.2.3 Aus interdisziplinärer Sicht bestehe zusammengefasst ein chronisches Ganzkörpersyndrom, welches sich erstmals nach dem Unfallereignis von Oktober 2007 manifestiert habe. Das Beschwerdebild sei seither subjektiv und im Wesentlichen auch aktenanamnestisch weitgehend konstant beschrieben worden. Wie bereits anlässlich der MEDAS-Begutachtung 2008 hätten sich aber sowohl in der somatisch-klinischen wie auch anlässlich der psychiatrischen Untersuchung erhebliche Inkonsistenzen und keine ausgeprägten funktionellen Einschränkungen, welche eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit begründen würden, gezeigt. Die vorhandenen wenigen strukturellen nachvollziehbaren Probleme beträfen eine Beweglichkeitseinschränkung der Brustwirbelsäule sowie eine beginnende Kniearthrose rechts, wobei aufgrund der wenig ausgeprägten klinischen Symptomatik auf eine Verlaufsformgebung nach 2013 verzichtet worden sei. Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende Diagnosen gestellt (Urk. 5/195/18): - Zervikovertebrales, -zephales und -spondylogenes Syndrom - Anhaltend seit einer Heckkollision 10/2007 - Nur leichte degenerative Veränderungen - Im Rahmen einer chronischen Schmerzentwicklung - Wirbelsäulenfehlform

mit weitgehend fixierter thorakaler Hyperkyphose und Kopfprotraktion - Vorderer Knieschmerz rechts - Klinisch im Rahmen einer beginnenden Femoropatellararthrose - Muskuläre Dysbalance bei Status nach Gastrocnemiusruptur 2012

Keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit massen die beteiligten Gutachter unter anderem dem ausgeprägten dysfunktionellen Krankheitsverhalten und dem Status nach akuten Anpassungsstörungen mit depressiven Reaktionen (ICD-10 F43.21), gegenwärtig ohne Hinweise auf Gefühlsstörungen mit Krankheitswert und ohne fassbare neurokognitive Defizite von konsistentem Ausmass, bei.

Unter Berücksichtigung der strukturell-organischen Veränderungen seien der Beschwerdeführerin mittelschwere, wechselpositionierte Tätigkeiten mit einem

idealerweise höheren Anteil sitzender Tätigkeit zumutbar, wobei sich die Einschränkungen hauptsächlich aufgrund der Knieproblematik rechts ergäben. Aufgrund der Einschränkungen der Brustwirbelsäulenextension könnten Arbeiten über Schulterhöhe höchstens manchmal ausgeübt werden; ebenfalls ungünstig seien länger dauernde monoton-repetitive Tätigkeiten mit den oberen Extremitäten aufgrund der daraus folgenden Zwangshaltung im Bereich des Nacken-/Schulter-/Brustwirbelsäulenbereichs. Für die angestammte Tätigkeit in der Reinigung bestehe seit 2012 (verstärktes Auftreten der Beschwerden im Bereich des rechten Knies) einzig aufgrund der Knieprobleme eine Einschränkung in der Leistungsfähigkeit zwischen 30 und 50 % bezogen auf ein 100 % -Pensum; in einer angepassten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin ganztätig arbeitsfähig ohne weitere zeitliche Einschränkung oder Leistungsminderung. Aus interdisziplinärer Sicht ergebe sich seit 2012 keine nachvollziehbare Veränderung des Gesundheitszustandes. Die durchgehend attestierte Arbeitsunfähigkeit der behandelnden Ärzte sei nicht plausibel, einzig während der Hospitalisation habe theoretisch infolge der Therapiepräsenz eine Arbeitsunfähigkeit bestanden (Urk. 5/195/19 ff.). 3.4

Eine im G.____ am 12. Juli 2016 durchgeführte

Ganzkörper-Skelettszintigraphie zeigte deutlich aktive degenerative Veränderungen, jedoch ohne eine entzündliche Veränderung (Urk. 5/202/1). 3.5

Dr. med. H.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Handchirurgie FMH, untersuchte die Beschwerdeführerin am 12. September 2016. Er beurteilte die skelettszintigraphisch festgestellte Rhizarthrose beidseits als milde und ordnete sie als lediglich nebenbefundlich ein

