

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00446 vom 11. Januar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-01-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00446

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00446 du 11 janvier 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00446 del 11 gennaio 2017

Erwägungen

E. 1

Ziff.

3.2.6; Urk.

7/122). Unter Hinweis auf diverse somatische Beschwerden sowie eine reaktive Depression meldete sie sich nach erfolgter Meldung zur Früherfassung vom 15.

Oktober 2015 (Urk.

7/8) bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk.

7/11), wobei das Anmeldeformular am 23.

Oktober 2015 bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, einging (Eingangsstempel Urk.

7/11 sowie Aktenverzeichnis zu Urk.

7). Die se klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und verneinte nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk.

7/33 = Urk.

7/41, Urk.

7/43, Urk.

7/46/2-3, Urk.

7/59) mit Verfügung vom 11.

Januar 2017 einen Leistungsanspruch (Urk.

7/67).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art.

E. 1.2

).

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 10.

E. 1.3

Sowohl bei der erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch bei der Rentenrevision und im Neuanmeldungsverfahren ist die Methode der Invaliditätsbemessung (Art.

28a IVG) zu bestimmen (BGE

144 I 28 E.

2.2, 117 V 198 E.

3b).

Die für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganzjährig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen (vgl. Art.

27 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 144 I 28 E.

2.3, 141 V 15 E.

3.1, 137 V 334 E.

3.2, 125 V 146 E.

2c, 117 V 194 E.

3b).

Die Beantwortung der Statusfrage erfordert zwangsläufig eine hypothetische Beurteilung, die auch die hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen hat. Diese Entscheidungen sind als innere Tatsachen wesensmässig einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in der Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (vgl.

BGE 144 I 28 E.

2.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_178/2021 vom 11.

Mai 2021 E.

3.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Gemäss dem in Art.

27 bis

Abs.

2–4

IVV per 1.

Januar 2018 eingeführten neuen Berechnungsmodell für die Festlegung des Invaliditätsgrads von teilerwerbstätigen Versicherten nach der gemischten Methode (Art. 28a Abs.

3

IVG) werden der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit und der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich – weiterhin – summiert (Art.

27 bis Abs.

2 IVV). Die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Erwerbstätigkeit richtet sich nach Art.

16 ATSG, wobei das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet wird (Art.

27 bis Abs.

3 lit .

a IVV) und die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrads, den die versicherte Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet wird (Art.

27 bis Abs.

3 lit .

b IVV). Für die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt. Der Anteil wird anhand der Differenz zwischen dem Beschäftigungsgrad nach Absatz 3

lit .

b und einer Vollerwerbstätigkeit gewichtet (Art.

27 bis Abs.

4 IVV).

E. 1.5

).

E. 1.6

) erlaubt, kann es vorliegend als Grundlage für die Rentenprüfung dienen.

E. 1.7

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE

143

V

418, 143

V

409, 141

V

281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E.

4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätensniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E.

4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15.

März 2018 E. 7.4).

E. 1.8

Über das Zusammenwirken von Recht und Medizin bei der konkreten Rechtsanwendung hat sich das Bundesgericht verschiedentlich geäussert. Danach ist es sowohl den begutachtenden Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung aufgegeben, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien zu beurteilen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht. Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Seine Einschätzung ist eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 141 V 281 E.

5.2.1).

Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere darauf hin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des

strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts

abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweis themen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 144 V 50 E.

E. 1.9

), weshalb grundsätzlich unbe strittener w eise (E.

2.1-2) darauf abgestellt werden kann.

Gutachterlich gesichert e, mit der RAD-Ärztin Dr.

D. ___ auch im August 2020 (Urk.

7/138 S.

13) sowie mangels entgegenstehender Indizien auch im Verfü gungszeitpunkt vom 4.

Juni 2021 weiterhin bestehende somatische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sind somit ein metabolisches Syndrom mit massiver Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2, arterielle r Hypertonie, Fett schürze, Lipödem und Lymphödem (E.

5.4) und eine residuelle periphere Fazial parese rechts unklarer Ätiologie (E.

5.3).

In psychischer Hinsicht liegt unbestrittenermassen eine mittelgradige depressive Störung vor. Nachdem der psychiatrische MEDAS-Teilgutachter noch eine mit telgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom diagnostiziert hatte (E.

5.6), erachtete der behandelnde PD Dr.

I. ___ eine rezidivierende depres sive Erkrankung, gegenwärtig mit telgradige Episode, als gegeben.

Anamnestisch bestehe diese bereits seit 17 Jahren (E.

6. 3), was indes durch keine echtzeitlichen Berichte belegt ist, weshalb auf diese Angabe und die offenbar daraus gefolgerte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Erkrankung nicht abgestellt werden kann . Erstellt ist demnach eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom.

E. 4

Juni 2021 der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 48

% eine Viertels rente ab 1.

Juli 2016 sowie die entsprechende Kinderrente vom 1.

Juli bis 31.

August 2016 zu (Urk.

2 /1-2 = Urk.

7/ 18 3 und Urk.

7/ 189 ; Verfügungsteil 2 vgl.

Urk.

7/167). 2.

Die Versicherte erhob am

E. 4.1

). Ihre Angaben seien konsistent, sie schildere ihre Lebens- und Leidensgeschichte nachvollziehbar (S.

36 Ziff.

7.3).

Aufgrund der depressiven Symptome könne die Beschwerdeführerin ihre vorhandenen Ressourcen nicht mobilisieren und es bestehe in allen Aufgaben des Alltags, sowohl im Haushalt als auch bei weiteren psychosozialen Verpflichtungen, einschliesslich Arbeit, eine mittelgradige Beeinträchtigung in allen zu beurteilenden Fähigkeiten gemäss Mini-ICF-App. Die Lebensgeschichte habe jedoch gezeigt, dass sie fähig sei, bevorstehende Lebensprobleme zu bewältigen, wenn es ihr gesundheitlich gut gehe. Sie habe es geschafft, in einem fremden Land ihre beiden Kinder mit Erfolg grosszuziehen. Auch seien ihre Deutschkenntnisse genügend, um anstehende Massnahmen durchhalten zu können. Zuvor müsse jedoch eine Verbesserung des psychopathologischen Zustandes eintreten (S.

36 Ziff.

7.4).