(Urk. 5/219/4-5). 3.6

Wegen einer Synkope mit anschliessender Hyperventilation mit Schwindel stellte sich die Beschwerdeführerin am 1. Oktober 2016 notfallmässig im Y.____ vor. Die im Verlauf der bis 5. Oktober 2016 dauernden Hospitalisation erfolgten Abklärungen (unter anderem: EKG, CT und MRI Schädel, Duplexsonographie) fielen allesamt unauffällig aus. Die Synkope wurde diagnostisch als am ehesten multifaktoriell bei Hyperventilation und chronischem Schwindel eingereiht (Urk. 5/210/15-21). 3.7

Der Facharzt für Neurologie, Dr. med. I.____, stellte aufgrund seiner Untersuchung vom 6. Oktober 2016 die Diagnose einer Cervicobrachialgie beidseits, wahrscheinlich spondylogen, bei Rhizarthrose beidseits und einem Verdacht auf eine Epicondylitis humeri lateralis und medialis beidseits, eine chronische Migräne und einen Diabetes mellitus Typ 2. Die Beschwerdeführerin habe sich mit einer chronischen Cervicobrachialgie mit chronischem Kopfschmerz präsentiert, wobei sich mehrere Probleme überlagerten. An den Händen könne von einer Rhizarthrose beidseits ausgegangen werden. Die proximalen Schmerzen seien wahrscheinlich spondylogen bedingt; für eine differentialdiagnostisch zu erwägende cervico-radikuläre Problematik ergäben sich aufgrund des MRI vom 8. Mai 2015 keine Anhaltspunkte. Gemäss Klassifikation der International Headache Society leide die Beschwerdeführerin seit dem HWS-Distorsionstrauma 2007 an einer chronischen Migräne, welche in der Regel mit Nackenschmerzen einhergehe (Urk. 5/210/13). 3.8

Der seit Mai 2015 behandelnde Facharzt für Chirurgie, Chiropraktor SAMM, Dr. med. J.____, erklärte in seinem Bericht zuhelfenden der Beschwerdegegnerin vom 13. Dezember 2016, dass die Beschwerdeführerin aus psychischen Gründen vom behandelnden Psychiater

zu 100 % krankgeschrieben sei . Sie laufe wegen ihrer Fusschmerzen am Stock und könne ihre angestammte Tätigkeit seit 3 1. Mai 2015 weder körperlich noch geistig ausüben (Urk. 5/210/1-3).

Am 1 3. März 2018 hielt er an diese r Beurteilung fest und erklärte, der Beschwerdeführerin wäre im Sinne einer Beschäftigung theoretisch eine leichte Tätigkeit für einen halben Tag vorwiegend im Sitzen möglich; eine von ihr gewünschte Hilfe beim Sich-Waschen, im Haushalt und den Einsatz der Spitex habe er medizinisch nicht begründen können (Urk. 5/227/5). Der vom 2 0. Juni bis 2 7. Oktober 2016 behandelnde Dr. med. K.____ , Facharzt für Rheumatologie/Innere Medizin , erachtete die Beschwerdeführerin in seinem undatierten Bericht aufgrund des schwerst chronifizierten Schmerzsyndroms mit somatischen und psychischen Symptomen als in jeder Tätigkeit arbeitsunfähig (Urk. 5/211/1-5).

3.9

Aufgrund in den letzten Monaten anamnestisch deutlich zunehmenden Knie schmerzen unterzog sich die Beschwerdeführerin am 1 6. Januar 2018 einer Untersuchung im L.____ der M.____ . Gestützt auf bildgebende Verfahren (Röntgen vom 1 6. Januar 2018 und MRI vom 1 8. Dezember 2017 , Urk. 5/227/10) und den klinischen Befund schlossen die zuständigen Ärzte auf eine beginnende medial betonte Gonarthrose Knie rechts mit/bei einem S tatus nach anamnestisch 3-4maligen Kortisoni n filtrationen und degenerativen Veränderungen des Innenmeniskus sowie einem freien Gelenkskörper ventral des VKB's. Bei im Vordergrund stehenden zervikobrachialen Beschwerden sowie angesichts der komplexen Situation standen die beteiligten Ärzte einem operati ven Vorgehen vorerst kritisch gegenüber und empfahlen Physiotherapie (Urk. 5/226/7-9) . 3.10

Am 1 1. Juni 2018 unterzog sich die Beschwerdeführerin in der M.____ einer Kniearthroskopie mit medialer Teilmeniskektomie und einem Abschleifen des ventralen Gelenkskörpers (Urk. 5/237/5-6). Anlässlich der Verlaufsuntersu chung vom 2 4. Juli 2018 berichtete sie über einen guten Verlauf, wenngleich noch deutliche Restbeschwerden im Sinne von Ganzkörperbeschwerden bestün den (Urk. 5/237 /7). 3.11