Aus psychiatrischer Sicht liege für sämtliche Verweistätigkeiten in der freien Wirtschaft eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50

% vor, das heisse bei zumutbarem vollen Pensum bestehe eine Leistungsreduktion von 50 % (S.

36 Ziff.

8.1).

Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei indiziert und zumutbar (S.

37 Ziff.

8.3). 5.7

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (S.

4-7) führten die Gutachter zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit (S.

6 Ziff.

4.7) aus, es bestehe eine geschätzte Arbeitsunfähigkeit von 50

% vorwiegend aufgrund der psychischen Faktoren, dies auch unter Beachtung der damit einhergehenden internistisch- rheumatologischen Probleme. In einer adaptierten

Verweistätigkeit wäre eine Arbeitsfähigkeit von 50

% zu schätzen, dies theoretisch, da die Beschwerdeführerin in der Schweiz nie regulär erwerbstätig gewesen sei. In Frage kämen überwiegend sitzende Tätigkeiten (S.

6 Ziff.

4.8). Zur Begründung der Gesamt-Arbeitsunfähigkeit (S.

6 Ziff.

4.9) führten die Gutachter aus, eine Arbeitsunfähigkeit von 50

% werde vorwiegend psychiatrisch geschätzt unter Beachtung der damit einhergehenden somatischen Probleme (extreme Adipositas und Dekonditionierung). Beide vergesellschafteten Probleme führten zu einer Verlangsamung und vermehrt nötigen Pausen (S.

6 Ziff.

4.9). 6.

6.1

RAD-Ärztin med.

pract .

D.____ (vorstehend E.

3.3) führte in ihrer Stellungnahme vom 31.

Mai 2018 (Urk.

7/138 S.

6-8) zum MEDAS-Gutachten (E.

5.2-7) aus, durch den neurologischen Gutachter sei eine Aggravation und durch den internistischen Gutachter eine Selbstlimitierung berichtet worden. Letzterer berichte zudem IV-fremde Faktoren, welche sich nachteilig auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Die Beurteilung des Sachverhalts durch den psychiatrischen Gutachter weiche von den Stellungnahmen der anderen Gutachter ab, worauf in der Zusammenfassung des Gutachtens nicht eingegangen werde. Da bei nicht leitliniengerechter Behandlung der psychischen Erkrankung momentan nicht von einer dauerhaften Therapieresistenz ausgegangen werden könne und aus somatischer Sicht überwiegend IV-fremde Faktoren die Arbeitsunfähigkeit begründeten, werde empfohlen, auf das Gutachten hinsichtlich des festgestellten Grades der Arbeitsunfähigkeit nicht abzustellen (S.

8 oben). Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden, welcher sich dauerhaft auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auswirke, habe unter Berücksichtigung des vorliegenden MEDAS-Gutachtens aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht festgestellt werden können (S.

8 Mitte). 6.2

PD Dr.

med.

I.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie , und J.____ , Psychotherapeut ASP, nannte n i m Bericht vom 29.

August 2018 (Urk.

7/111) folgende Diagnosen (S.

2 Mitte): - mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.11) - soziokulturelle Entwurzelung (Z60.3)

Dr.

I.____ führte aus, es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit Behandlungsbeginn am 16.

Mai 2018 bis auf Weiteres. Im Vordergrund des Erstgesprächs sei der Umgang mit der schwierigen Lebenssituation gestanden, damit sich Hilf- und Hoffnungslosigkeit nicht noch stärker chronifizierten. Es werde medikamentös und mit gesprächstherapeutischen Methoden gearbeitet. Zur einigermassen deutlichen Besserung und Linderung der Symptome sowie Stabilisierung sei mit einer längeren Behandlung zu rechnen (S.

2 f.) 6. 3

PD Dr.

I.____ (vorstehend E.

6.2) führte in seinem Bericht vom 20.

November 2019 (Urk.

7/128 /2-4) aus, er behandle die Beschwerdeführerin seit August 2018 in einem 14-tägigen Rhythmus, zusätzlich habe sie psychiatrische Spitem (Ziff.

3.1). Er nannte als Fachdiagnose eine rezidivierende depressive Erkrankung, gegenwärtig mittelgradige Episode, seinerseits diagnostiziert seit August 2018, anamnestisch seit 17 Jahren bestehend (Ziff.

1.2). Aktuell erziele die Beschwerdeführerin in der Montgomery– Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) 31 Punkte. Die bisherige Tätigkeit als Hausfrau sei zu 20

% möglich, eine angepasste Tätigkeit ebenfalls zu 20

% (Ziff.

2.1). Die aktuelle Medikation beinhalte Brintellix 20mg und Quetiapin 50mg (Ziff.

3.2). Eine weitere Besserung sei mittelfristig nicht zu erwarten, das Zustandsbild sei chronisch (Ziff.

3.3). Eine Belastbarkeit für Massnahmen der Wiedereingliederung im Umfang von mindestens 2 Stunden pro Tag bestehe nicht (Ziff.

4.2). Die Motivation bei seiner Patientin beurteile er auf einer Skala von 1 bis 10 mit 8 Punkten (Ziff.

4.3). 6. 4

Dr.

C.____ (vorstehend E.

3.2) nannte in ihrem Bericht vom 13.

Februar 2020 (Urk.

7/131) als Diagnose unter anderem eine schwere Depression (Ziff.

1.2). Arbeit sei weder in der bisherigen noch in einer angepassten Tätigkeit möglich (Ziff.

2.1). Die Motivation bei ihrer Patientin beurteile sie auf einer Skala von 1 bis 10 mit 1 Punkt (Ziff.

E. 4.3

). Die Kinder seien sehr bemüht, ihr zu helfen. Sie seien ihre einzige Motivation (Ziff.

4.4). 6. 5

RAD-Ärztin med.

pract .

D.____ (vorstehend E.

3.3) führte in ihrer Stellungnahme vom 2.

Juni 2020 (Urk.

7/138 S.

12-13) aus, eine Gewichtsreduktion würde die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin sicher verbessern. Erfahrungsgemäss sei bei einem BMI von 47 eine Gewichtsreduktion allein durch diätetische Massnahmen und Steigerung der Aktivität selten erfolgreich. Selten komme es durch die Gewichtsreduktion aber auch zu einer Besserung der psychiatrischen Erkrankung, zumal der Behandler von einer chronischen, seit 17 Jahren andauernden Erkrankung ausgehe. Es liege nun scheinbar doch ein Gesundheitsschaden vor, welcher sich längerfristig auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auswirke. Aufgrund dieser Beurteilung sei zunächst eine Haushaltsabklärung erforderlich (S.