Am 2 9. April 2019 berichtete Dr. J.____ über einen stationären Verlauf. Die Beschwerdeführerin komme mit ihrem Multibeschwerdebild, Weichteilschmerzen an den Extremitäten und am Rücken sowie immer Schwindel und Antriebslosig keit. Alle bisherigen Massnahmen hätten nicht geholfen. Die festgestellten und objektivierbaren Beschwerden de s Diabetes und der Hypertonie seien gut eingestelt und behandelt. Die Beschwerdeführerin sei nicht vermittelbar, könne aber für zwei Stunden täglich eine leichte sitzende Tätigkeit ausüben im Sinne einer Beschäftigung (Urk. 5/250). 3.12

Vom 2 1. Juni bis 1 9. Juli 2019 unterzog sich die Beschwerdeführerin zum insge samt 5. Mal einer stationären Therapie in der C.____ , N.____ . Die psychiatrischen Diagnosen lauteten auf eine rezidivierende depressive Stö rung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotis che Symptome (ICD-10 F33.2) und eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0). Neben der klinischen Befundung kamen testpsychologische Verfahren zur Erhebung der depressiven Störung zur Anwendung. Dabei resultierte im durchgeführten Beck-Depressions-Inventar (BDI) ein Wert von 48 Punkten einer schweren Depression entsprechend. Gemäss der sogenannten Hamilton Depressionsskala (HAMD) habe die Beschwerdeführe rin 14 Punkte erzielt, was einer leichten Depression entspreche. Sie sei bezüglich der Depression in remittiertem und bezüglich der Somatisierungsstörung in

gebessertem Zustand in die vorbestehenden Verhältnisse einfließen worden (Urk. 5/256/1-6). 3.13

Dipl. med. O.____, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, nahm am 29. Juni und am 6. November 2019 für den RAD Stellung. Die im Juni 2018 erfolgte Kniearthroskopie mit Teilmeniskektomie habe nur vorübergehend eine Arbeitsunfähigkeit bedingt. Auch der Bericht von Dr. J.____ vom März 2018 und dessen Beilagen liessen keine andere Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit zu, da alles im Wesentlichen bekannt und im Gutachten gewürdigt worden sei. Der Bericht der C.____

über den stationären Aufenthalt im 2019 lasse Zweifel an der Diagnose einer schweren depressiven Episode aufkommen. Die subjektive Einschätzung der Beschwerdeführerin bei Eintritt (BDI) habe einer schweren, die objektive (HAMD) nur einer leichten depressiven Episode entsprochen. Zudem sei die Depression bei Austritt remittiert gewesen und die Schmerzsymptomatik gebessert. Somit sei wohl das subjektive Krankheitsempfinden im Vordergrund gestanden (Urk. 5/261/6 und 5/261/8). 4.4.1

Die Beschwerdeführerin stellte für die Ermittlung des medizinisch rechtserheblichen Sachverhaltes im hier massgebenden Zeitraum von Oktober 2011 (vgl. E. 3) bis zum Erlass des angefochtenen Entscheids vom 5. Dezember 2019, welcher rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbeurteilung bildet (BGE 134 V 392 E. 6, 132 V 215 E. 3.1.1 mit Hinweisen), im Wesentlichen auf das Gutachten des B.____ vom 5. April 2016 (Urk. 5/195) und das darin interdisziplinär mit berücksichtigte Verlaufsgutachten von Dr. Z.____ vom 28. Januar 2016 (Urk. 5/187) ab.

Das Gutachten des B.____ entspricht den von der Rechtsprechung konkretisierten Anforderungen zum Beweiswert eines ärztlichen Berichts (E. 1.3). So beruht es auf umfassenden Untersuchungen, berücksichtigt die medizinischen Vorakten ebenso wie die geklagten Beschwerden und setzt sich insbesondere mit dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander, was angesichts der den Vorakten zu entnehmenden Hinweise auf eine zweifelhafte Medikamentencompliance sowie ein demonstratives und inkonsistentes Verhalten unabdingbar war (vgl. E. 3.3 im Urteil IV.2014.00049, Urk. 5/167/10). Sodann leuchtet es in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein. Es erfüllt damit die formalen Anforderungen an ein beweiskräftiges medizinisches Gutachten (E. 1.3). 4.2.4.2.1