13 oben). 6.6

RAD-Ärztin med.

pract .

D.____ (vorstehend E.

3.3) führte in ihrer Stellungnahme vom 17.

August 2020 (Urk.

7/138 S.

13 f.) aus, in Bezug auf die bisherige Tätigkeit bestehe eine Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit durch die morbid Adipositas, Luftnot bei Belastung und eine Antriebsminderung. Die Einschränkungen seien sowohl somatisch als auch psychiatrisch begründet. Das

Belastungsprofil beinhalte leichte wechselbelastende, überwiegend sitzende Tätigkeiten ohne Publikumsverkehr (S.

13 f.).

Eine sitzende leichte Tätigkeit könnte die Beschwerdeführerin analog dem Gutachten von 2018 in einem 50%-Pensum verrichten. Der Gesundheitszustand habe sich in den vergangenen 2 Jahren nicht verschlechtert. Im Haushalt bestehe eine Einschränkung von 40 % . Die Hausärztin beurteile ihre Patientin seit jeher als zu 100

% arbeitsunfähig, ähnlich verhalte es sich hinsichtlich der Beurteilung durch den behandelnden Psychiater. Er diagnostiziere eine mittelgradige depressive Episode, die Intensität habe nicht zugenommen (S.

14 unten). 7.

E. 7

Juli 2021 Beschwerde gegen die Verfügungen vom 4.

Juni 2021 (Urk.

2 /1-2) und beantragte, diese seien aufzuheben und es sei ihr anstelle einer Viertelrente eine halbe Rente mit entsprechender Kinderrente zuzusprechen (Urk.

1 S.

2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 13.

September 2021 (Urk.

6) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 14.

September 2021 mit dem Hinweis zur Kenntnis gebracht , dass über ihre Anträge auf unentgeltliche Prozessführung und unentgeltliche Rechtsvertretung (vgl. Urk.

1 S. 2) zu einem späteren Zeitpunkt entschieden werde (Urk.

E. 7.1

Im Rahmen der Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt führte die Abklärungsperson der Beschwerdegegnerin die Erhebung vor Ort am 3.

August 2020 durch und erstellte ihren Bericht am 11.

August 2020 (Urk.

7/134).

Die Beschwerdeführerin habe angegeben, dass sie sich bis vor 2 Jahren noch vollumfänglich selbst um den Haushalt gekümmert habe (S.

2 Mitte Ziff.

1).

Zur privaten Ist-Situation (Ziff.

2.3.1) führte sie aus, die Beschwerdeführerin sei geschieden und lebe mit ihrem erwachsenen Sohn zusammen, die Tochter wohne nicht mehr im Familienhaushalt. Beide

Kinder verfügten über eine abgeschlossene Berufsausbildung, wobei die Tochter voll erwerbstätig und der Sohn seit Februar 2020 arbeitslos sei. In der Wohnung sei ausserdem ein Kollege der Kundin angemeldet, der sich jedoch real nicht dort aufhalte. Die Mietkosten würden durch 3 geteilt, wobei Fr.

500.- auf die Beschwerdeführerin entfielen.

Zur beruflichen Situation ohne Gesundheitsschaden (Ziff.

2.5) habe die Beschwerdeführerin gesagt, dass sie aus finanziellen Gründen auf ein eigenes Einkommen angewiesen wäre. Die heutige unklare finanzielle Lage sei belastend. Die Arbeitseinsätze im 80%- Pensum hätten ihr gut gefallen. Bei guter Gesundheit hätte sie gern in diesem Ausmass eine Anstellung angenommen. Heute wäre sie bei guter Gesundheit gewiss nicht daheim geblieben. Die Kinder seien mittlerweile erwachsen und im Normalfall ganztags abwesend. Nebst ihrem Erwerbsanteil hätte sie sich weiterhin um den Haushalt gekümmert.

Die Qualifikation sei auf 80

% Erwerbstätigkeit und 20

% Haushalt festzulegen (Ziff.

2.6). Die Angaben der Beschwerdeführerin seien nachvollziehbar. Mit einem Erwerbsanteil von 80

% könnte sie genügend Einkommen erzielen, um in der heutigen Wohnsituation finanziell unabhängig zu sein (Ziff.

2.6.1). Die Einschränkung im Haushaltsbereich betrage aus näher genannten Gründen (Ziff.

6. 1- 5) insgesamt 40

% (Ziff.

6.6).

E. 7.2

Nachdem im Vorbescheidverfahren seitens der Beschwerdeführerin Einwände betreffend die Qualifikation und die Einschränkungen im Haushalt erhoben worden waren (Urk.

7/153), nahm die Abklärungsperson der Beschwerdegegnerin am 5.

November 2020 (Urk.

7/157) Stellung zu diesen. Dabei führte sie zur Erwerbsbiographie aus, die Beschwerdeführerin sei nie auf dem freien Arbeitsmarkt tätig gewesen. Eigene Bestrebungen zum Eintritt ins Erwerbsleben seien nicht vorhanden gewesen. Sie habe sich beispielsweise nicht für stundenweise Arbeiten im Reinigungsbereich oder ähnliche Tätigkeiten beworben, die ohne Berufskennnisse und nebst der Kinderbetreuung möglich seien. Sie wäre auch auf gute sprachliche Kenntnisse angewiesen gewesen, um auf dem Arbeitsmarkt zu bestehen und sich bessere Voraussetzungen für die Stellensuche zu schaffen. Auch in dieser Hinsicht habe sie keine nachhaltigen Bemühungen gezeigt. Auch in späteren Jahren habe sie sich keine ausserhäusliche Tätigkeit gesucht, als die Kinder schulergänzend den Hort/Mittagstisch besucht hätten. Erst als das Sozialamt auf einem

Arbeitsprogramm bestanden habe, habe die Beschwerdeführerin 2013 das Erwerbsleben in seinen Grundsätzen kennengelernt. Sie habe die Erwerbstätigkeit mit 80

% aus sozialer Sicht bereichernd gefunden. Sie sei sich bewusst, dass sie finanziell auf ein eigenes Einkommen angewiesen wäre. Aber ihr sei auch die Tätigkeit als Hausfrau wichtig gewesen, so dass sie sich gesamt haft entschieden hätte, bei guter Gesundheit 80

% im Erwerb und 20

% im Haus halt tätig zu sein. Finanziell hätte das Einkommen aus dem 80

% Pensum ausge reicht, um die Grundbedürfnisse abzudecken. Ein wichtiger Aspekt sei der Mitbe wohner, der einen Mietanteil von Fr.