Was die Beurteilung des somatischen Gesundheitszustandes im Gutachten des B.____ anbelangt, mass Dr. F.____ den strukturell-organischen Veränderungen im Bereich des rechten Knies nachvollziehbar eine Leistungseinschränkung in der angestammten, vorwiegend gehend-stehenden Tätigkeit von im Durchschnitt 40 % bei. Nachdem der anspruchsverneinenden Verfügung vom 28. September 2011 die Annahme zugrunde lag, dass seit Erlass der Verfügung vom 28. April 2009 keine gesundheitliche Verschlechterung eingetreten sei, mithin weder aus psychischer noch aus physischer Sicht objektivierbare Beeinträchtigungen vorliegen seien (vgl. dazu: Urteil IV.2011.01159 vom 30. Dezember 2011 E. 3 f., Urk. 5/113/5 ff.), liegt mit der nunmehr bestätigten Einschränkung in der angestammten Tätigkeit aufgrund der strukturell-organischen Veränderungen im rechten Kniegelenk ein Revisionsgrund vor, weshalb der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen ist, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Dass Dr. F.____ neben der Knieproblematik als strukturell-organisch nachvollziehbares Problem mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit lediglich noch die Beweglichkeitseinschränkung der Brustwirbelsäule aufgrund der thorakalen Hyperkyphose mitberücksichtigte (Urk. 5/195/17 f.), erweist sich im Lichte der klinischen Befunde, welche sich abgesehen von der BWS-Extension durch nicht konsistent erscheinende schmerzbedingte Einschränkungen auszeichneten und auf keine weiteren funktionellen Einschränkungen schliessen liessen (Urk. 5/195/ 17 ff.), als begründet. Dies gilt umso mehr, als sich auch im Rahmen der EFL eine insgesamt schlechte Leistungsbereitschaft der Beschwerdeführerin zeigte mit ungenügender Konsistenz und nicht zuverlässiger Leistungsbereitschaft, was eine Objektivierung der funktionellen Leistungseinschränkung aufgrund der Selbstlimitierung der Beschwerdeführerin verhinderte (Urk. 5/195/1 ff.). Ein im P.____ durchgeführtes MRI der HWS vom 8. Mai 2015 liess sodann lediglich leichte degenerative Veränderungen im Bereich C3 bis C6 erkennen, jedoch weder Herniationen noch Rezessuseinengungen (erwähnt in: Urk. 5/195/16).

Soweit die Beschwerdeführerin einwendet, das Gutachten des B.____ vom 5. April 2016 sei im Zeitpunkt des Verfügungserlasses vom 5. Dezember 2019 veraltet gewesen (Urk. 1 S. 12 ff.), ist darauf hinzuweisen, dass sich gesundheitliche Veränderungen nicht allein aus neuen Ergebnissen bildgebender Untersuchungen ergeben. Im Zusammenhang mit den in der Ganzkörper Skelettszintigraphie vom 12. Juli 2016 festgestellten aktiven degenerativen Veränderungen im Bereich des ISG, der Hände, Füsse und Knie sowie der Lendenwirbelsäule gilt vielmehr, dass für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Zusammenhang mit Degenerationen in erster Linie die klinischen Befunde massgeblich sind (Urteile des Bundesgerichts 9C_126/2019 vom 19. Juni 2019 E. 4.4.1; 9C_491/2017 vom 26. September 2017 E. 4.1). Die in der rheumatologischen Untersuchung von Dr. F.____ im Januar 2016, mithin wenige Monate zuvor erhobenen klinischen Befunde liessen aber, abgesehen von der Knieproblematik rechts und der Beweglichkeitseinschränkung im Bereich der BWS, auf keine erheblichen, klinisch feststellbaren Einschränkungen schliessen (vgl. oben). Bezeichnenderweise liess sich im Szintigramm vom 12. Juli 2016 denn auch keine entzündliche Komponente im Zusammenhang mit den Degenerationen feststellen (Urk. 5/202/1) und Dr. I.____ schloss am 7. Oktober 2016 Anhaltspunkte für eine cervico-radikuläre Problematik aus (Urk. 5/210/13). Was die festgestellte Rhizarthrose anbelangt, erachtete Dr. H.____ dieselbe als milde, bezeichnete sie explizit als nebenbefundlich und stellte die Diagnose eines diffusen Schmerzbildes mit generalisiertem Schmerzsyndrom in den Vordergrund (Urk. 5/219/4 f.) . Dies spricht ebenso gegen einen massgeblichen Einfluss der Rhizarthrose auf die Leistungsfähigkeit, wie der Umstand, dass Dr. J.____ dieselbe weder in seinem Bericht vom 13. Dezember 2016 (Urk. 5/201/1-4) noch in demjenigen vom 29. April 2019, in welchem er von einem stationären Zustand ausging (Urk. 5/250/1-2), erwähnte.

Was die am 11. Juni 2018 durchgeführte Kniearthroskopie (Urk. 5/237/5-6) anbelangt, schlossen die zuständigen ärztlichen Fachpersonen der M.____ noch am 16. Januar 2018 aufgrund der klinischen und bildgebenden Befunde auf eine erst beginnende medial betonte Gonarthrose des rechten Knies, wobei die von der Beschwerdeführerin geklagten zervicobrachialen Beschwerden als im Vordergrund stehend bezeichnet und ein operatives Vorgehen (noch) nicht als angezeigt erachtet wurden (Urk. 5/226/7-8). Dass der RAD-Arzt Dipl. med.

O.____ angesichts dessen sowie des positiven postoperativen Verlaufs (Urk. 5/237/5) auf eine lediglich vorübergehende Arbeitsunfähigkeit infolge der Knieoperation schloss, letztlich aber an der Einschätzung des B.____ festhielt , in welcher die Kniebeschwerden angemessen berücksichtigt wurden (Urk. 5/261/6), ist nicht zu beanstanden. Die am 1. Oktober 2016 erlittene Synkope konnte vom Y.____ sodann trotz umfassender Abklärungen keiner objektiven Ursache zugeordnet werden (Urk. 5/210/18). Im Zusammenhang mit den von der Beschwerdeführerin als seit dem Unfall 2007 bestehend geklagten Schwindelbeschwerden wurde zwar eine neurologische Abklärung empfohlen (Urk. 5/210/17-18). Angesichts des bereits im polydisziplinären Gutachten der MEDAS Q.____ vom 13. November 2008 festgestellten Ausschlusses von konsistenten und objektiven Befunden, aufgrund welcher auf neurologischem Gebiet auf ein Störungsbild im Bereich des zentralen und peripheren Nerven-Systems geschlossen werden könnte (Urk. 5/29/28; vgl. auch E. 4.8 im Urteil IV.2009.00546 vom 31. Dezember 2010, Urk. 5/87 / 10), drängten sich aber weder zur Abklärung des Schwindels noch der von Dr. I.____ diagnostizierten Migräne aufgrund der von der Beschwerdeführerin ebenfalls als seit dem Unfall bestehend geklagten Kopfschmerzen (Urk. 5/210/13-14) weitere Abklärungen auf.

Zusammengefasst stützte sich die Beschwerdegegnerin für die Beurteilung des somatischen Gesundheitszustandes zu Recht auf das Gutachten des B.____ und durfte entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin auch unter Berücksichtigung der übrigen medizinischen Aktenlage auf weiterführende Abklärungen verzichten (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Dass die behandelnden Ärzte Dr. J.____ und Dr. K.____ zu anderslautenden Einschätzungen gelangten (Urk. 5/210/1-3, 5/227/5, 5/211/1-5) , ändert an dieser Schlussfolgerung nichts , benannten sie doch keine Aspekte , 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]).

Entsprechend ist erstellt , dass die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht seit 2012 in der angestammten Tätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit zu 40 % eingeschränkt ist, in einer körperlich angepassten Tätigkeit entsprechend dem unter Ziff. 5.2 im Gutachten definierten Leistungsprofil (Urk. 5/195/20) dagegen zu 100 % arbeitsfähig ist. Ob sich im Anschluss an die am 11. Juni 2018 durchgeführte Knieoperation angesichts des dokumentierten positiven Verlaufes die Annahme einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit überhaupt noch rechtfertigt , kann offenbleiben, resultiert doch – wie nach folgend dargelegt