500.-- übernehme. Selbst wenn der Sohn sich entschlossen hätte, auszuziehen, wäre diese Erleichterung bei den Lebens haltungskosten geblieben (S.

2). An der Qualifikation sei festzuhalten (S.

3 oben). 8.

E. 8

Ziff.

8.1). Ihre Leis tungsfähigkeit sei aus psychischen Gründen und damit grundsätzlich um 50 % reduziert, weshalb auch im Aufgabenbereich eine Invalidität von 50

% vorliege. Tatsächlich übernehme der Sohn sogar den grössten Teil der gesamten Haushalt arbeit (S.

E. 8.1

Das MEDAS-Gutachten vom 29.

Mai 2018 (E.

5.2-7) erfüllt die Voraussetzungen an einen beweiskräftigen ärztlichen Bericht (E.

E. 8.2

Eine Arbeitsunfähigkeit von 50

% in einer Verweistätigkeit wurde dabei bereits in rein psychiatrischer Hinsicht attestiert (E.

5.6). Auch interdisziplinär schätzten die MEDAS-Gutachter die Arbeitsunfähigkeit von 50 %

vorwiegend psychiat risch, dies unter Beachtung der damit einhergehenden somatischen Probleme der extremen Adipositas und Dekonditionierung. Beide vergesellschafteten Probleme führten zu einer Verlangsamung und vermehrt nötigen Pausen (E.

5.7).

Ein «Einhergehen» der somatischen und psychischen Probleme lässt ein entspre chendes Zusammenspiel erahnen, lässt indes offen, ob es sich dabei etwa um ein Zusammenwirken oder eine kausale Verursachung – und wenn ja, in welche Rich tung und auf welche Weise - handeln könnte.

Dass ein relevanter Zusammenhang zwischen der depressiven Störung, der Adipositas und der Dekonditionierung bestehen könnte, ist nicht abwegig, nachdem auch die behandelnde Pneumologin im November 2017 auf einen solchen hin gewiesen hatte

(E.

5.1).

Es liegen somit gewisse Indizien dafür vor, dass die Adipositas vorliegend die Folge eines psychischen Gesundheitsschadens sein und somit gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (E.

E. 8.3

In rein somatischer Hinsicht vermag gemäss aktuellem Aktenstand die morbid Adipositas somit vorliegend alleine noch keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin zu begründen.

Eine weitere diesbezügliche Abklärung hätte jedoch – wie noch zu zeigen sein wird (nachstehend E.

8.7)

– keinen Einfluss auf den Ausgang dieses Verfahrens, weshalb davon abzusehen ist.

Nachdem die geschätzte Arbeitsunfähigkeit von 50

% gemäss dem MEDAS-Gutachten bei ausgewiesener mittelgradiger depressiver Störung vorwiegend auf Grund der psychischen Faktoren besteht (E.

5.7), und der zuständige Teilgutachter denn auch bereits aus rein psychiatrischer Sicht eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte (E.

5.6), ist ein strukturiertes Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 durchzuführen. Da das Gutachten eine schlüssige Beurteilung des Leistungsvermögens der Beschwerdeführerin im Lichte der massgeblichen

Indikatoren (E.

E. 8.4

zu verweisen. Die Hausärztin begründete die bislang ausgebliebene Psychotherapie im Juli 2016 mit Sprachschwierigkeiten (E.

3.5), was angesichts der ab Mai 2018 dann immerhin doch aufgenommenen Psychotherapie nicht unbedingt einzuleuchten vermag. Es wird denn vor diesem Zeitpunkt auch von keinen Bemühungen berichtet, einen geeigneten Psychotherapeuten zu finden. Behandlungs- und eingliederungsanamnese ist somit lediglich ein mässiger Leidensdruck ausgewiesen.

Während der neurologische Teilgutachter deutliche Aggravationstendenzen und ein demonstratives Verhalten feststellte (E.

5.3), befand der psychiatrische Teilgutachter, die Angaben der Beschwerdeführerin seien konsistent, sie schildere ihre Lebens- und Leidensgeschichte nachvollziehbar (E.

5.6). Da die psychischen Beschwerden im Vordergrund stehen und zu beurteilen sind, ist vorliegend die Wahrnehmung des Psychiaters entscheidend und nicht diejenige des Neurologen.

E. 8.5

Zu prüfen ist schliesslich die Konsistenz. Hinsichtlich des Gesichtspunkts des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen sind keine Inkonsistenzen festzustellen, nachdem der Tagesablauf der Beschwerdeführerin durchwegs von grosser Passivität geprägt ist. In der Begutachtungssituation wurde sie denn auch als apathisch wahrgenommen (vgl.

E.

5.4).

Hinsichtlich des Gesichtspunkts des behandlungs- und eingliederungsanmessen ausgedrückten Leidensdrucks ist zu nächst auf E.

E. 8.6

Zusammengefasst führt die Prüfung der einzelnen Indikatoren zu einem genügend konsistenten, stimmigen Gesamtbild und damit zum Schluss, dass der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im psychiatrischen Teilgutachten von Dr.

H.____ gefolgt werden kann (E.

1.8) . Es besteht demnach aus psychiatrischer Sicht für sämtliche Verweistätigkeiten in der freien Wirtschaft bei zumutbarem vollem Pensum eine Leistungsreduktion von 50

% und somit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50

% (E.

5.6) .

E. 8.7

Mit dem neurologischen Teilgutachter (E.

5.3) und der RAD-Ärztin (E.

6.6) sind Tätigkeiten mit direktem Kundenkontakt nicht zu empfehlen . Sofern die Adipositas und Dekonditionierung zu berücksichtigen wäre , so sollte die angepasste Tätigkeit sodann überwiegend sitzend ausgeübt werden können (E.

5.7 , E.

6.6) .

Nachdem es sich dabei um ein Detail im Belastungsprofil handelt, dessen Klärung auf den vorzunehmenden Einkommensvergleich ohnehin keine Auswirkung hätte, ist – wie bereits angesprochen (E.