– ohnehin kein Leistungsanspruch . 4.2.2

Bei der psychiatrischen

Untersuchung vom 19. Januar 2016 durch

Dr. Z.____

fiel die Beschwerdeführerin gemäss Einschätzung des Gutachters

neuerlich, wie schon anlässlich der Voruntersuchung vom 15. Juni 2011, durch ein inkonsistent-demonstratives Verhalten auf, welches keiner Pathologie zuordenbar war . Zwar habe die Beschwerdeführerin gemäss der durchgeführten Blutanalyse vom 13. Januar 2016 nunmehr die verordneten Medikamente eingenommen, jedoch sei lediglich der Wirkstoff Escitalopram im therapeutischen Bereich gelegen (Urk. 5/187/9). Dass das

schlaffördernde Antidepressivum Trazadon (gemeint: Trittico), von welchem die Beschwerdeführerin gemäss im Gutachten aufgeführter Medikation und behaupteter Tabletteneinnahme angeblich insgesamt 200 mg abends einnahm (Trittico 1 à 100 mg, Trittico retard 2/3 von 150 mg) ,

trotz behaupteter massiver Schlafstörung (Urk. 5/187/6) weitgehend unter dem therapeutischen Bereich lag (Urk. 5/187/9 f.), wurde von Dr. Z.____ sodann nachvollziehbar als nicht konsistent zum Ausmass der geschilderten Beschwerden beurteilt.

Der Diagnosestellung von Dr. Z.____ lagen nebst dem klinischen Befund zwei testpsychologische Verfahren (Montgomery-Asberg Depression Scale, MADRS, Mini-ICF-APP) zugrunde, welche auf keine depressive Symptomatik respektive eine lediglich leichte Beeinträchtigung der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit hindeuteten. Auch konnte Dr. Z.____ keines der drei Hauptsymptome einer depressiven Störung gemäss ICD-10 erkennen (Urk. 5/187/7), weshalb er nachvollziehbar

wiederum auf keine aktuell vorliegende Störung aus dem depressiven Formenkreis schloss. Dass er in Auseinandersetzung mit den bisherigen medizinischen Akten folgerte, dass Dr. D.____ im seinem Bericht vom 24. Januar 2013 keinen Psychostatus dokumentiert habe, weshalb er zur darin postulierten mit teilsgradigen depressiven Störung keine Stellung nehmen könne (Urk. 5/187/13), obwohl Dr. D.____ unter Ziffer 8 seines Untersuchungsberichts vom 24. Januar 2013 seinen psychopathologischen Befund dokumentierte (Urk. 5/133/4), spricht sodann entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 13) nicht gegen die Beweiskraft des Gutachtens von Dr. Z.____, wurde doch die Beurteilung von Dr. D.____ bereits im Urteil IV.2014.00049 vom 28. Mai 2015 Beweisrechtlich aus diversen Gründen, auch wegen Widersprüchen zwischen Befund und Beurteilung als ungenügend erachtet (Urk. 5/167/10).

Was die in diagnostischer Hinsicht abweichenden Beurteilungen der C.____ vom 7. Mai 2015 (Urk. 5/169/1-3), 29. September 2015 (Urk. 5/175/1-4) und vom 21. August 2019 (Urk. 5/256/1-6) anbelangt, ist zunächst keinem der Berichte eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu entnehmen. Weiter fällt auf, dass

die anhand des Systems der "Arbeitsgemeinschaft Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie" (AMDP) in den Berichten vom 7. Mai und 29. September 2015 erhobenen psychopathologischen Befunde bei Aufnahme kaum auf eine schwere depressive Episode im Sinne von ICD-10 F32.2 schliessen lassen, wird

doch von den in den diagnostischen Leitlinien verlangten typischen Symptomen

(vgl. Dilling/Freyberger [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), 10. Auflage, 2015, S. 174) keines in besonders ausgeprägter Weise geschildert. Auch wurde die Beschwerdeführerin weder als suizidal, noch als erheblich verzweifelt oder agitiert beschrieben (Urk. 5/169/1-3, 5/175/1-5). Anlässlich des stationären Aufenthalts vom 21. Juni bis 19. Juli 2019 klagte sie wie in den beiden Aufenthalten zuvor über verstärkte Schmerzen als Auslöser der aktuellen Krise (Urk. 5/256/2), was den Schluss von Dr. Z.____ auf das Vorliegen «bloßer» Anpassungsstörungen als Reaktion auf psychosoziale Belastungen und Schmerzen untermauert. Wie dipl. med.

O.____ in seiner Stellungnahme vom 6. November 2019 zu Recht folgerte (Urk. 5/261/8), lässt zudem der Umstand, dass sich im durchgeführten Beck-Depressions-Inventar (BDI) ein Wert gezeigt habe, der für eine schwere depressive Symptomatik spreche, gemäss der

ebenfalls durchgeführten HAMD aber lediglich ein Wert von 14 Punkten, einer leichten Depression entsprechend resultierte (vgl. Urk. 5/256/4), Zweifel an der gestellten Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig s schwere Episode, aufkommen . Hier ist darauf hinzu weisen, dass es sich beim BDI um ein Selbstbeurteilungsinstrument handelt, bei der Hamilton Depressionsskala dagegen um ein Fremdbeurteilungsinstrument (Urteil des Bundesgerichts 9C_302/2018 vom 12. Juli 2018 E. 4.2.2 f.), was die Feststellungen von Dr. Z.____ und

Dr. F.____ zum insgesamt in konsistenten und demonstrativen Verhalten der Beschwerdeführerin mit diversen Widersprüchlichkeiten (Urk. 5/187/11, 5/195/21) untermauert. Im Lichte dessen sowie insbesondere auch unter Berücksichtigung des im Rahmen der EFL gezeigten Verhaltens der Beschwerdeführerin mit deutlich fehlender Leistungsbereitschaft und Selbstlimitierung ist denn auch nicht zu beanstanden, dass Dr. Z.____ , wie schon in seinem Gutachten vom 23. Juni 2011 (Urk. 5/92/7) in Übereinstimmung mit dem Gutachten der MEDAS Q.____ vom 13. November 2008 (Urk. 5/29/28) das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung weiterhin ausschloss (Urk. 5/187/11) .

Damit aber rechtfertigen sich keine ernsthaften Zweifel an der Schlussfolgerung von Dr. Z.____ , wonach sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit seiner letzten Beurteilung vom Juni 2011 substantiell nicht massgeblich und dauerhaft verändert hat. Dass er dannzumal die als möglich erachteten intermittierend vermehrten depressiven Symptome noch keiner Diagnose zugeordnet hatte (Urk. 5/92/6), nunmehr aber auf einen Zustand nach akuten Anpassungsstörungen mit depressiven Reaktionen (ICD-10 F43.21) schloss (Urk. 5/187/7), spricht nicht für eine dauerhafte Verschlechterung des psychischen Zustandes, sondern vielmehr dafür, dass Dr. Z.____ den sich aus den medizinischen Akten ergebenden wiederholten psychischen Krisen der Beschwerdeführerin im Rahmen der Diagnosestellung angemessene Rechnung trug.

Dass er den lediglich anamnestisch diagnostizierten Anpassungsstörungen keine längerdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beimass (Urk. 5/187/9), deckt sich insofern mit der Aktenlage, als die C.____ die depressiven Episoden in ihren Austrittsberichten als jeweils teilweise bis ganz remittiert beurteilte (vgl. Urk. 5/169/3, 5/175/3, 5/227/21 , 5/256/5). 4.2.3

Ob im Falle remittierter Anpassungsstörungen überhaupt ein strukturiertes Beweisverfahren respektive eine Indikatorprüfung im Sinne von BGE 141 V 281 erforderlich ist (vgl. dazu: BGE 143 V 409 E. 4.5.3; 418 E. 7.1), kann offen bleiben .

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann nämlich dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder geeignet ist. Es bleibt daher etwa dann entbehrlich, wenn für eine - länger dauernde (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) - Arbeitsunfähigkeit nach bestehender Aktenlage keine Hinweise bestehen oder eine solche im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte 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). Hiervon ist nach dem oben Gesagten auszugehen, zumal Voraussetzung für die Annahme einer durch die Anpassungsstörungen bedingten Invalidität Bedingung wäre, dass sie abgrenzbar wäre zum diskrepanten und widersprüchlichen Verhalten der

Beschwerdeführerin, was hier mehr als fraglich erscheint (vgl. obige E. 1.2). 4.2.4

Damit aber bleibt es bei der unter E. 4.2.1 festgestellten Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. 5. 5.1

Sowohl bei der erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch bei der Rentenrevidierung 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 Beschwerdegegnerin legte dem angefochtenen Entscheid die Annahme zugrunde, die Beschwerdeführerin ginge im Gesundheitsfall einer 60%igen Erwerbstätigkeit nach und verrichtete zu 40 % den Haushalt (vgl. Urk. 5/261/10). Angesichts der 60%igen Arbeitsfähigkeit selbst in der angestammten Tätigkeit und einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ging sie davon aus, dass jedenfalls kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe und verzichtete auf die Durchführung einer Haushaltsabklärung. Die Beschwerdeführerin lässt dagegen geltend machen, sie wäre im Gesundheitsfall zu 100 % arbeitstätig (Urk. 1 S. 15).