8.3) – vorliegend nicht von Belang, ob die Adipositas invalidenversicherungsrechtliche Relevanz besitzt (E.

1.5) . Denn eine Arbeitsunfähigkeit von 50

%

konnte bereits aus psychiatrischer Sicht erstellt werden

(E.

8.6; vgl.

dazu Urteil des Bundesgerichts 8C_663/2017 vom 12.

Dezember 2017 E.

5) .

E. 8.8

Dazu, ab welchem Zeitpunkt die attestierte Arbeitsunfähigkeit zu gelten habe, äusserten sich die Gutachter nicht. Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, diese habe seit dem im Meldeformular zur Früherfassung genannten Beginn der Arbeitsunfähigkeit am 29.

Juli 2015 (vgl.

Urk.

7/8 Ziff.

2) bestanden (Urk.

7/138 S.

15 Mitte), was nicht zu beanstanden ist.

E. 8.9

Zu ermitteln

bleibt im Folgenden der Invaliditätsgrad, wobei zunächst die Statusfrage und gegebenenfalls die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Haushalt zu klären sind. 9.

E. 9

Ziff.

8.2).

2.3

Strittig und zu prüfen ist demnach der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin und dabei insbesondere ihr Status sowie gegebenenfalls das Ausmass von bestehenden Einschränkungen im Haushalt. 3.

3.1

Dr.

med. B.____, Facharzt für Neurologie, nannte in seinem Bericht vom 29.

Mai 2015 (Urk.

7/31) folgende Diagnosen (S.

1 oben): - Armparese rechts wahrscheinlich zerebrovaskulärer Genese, bei 40

% Abgangsstenose der Arteria

carotis

interna links - residuelle, periphere Fazialisparese rechts

Die Anamnese sei aus sprachlichen Gründen nur ungenau erhoben worden (S.

1 Mitte). Die neurologischen Ausfälle auf der rechten Seite bestünden einerseits aus einer peripheren Fazialisparese rechts, offenbar vor zirka acht Jahren aufgetreten, und einer

leichten Armschwäche rechts, aufgetreten vor vier Wochen, mit bis heute nur teilweiser Rückbildung (S.

2 unten). 3.2

Dr.

med.

C.____, Hausärztin der Beschwerdeführerin (vgl.

Urk.

7/84 E.

3.3),

führte in ihrem Bericht vom 1.

Dezember 2015 (Urk.

7/25) aus, dass sie die Beschwerdeführerin seit dem 12.

Mai 2015 ambulant behandle (Ziff.

1.2), und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff.

1.1): - Diabetes mellitus, insulinpflichtig, seit 2003 - Armparese (Lähmung) rechts
zerebrovaskulärer Genese - 40

% Abgangsstenose Arteria

carotis

interna links - Fazialisparese rechts, sehr schwer - Sarkoidose seit 2009 - Oligoarthritis -
Lymphadenopathie - lymphozytäre Alveolitis - reaktive Depression - Osteomalazie,
Osteoporose seit 2002 - polyzystische Ovarien - arterielle Hypertonie - Adipositas permagna
, Body Mass Index (BMI) 40.5 kg/m² - Metforminunverträglichkeit - Insulinresistenz

Die Beschwerdeführerin werde aufgrund ihres Aussehens (Fazialisparese, schwerste
Adipositas) abgelehnt, was zu einer reaktiven Depression geführt habe. Die Prognose sei
eher verschlechternd (Ziff.

1.4). Aktuell bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, wobei die Beschwerdeführerin noch
nie gearbeitet habe (Ziff.

1.6).

3.3

Med.

pract. D.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Prävention und
Gesundheitswesen, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in ihrer Stellungnahme vom
27.

Januar 2016 (Urk.

7/32/3-4) aus,

in Bezug auf die bisherige Tätigkeit als Hausfrau seien alltagsrelevante Verrichtungen leicht ein geschränkt mög lich, Angaben der behandelnden Ärzte zum Leistungsvermögen und zu den Einschränkungen würden jedoch fehlen. Der Diabetes mellitus, die Fazialisparese , die Osteoporose, die Sarkoidose, die Oligoarthrose und die Adipositas permagna hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit . Im Übrigen würden Beschreibungen der aus diesen Diagnosen resultierenden Funktionseinschränkungen fehlen, Facharztbefunde zur Objektivierung der Gelenkbeschwerden lägen nicht vor und es handle sich um subjektive Schilderungen seitens der Beschwerdeführerin. Eine reaktive Depression gelte als überwindbar und sei somit ebenfalls nicht invaliditätsrelevant. Es verbleibe lediglich die Armparese rechts, welche durch Dr.

B.____ als leicht beschrieben werde. Zusammenfassend könne daher ein dauerhafter Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht festgestellt werden.

3.4

Dr.

B.____

(vorstehend E.

3.1) bestätigte in seinem Schreiben vom 4.

März

2016 (Urk.

7/38/2), dass aus gesundheitlichen Gründen keine Arbeitsfähigkeit vorhanden sei. Angesichts der gesundheitlichen Einschränkungen sei auch eine leidens angepasste Tätigkeit in nur sehr beschränktem Umfang von 10-20

% möglich. 3.5

Dr.

C.____

(vorstehend E.

3.2) führte in ihrem Schreiben vom 27.

Juli 2016 (Urk.

7/52) aus , dass aufgrund der Sprachschwierigkeiten bis jetzt keine Psychotherapie möglich gewesen sei. Jedoch sei bei der Beschwerdeführerin offensichtlich eine reaktive Depression vorhanden. 3.6

RAD-Ärztin med.

pract .

D.____ (vorstehend E.

3.3) führte in ihrer Stellungnahme vom 16.

Dezember

2016 (Urk.

7/66/3) aus, eine psychiatrische beziehungsweise polydisziplinäre Begutachtung sei aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht erforderlich. Ein dauerhafter Gesundheitsschaden liege nicht vor. 4.

Das Rückweisungsurteil des hiesigen Gerichts vom 20.

Juni 2017 (Urk.

7/84; Verfahren Nr.

IV.2017.00201) nach der rentenabweisenden Verfügung der Beschwerdeführerin vom 11.

Januar 2017 (Urk.

7/67) wurde im Wesentlichen damit begründet, dass die RAD-Ärztin keine eigenen Untersuchungen durchgeführt hatte, weshalb bei Fehlen einer von einem anderen Arzt attestierten vollständigen Arbeitsfähigkeit (in angepasster Tätigkeit) sowie einer fachärztlich gestellten psychiatrischen Diagnose ihre Einschätzung nicht zu überzeugen vermöchte. Ausserdem hatte es die Beschwerdeführerin unterlassen, den Status der Beschwerdeführerin und allfällige Einschränkungen im Haushalt genau abzuklären. Schliesslich war bei den Untersuchungen kein Dolmetscher beigezogen worden (E.

4.3). Entsprechend lag keine schlüssige und zuverlässige Beurteilung vor, vielmehr bestand weiterer Abklärungsbedarf bezüglich der zu stellenden Diagnosen sowie

zum Ausmass der Leistungseinschränkung und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sowie auf die Haushaltsarbeiten. Ausserdem bedurfte

es der Klärung der Qualifikation der Beschwerdeführerin als Erwerbstätige und/oder im Haushalt Tätige (E.

4.4). 5.

5.1

Dr.

med. E.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Pneumologie, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 6.

November 2017 (Urk.

7/92/8-10 = Urk.

7/96/11-13) neu ein leichtes obstruktives Schlafapnoe-syndrom (S.

1 f.). Die Ursache der vermehrten Anstrengungsdyspnoe unter körperlicher Belastung sei nicht pulmonaler Ätiologie. Vielmehr komme als Ursache der Kurzatmigkeit eine Dekonditionierung bei vernachlässigter körperlicher Aktivität wegen der Adipositas permagna in Kombination mit einer depressiven Verstimmung zum Tragen (S.

2 unten). 5.2

Dr.

med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, Dr.

med.

G.____ , Facharzt für Neurologie , und Dr.
med.

H.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, A.____ , erstattet am 29.

Mai 2018 ihr interdisziplinäres Gutachten (Urk.

7/106) . 5.3

Im neurologischen Teilgutachten (Urk.

7/106 S.

8 -17) nannte Dr.

G.____ folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S.

15 Ziff.

6.2): - residuelle periphere Fazialparese rechts ungeklärter Ätiologie, Erstsymptomatik
2004 - bei inkomplettem Lidchluss zweimalige Lidoperation, nun wieder möglich -
Differentialdiagnose (DD) idiopathisch, DD bei Sarkodose

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (Ziff.

6.3): - Kopfschmerzen, nicht näher klassifizierbar - anamnestisch mögliche ischämische
Hirnfarkte, am ehesten mikroangiopathisch links 2004 beziehungsweise im Frühjahr
2015

Zum schulischen und beruflichen Werdegang wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin
habe 12 Jahre in Pakistan die Schule besucht, anschliessend sei sie stets Hausfrau gewesen,
habe keine Ausbildung oder berufliche Tätigkeiten absolviert. Nach der Einreise in die
Schweiz habe sie 3 Jahre lang stundenweise im Rahmen eines Integrationsprogramms in
einer Buchbinderei gearbeitet (S.

E. 9.1

Die von einer qualifizierten Person durchgeführte Abklärung vor Ort nach Massgabe des
Art.

69 Abs.

2 IVV

stellt für gewöhnlich die geeignete und genügende Vorkehrung zur Bestimmung der
gesundheitlichen Einschränkung im Haushalt dar.

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

Diese Beweiswürdigungskriterien sind nicht nur für die im Abklärungsbericht enthaltenen
Angaben zu Art und Umfang der Behinderung im Haushalt massgebend, sondern gelten

analog für jenen Teil eines Abklärungsberichts, der den mutmasslichen Umfang der erwerblichen Tätigkeit von teilerwerbstätigen Versicherten mit häuslichem Aufgabenbereich im Gesundheitsfall betrifft (Urteil des Bundesgerichts I 236/06 vom 19. Juni 2006 E.

3.2).

E. 9.2

Das Gespräch zur Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt (vorstehend E.

7.1) fand am 3.

August 2020 bei der Beschwerdeführerin zuhause statt. Die örtlichen und räumlichen Verhältnisse waren der beurteilenden Person somit ebenso bekannt wie die bestehenden medizinischen Diagnosen und die sich daraus ergebenden Einschränkungen (vgl.

Urk.

7/134 S.

1 f.). Die Angaben der Beschwerdeführerin wurden ausreichend berücksichtigt. Der Bericht

vom 11.

August 2020 (E.

7.1) sowie die ergänzende Stellungnahme vom 5.

November 2020 (E.

7.2) erscheinen objektiv und ausgewogen, sind sorgfältig verfasst, plausibel, begründet und bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert. Der Bericht vom 3.

August 2020 einschliesslich der Ergänzungen vom 5.

November 2020 ist somit voll beweiskräftig (vgl.

vorstehend E.

9.1) und es kann grundsätzlich auf ihn abgestellt werden.

Gut nachvollziehbar und schlüssig ist auch die Begründung der Qualifikation der Beschwerdeführerin als zu 80

% im Erwerb und zu 20

% im Haushalt tätig. Diese Einschätzung überzeugt insbesondere deshalb, weil sie mit der von der Beschwerdeführerin anlässlich der Haushaltsabklärung selbst getätigten Angabe übereinstimmt, wonach sie bei guter Gesundheit gerne eine Anstellung im Pensum von 80

% angenommen und sich daneben weiterhin um den Haushalt gekümmert hätte. Triftig sind auch die Argumente der Abklärungsperson, wonach sich die Beschwerdeführerin nie um stundenweise Arbeiten beworben habe, die nebst der Kinderbetreuung möglich gewesen wären, und auch ihre sprachlichen Kenntnisse nicht verbessert habe (E.

7.2). In dieser Hinsicht hat sie offenbar trotz verschiedenlich berichteter sprachlicher Schwierigkeiten (E.

3.1, E.

3.5, E.

5.3, E.

8.5) lediglich einen einjährigen Deutschkurs in den 90er-Jahren absolviert (E.

5.4).

Demgegenüber blieb das spätere Vorbringen der Beschwerdeführerin unbelegt, wonach die gesundheitlichen Einschränkungen der Grund dafür gewesen seien, dass sie auch mit Abnahme des Betreuungsbedarfs für die Kinder keinen Versuch gemacht habe, ins Erwerbsleben einzutreten (Urk.