Da selbst unter der von der Beschwerdeführerin behaupteten Annahme einer 100%igen Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall, wie nachfolgend ausgeführt, kein Leistungsanspruch besteht, sind Weiterungen zur Statusfrage obsolet. 5.2 5.2.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1). 5.2.2

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist auf die Angaben des Y. ___ zum im Jahr 2008 erzielbaren Lohn von Fr. 32'261.95 für ein 60 % -Pensum (Urk. 5/17/3) abzustellen, fehlen doch Hinweise darauf, dass die Beschwerdeführerin ihre zuletzt bis zum Unfall vom 5. Oktober 2007 ausgeübte Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden nicht fortgesetzt hätte (BGE 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1).

Hochgerechnet auf ein 100 % -Pensum und der Nominallohnentwicklung bis ins 2012 angepasst (frühest möglicher Rentenbeginn nach der Neuanmeldung vom 16. Mai 2012, Art. 29 Abs. 1 IVG) führt dies zu einem hypothetischen Valideneinkommen von Fr. 56'588.60

(Fr. 32'261.95

: $60\% \times 100\% : 2499 \times 2630$: vgl. Bundesamt für Statistik, Tabelle 39, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976-2009 und 2010-2018, 2499 Punkte im Jahr 2008, 2 630 im Jahr 2012). 5.2.3

Da der Beschwerdeführerin die bisherige Arbeitstätigkeit in der Reinigungsbranche nur noch zu 60 % , eine angepasste Tätigkeit dagegen uneingeschränkt zumutbar ist und sie

lediglich über eine Anlehre als medizinische Reinigungskraft verfügt (Urk. 5/4/4), sind zur Bemessung des Invalideneinkommens die Tabellen löhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2012 heranzuziehen, wobei das standardisierte monatliche Einkommen für weibliche Hilfskräfte (LSE 2012, TOTAL in der Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, Frauen) von Fr. 4'112.-- heranzuziehen ist. Dieses monatliche Einkommen ist unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Arbeitszeit im Jahr 2012 von 41,7 Stunden pro Woche (vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [NOGA 2008], in Stunden pro Woche, 2004-2018, TOTAL) auf ein Jahreseinkommen für eine 100%ige Tätigkeit hochzurechnen, was Fr. 51'441.10 ergibt (Fr. 4'112.-- x 12 : 40 x 41,7).

Anlass zur Gewährung eines sogenannt leidensbedingten Abzugs vom Tabellen lohn (BGE 126 V 75) besteht nicht, ist doch der Beschwerdeführerin eine angepasste Tätigkeit ohne weitere Einschränkungen wie zusätzliche Pausen zu 100 % zumutbar. Zum Faktor Alter ist festzuhalten, dass sich dieser nicht (zwingend) lohnsenkend auswirkt, weil Hilfsarbeiten auf dem massgebenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) altersunabhängig nachgefragt werden (BGE 146 V 16 E. 7.2.1 mit Hinweisen). Was den Ausländerstatus anbelangt, ist ebenfalls kein Abzug angezeigt, verdienen doch Frauen mit Niederlassungsbewilligung (Kategorie C , Urk. 5/5/1) ohne Kaderfunktion zwar weniger als Schweizerinnen (LSE 2012, Tabelle T12_b, Frauen, Median), aber dennoch mehr als das für die Invaliditätsbemessung herangezogene mittlere Einkommen (LSE 2012, Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, Frauen, Total; Urteil des Bundesgerichts 9C_857/2017 vom 24. August 2018 E. 4.3.2; vgl. auch Urteil 9C_401/2018 vom 6. November 2018 E. 5.2.3). 5.3

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 56'588.60 und einem Invalideneinkommen von Fr. 51'441.10 ergibt sich eine Einkommenseinbusse von Fr. 5'147.50 (Fr. 56'588.60 - Fr. 51'441.10) und damit ein Invaliditätsgrad von nur 9 % (Fr. 5'147.50 : Fr. 56'588.60 x 100).

Dieser Invaliditätsgrad steht sowohl einem Rentenanspruch als auch einem Anspruch auf Umschulung (Art. 17 IVG, BGE 139 V 399 E. 5.3) entgegen . Die Beschwerde ist nach dem Gesagten abzuweisen. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tomas Kempf -
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 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

E. 4

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, Art.

E. 7

und

E. 8

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), zum Rentenanspruch (Art. 28 IVG) und zur Neuanmeldung (Art. 17 ATSG; Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV ; BGE 139 V 71) wird verwiesen. 1 .2

Zu ergänzen ist, dass die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraussetzt (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 13

E. 9

V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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).

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