1 S.

5 unten). Wenn sie sodann argumentiert, sie hätte im Gesundheitsfall eine volle Erwerbstätigkeit aufgenommen und nicht versucht, mit Untermiete ein Zusatzeinkommen zu erzielen (Urk.

1 S.

7), so verkennt sie, dass die Statusfrage danach zu beurteilen ist, was die versicherte Person als Gesunde bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wobei die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse zum Verfügungszeitpunkt massgeblich sind (E.

1.3). Dazu sind auch die Wohnverhältnisse zu zählen, welche unbestrittener Weise im Verfügungszeitpunkt zu

den erwähnten Einnahmen aus Untermiete führen, wobei die Beschwerdeführerin auch nicht bestritt, dass sie selbst bei einem Auszug des Sohnes mit einem 80%igen Pensum im Niedriglohnbereich noch ihren Grundbedarf decken könnte (vgl.

E.

7.2).

Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Qualifikation der Beschwerdeführerin als zu 80

% Erwerbstätige und zu 20

% im Haushalt tätige ist demnach mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt (vgl.

E.

1.3).

E. 9.3

, E.

9.4),

was der Beschwerdeführerin einen Anspruch auf eine Viertelsrente vermittelt (vgl.

E.

E. 9.4

Nachdem die Beschwerdeführerin über keine Berufsausbildung und keine Berufserfahrung im ersten Arbeitsmarkt verfügt, ist sie unbestrittener Weise als Hilfsarbeiterin zu qualifizieren (vgl.

E.

2.1) . Mit der Beschwerdegegnerin (Urk.

7/136 S. 19) ist von einem Valideneinkommen von Fr.

54'581.15 auszugehen , wobei der

Invaliditätsgrad im Erwerbsbereich dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn entspricht (vgl.

Urteil des Bundesgerichts 8C_148/2017 vom 19.

Juni 2017 E.

4 unter Hinweis auf Urteil 9C_675/2016 vom 18.

April 2017 E.

3.2.1) , mithin 50

% . Gründe für einen leistungsbedingten Abzug (vgl. BGE 135 V 297 E.

5.2) wurden nicht geltend gemacht und liegen nicht vor.

Der anteilige Teilinvaliditätsgrad im Erwerbsbereich beträgt demnach 40

% (50

% von 80

%).

E. 9.5

Der Gesamtinvaliditätsgrad (vgl.

E.

1.4) beträgt demnach 48

%

(E.

E. 10

Ziff.

3.2.5). Diese Tätigkeit sei nicht relevant entlohnt worden (S.

E. 10.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert fest zu legen (Art.

69 Abs.

1 bis IVG) und auf Fr.

900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Da die entsprechenden Voraussetzungen gegeben sind, ist der Beschwerdeführerin antragsgemäss die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren (§

16 Abs.

1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, G SVGer) und die Gerichtskosten sind demzufolge einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

E. 10.2

Da die Voraussetzungen für die Gewährung der unentgeltlichen Rechtsvertretung erfüllt sind, ist der Beschwerdeführerin in Bewilligung derselben Rechtsanwalt Daniel

Bohren als unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen (§

16 Abs.

2 GSVGer).

Mit Honorarnote vom 22.

September 2021 (Urk.

10) machte dieser einen Aufwand von total 11.9 Stunden sowie Barauslagen von Fr.

3.-- geltend. Dies erscheint unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (§

34 Abs.

3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer) als angemessen. Die Entschädigung ist daher antragsgemäss

auf Fr.

2'82 2.80 (inkl. Barauslagen und MWSt) festzulegen. Das Gericht beschliesst :

In Bewilligung des Gesuchs vom 7.

Juli 2021 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und es wird ihr Rechtsanwalt Daniel Bohren , Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt. und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr.

900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt , zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss §

16 Abs.

4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Daniel Bohren, Zürich, wird mit Fr.

2'822.80 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss §

16 Abs.

4 GSVGer hingewiesen. 4.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art.

82 ff. in Verbindung mit Art.

90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5.

Juli bis und mit 1 5.

August sowie vom 1 8.

Dezember bis und mit dem 2.

Januar (Art.

46 BGG).

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

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

42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grieder-Martens Tiefenbacher

E. 11

Ziff.

3.2.6).

Die Versicherte habe spontan nur wenig Auskunft gegeben, auch auf Nachfrage seien nur wenig konkrete und unzuverlässige Angaben erhältlich. Die klinische Untersuchung sei bei eingeschränkter Kooperation nur mit relevanten Einschränkungen durchführbar. Dazu zähle auch, dass die Versicherte, vermutlich aus kulturellen Gründen, ein Auskleiden verweigere (S.

E. 12

Ziff.

4.1). Die Kommunikation erfolge ausschliesslich über eine Dolmetscherin, da auch eine einfachste Verständigung auf Deutsch nicht möglich sei (S.

E. 13

oben Ziff.

4.3). Eine Aussicht auf Besserung sehe die Versicherte nicht. Sie zeige keinen Antrieb, ihre Probleme lösen zu wollen (S.

E. 15

Ziff.

7.1).

Die Versicherte habe keine angestammte Tätigkeit. Im Haushalt bestünden soweit beurteilbar aus neurologischer Sicht keine Einschränkungen (S.

E. 16

Ziff.

8.1). In angepasster Tätigkeit bestehe aus neurologischer Sicht lediglich eine qualitative Einschränkung in Hinsicht auf die periphere Fazialisparese rechts. Aus kosmetischen Gründen seien Tätigkeiten mit direktem Kundenkontakt und in sehr stauiger oder zugiger Umgebung aufgrund des eingeschränkten Lidschlusses rechts nicht zu empfehlen. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen sei eine volle Arbeitsfähigkeit zu erzielen (S.

E. 17

Ziff.

8.2). 5.4

Im rheumatologischen Teilgutachten (Urk.

7/106 S.

18-25) nannte Dr.

F. ___ folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S.

24 Ziff.

6.2): - metabolisches Syndrom mit massiver Adipositas BMI 48 kg/m², Diabetes mellitus Typ 2 seit 2003, arterielle Hypertonie, Fettschürze, Lipödem und Lymphödem (ICD-10 E66.8, E14.9, I11.9)

Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff.

6.3) nannte er ein generalisiertes unspezifisches weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom und Panikulose mit vielen vegetativen Begleitbeschwerden.

Die Versicherte habe so wortkarg und apathisch gewirkt, dass ausnahmsweise der begleitende 25-jährige Sohn zusammen mit einer Dolmetscherin bei der Befragung anwesend gewesen sei. Dieser müsse alle Angelegenheiten der Mutter besorgen, zum Teil mit Hilfe seiner um zwei Jahre jüngeren Schwester, da die Versicherte schlecht Deutsch spreche und auch seit Jahren zurückgezogen in der Wohnung lebe (S.

E. 18

f. Ziff.

3.1). Mehr als die Hälfte der Angaben stammten vom begleitenden Sohn, da die Versicherte sich in ihrer Passivität nur knapp geäußert habe (S.

24 Ziff.

5).

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit entfalle, da seit der Einreise in die Schweiz 1995 nie eine reguläre Erwerbstätigkeit ausgeübt worden sei (S.

25 Ziff.

8.1). Eine überwiegend sitzende Tätigkeit bei morbidem Adipositas wäre somatisch zu 50 % denkbar. Die Arbeitsprognose sei schlecht, wobei vorwiegend psychosoziale und teilweise invalidenversicherungsrechtlich fremde Faktoren eine Rolle spielten: Migrationsproblematik, minimale Deutschkenntnisse, nie ausgeübte Erwerbstätigkeit, familiäre Belastungsfaktoren und subjektive Krankheitsüberzeugungen (S.

25 Ziff.

8.2). Betreffend medizinische Massnahmen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S.

25 Ziff.

8.3) führte Dr.

F. ___ aus, eine nötige Gewichtsreduktion wäre wohl nur mit einem bariatrischen Eingriff zu erreichen. 5.5

Im allgemein-internistischen Teilgutachten (Urk.

7/106 S.

26-30) verwies Dr.

F. ___ betreffend die Diagnosen (S.

29 Ziff.

6) auf das rheumatologische Teilgutachten und auch im Übrigen weitgehend auf die anderen Teilgutachten (vorstehend E.

5.3-4, nachstehend E.

5.6) sowie auf die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (nachstehend E.

5.7). Zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (S.

30 Ziff.

8.2) hielt Dr.

F. ___ fest, somatisch denkbar wäre eine rein sitzende und körperlich leichte Tätigkeit ohne komplizierte Anfahrtswege rund 6

Stunden täglich mit einer Leistung insgesamt von geschätzten 50

% bezogen auf ein Vollpensum, dies wegen verlangsamter Bewegungsabläufe bei massiver Adipositas und Dekonditionierung.

Behindernd seien stets vorwiegend soziale IV fremde Faktoren gewesen: Nebst den bereits im rheumatologischen Teilgutachten erwähnten (E).

5.4) nannte Dr.

F. ___ auch Selbstlimitierung und schlechte Compliance bezüglich Gewichtsproblemen und Diabetes. 5.6

Im psychiatrischen Teilgutachten (Urk.

7/106 S.

31-37) nannte Dr.

H. ___ folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S.

35 Ziff.

6.2): - mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.11)

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff.

6.3) nannte er: - soziokulturelle Entwurzelung (Z60.3) - Status nach zerrütteter Ehe (Z63.0)

Laut Anamnese habe die Versicherte bis zum Alter von 25 Jahren eine in psychopathologischer Hinsicht komplikationslose Entwicklung gehabt. 1992 habe sie

geheiratet, eine nach Tradition arrangierte Ehe durch die Eltern. 1993 habe sie einen Sohn geboren, der Ehemann habe sich als drogensüchtig entpuppt und der

Beschwerdeführerin offenbar viele Probleme bereitet. 1999 (richtig: 1995 ; vgl.

S.

33 Ziff.

3.2.8), schwanger mit dem zweiten Kind, habe sie auf Anraten der Eltern ihren Mann verlassen und sei in die Schweiz eingereist, wo sie versucht habe, mit den beiden Kindern ein neues Leben aufzubauen. Ihr Mann sei jedoch nachgekommen und habe auch hier Probleme verursacht. Sie habe die beiden Kinder alleine grossgezogen, auch nachdem der Ehemann 2003 verschwunden sei. Parallel zu somatischen Krankheiten habe sie ein depressives Syndrom mit Schlaflosigkeit, Kraftlosigkeit, Insuffizienzgefühlen, Freudlosigkeit, Lustlosigkeit, Interesseverlust und sozialem Rückzug entwickelt. Zudem bestehe anhaltend das Gefühl von Lebensüberdruß, einzige Motivation schienen die Kinder zu sein, die sich psychosozial und beruflich gut entwickelt hätten. Das Denken sei verlangsamt, es bestünden mnestiche und kognitive Einschränkungen, die Stimmung sei anhaltend gedrückt und auch psychomotorisch sei sie eingeengt. Somit liege eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom vor (S.

35 Ziff.

6.1).

Zum Tagesablauf (S.

33 Ziff.

3.2.10) wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin bewohne zusammen mit dem Sohn eine Dreizimmerwohnung. Die Tochter sei vor

drei Jahren ausgezogen. Um den Haushalt kümmere sich der Sohn, wenn die Tochter zu Besuch komme, helfe auch diese. Die Beschwerdeführerin sei die meiste Zeit zuhause, liege ab oder sitze auf dem Balkon. Sie schaue Fernsehen, habe aber an nichts Freude oder Lust. Sie habe hier keine Familie, keine Kontakte. Mit einer Freundin telefoniere sie einmal in der Woche. Selten gehe sie mit den Kindern in die Moschee. Sie versuche, kurze Spaziergänge zu machen, es träten jedoch sofort Rücken- und Beinschmerzen auf, sie kehre dann nach Hause zurück. Nach vielen Jahren sei sie voriges Jahr mit dem Sohn in Pakistan gewesen.

Bisher habe keine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung stattgefunden (S.

33 Ziff.

3.2.11), dies wegen der Sprache. Sie habe sich nie Gedanken da zu gemacht, der Hausarzt habe eine psychiatrische Behandlung auch nicht vorge schlagen (S.

34 Ziff.

3.2.13).

Anlässlich der Untersuchung habe sich herausgestellt, dass sich die Beschwerde führerin mit einfachem Deutsch gut verständigen könne, die Dolmetscher in komme selten zum Einsatz. Die Beschwerdeführerin sei freundlich und koope rativ, mache allerdings kaum spontane Angaben (S.

34 Ziff.

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