

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00665 vom 2. Juni 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-06-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00665

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00665 du 2 juin 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00665 del 2 giugno 2022

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

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

E. 1.3

Wurde eine Rentewegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

E. 1.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die

Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen). 2.

E. 2

Die Versicherte erhob am 8. November 2021 Beschwerde gegen die Verfügung vom 5. Oktober 2021 (Urk. 2) und beantragte, die se sei aufzuheben und es sei ihr eine ganze Rente auszurichten. Eventuell sei ihr mindestens eine halbe Rente auszurichten. Subeventuell seien von der IV-Stelle weitere Abklärungen durchzuführen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-3).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 16. Dezember 2021 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Diese wurde der Beschwerdeführerin am 17. Dezember 2021 zugestellt (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) fest, sie habe nach der Neuanmeldung der Beschwerdeführerin ein interdisziplinäres Gutachten veranlasst. Darauf könne abgestellt werden. Gemäss dem Gutachten sei die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit als Verpackungsmitarbeiterin seit 2017 zu 30 % eingeschränkt. Es sei ihr somit möglich, ein Pensum von 70 % auszuüben. Die Arbeitsunfähigkeit von 30 % entspreche einem Invaliditätsgrad von 30 % (S. 1). Im Arztbericht vom 20. Mai 2021 seien keine neuen objektiven Belange festgestellt worden. Es handle sich um Aussagen, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung bereits nachvollziehbar diskutiert worden seien. Weiter fänden sich keine namhaften Hinweise für eine psychische Verschlechterung aufgrund der durchgemachten Covid-19-Erkrankung. Da die Beschwerdeführerin zudem wieder gesund sei, sei von keiner dauerhaften psychischen Verschlechterung auszugehen (S. 2 oben).

Die Beschwerdegegnerin äusserte sich sodann zur Methode der Invaliditätsmessung. Sie gab an, die Beschwerdeführerin sei als zu 100 % Erwerbstätige zu qualifizieren. Eine Haushaltabklärung sei daher nicht angezeigt. Im Hinblick auf den Einkommensvergleich seien auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt genügend Verweistätigkeiten vorhanden. Ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn sei somit nicht geschuldet (S. 2 oben).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte vor,

nach der Neuanmeldung sei im Rahmen der Begutachtung

eine Aufteilung mit einem Anteil von 70 %

Erwerbstätigkeit und 30 % im Haushalt angenommen worden (Urk. 1 S. 4 Ziff.

E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin führte in der Vernehmlassung ergänzend aus, das bidis ziplinäre Gutachten vom 16. November 2020 erfülle die rechtlichen Anforderungen und beanspruche vollen Beweiswert. Die Gutachter hätten sich mit den geklagten Leiden und den Vorakten auseinandergesetzt und die Einschätzung der gesundheitlichen Einschränkungen und der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar begründet. In der angestammten Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Verpackungsmitarbeiterin bestehe daher eine Leistungsreduktion von 30 %. In einer optimal angepassten Tätigkeit sei sie mit einer Leistungsreduktion von 20 % arbeitsfähig (Urk.

E. 2.4

Strittig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verglichen mit den Verhältnissen zum Zeitpunkt der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 23. September 2013 (Urk. 7/51) massgeblich verändert hat und ob neu ein Rentenanspruch besteht. Zunächst ist zu prüfen, ob auf die vorliegenden medizinischen Akten abgestellt werden kann. 3.

E. 3

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

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (Urteil des Bundesgerichts 9C_351/2020 vom 21. September 2020 E. 3.1, insbesondere mit Hinweis auf

BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 3.1

unten). Sie habe sich schon vor der Erkrankung ihres Ehemannes psychisch schlecht gefühlt und sei wiederholt in psychiatrischer Behandlung gewesen. Die Mehrbelastung aus

der Pflege des Ehemannes, der Versorgung des Haushaltes und der Kinder sowie der Arbeit, um den Lebensunterhalt für die Familie sicher zu stellen, habe sie jahrelang massiv belastet. Dennoch sei sie gerne zur Arbeit gegangen. Wegen zunehmender Schmerzen im Stütz- und Bewegungsapparat habe sie das anfänglich volle Arbeitspensum in der Schokoladenfabrik auf 50 % reduzieren müssen (S. 35 Ziff.

E. 3.2

unten) .

Eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung habe nicht stattgefunden. Die Beschwerdeführerin habe sich etwa drei Jahre nach der Immigration in die Schweiz erstmals in psychiatrische Behandlung begeben. Sie habe sich depressiv gefühlt und unter anhaltender Müdigkeit und einem Energieverlust gelitten (S. 36 oben). Nach dem Hirnschlag des Ehemannes sei es erneut zu einer depressiven Krise gekommen. Der Arbeitsplatzverlust vor etwa drei Jahren habe zu einer weiteren Krise geführt. Seither sei sie bei Dr. C.____ in ambulanter psychiatrischer Behandlung (S. 36 Mitte). Bezüglich sozialer Kontakte sehe die Beschwerdeführerin mehrmals die Woche ihre Tochter, deren Familie und die Enkelkinder. Zum Sohn bestehe ebenfalls ein regelmässiger Kontakt . Darüber hinaus habe sie viele Bekannte und Angehörige in der Schweiz. Zu den Geschwistern bestünden telefonische Kontakte (S. 37 unten).

Die Beschwerdeführerin habe zum Tagesablauf angegeben, am Vormittag räume sie nach dem Frühstück die Geschirrspülmaschine ein und aus und beginne aufzuräumen und sich um den Haushalt zu kümmern. Anschliessend bereite sie das Mittagessen vor , jedoch nicht regelmässig . Am Nachmittag erledige sie kleine Einkäufe und Besorgungen. Grosse Einkäufe erledige die Tochter (S. 38 oben). Die Beschwerdeführerin bewältige den Haushalt abgesehen von grossen Einkäufen selber. Notfalls könne sie die Hilfe ihrer Tochter beanspruchen (S. 38 unten). Die Beschwerdeführerin sei etwa seit 2017 bei Dr. C.____ in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Die Behandlung erfolge einmal im Monat. Anfänglich sei sie alle zwei bis drei Wochen bei ihm gewesen (S. 39 oben).

E. 3.2.1

Die Beschwerdegegnerin gab bei Dr. med. Z.____ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, ein internistisch-rheumatologisches Gutachten in Auftrag. Das Gutachten wurde am 17. Mai 2013 (Urk. 7/46) erstattet und beruht auf der Untersuchung vom 25. April 2013 (S. 2 oben) und den der Gutachterin zur Verfügung gestellten Akten.

Die Gutachterin führte aus, die Beschwerdeführerin habe seit November 2000 mit einem Pensum von 80 bis 100 % als Hilfsarbeiterin bei der A.____ AG in B.____ gearbeitet . Sie habe im Sommer 80 % und im Winter 100 % gearbeitet (S. 2 Ziff. 2 unten). Am Tag der Untersuchung sei es ihr so schlecht wie meistens in der letzten Zeit gegangen. Sie habe am ganzen Körper Schmerzen vom Kopf bis zu den Füßen, links mehr als rechts. Sie habe keine Kraft in den Armen und höre Ohrgeräusche. Seit sie nicht mehr arbeite, gehe es ihr besser. Gegenwärtig arbeite sie zu 25 % bei der A.____ . Sie packe Schokolade ein. Es sei eine leichte Arbeit (S. 18 Ziff. 5.2 oben). Gegen die Schmerzen nehme sie vier bis fünf Tabletten Panadol extend

Retard (S. 19 Ziff. 5.4).

E. 3.2.2

Dr. Z.____ stellte keine rheumatologische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 26 Ziff. 7.1). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte die Gutachterin (S. 26 Ziff. 7.2): ausgedehnte chronische Schmerzen mit pathologischer Dolorimetrie und - cervikospondylothem Syndrom links mehr als rechts bei - kongenitalem Blockwirbel C3/4 - jedoch nur leichten bis mässigen degenerativen Veränderungen ohne neurale Kompression (MRI Mai 2013 und Juni 2008) und ohne vermehrte szintigraphische Aktivität - Schulterschmerzen beidseits bei - unauffälligen Rotatorenmanschetten beidseits - ohne Hinweise auf eine Bursitis - mässiger Acromioclavicular -Gelenksarthrose, rechts mehr als links - Schmerzen in den Füßen beidseits bei - unauffälligen SPECT-Befunden beidseits (Mai 2019) und - unauffälligen Ultraschallbefunden beidseits (Mai 2013)

Die Beschwerdeführerin klagt seit Jahren über ausgedehnte Schmerzen vom Kopf bis zu den Füßen, links mehr als rechts. Sie sei mit einem Blockwirbel bei C3/4 zur Welt gekommen. Dies sei eine harmlose Variante, die meist nur als Zufallsbefund festgestellt werde und klinisch kaum eine Relevanz habe. Es sei eine leichte Hyperlordose der Lendenwirbelsäule (LWS) vorhanden mit einer leichten lumbal linkskonvexen Skoliose, wobei das Lot von C7 einen halben Zentimeter links der Rima ani falle. Alle drei Wirbelsäulenabschnitte seien normal beweglich. Radikuläre Zeichen seien nicht vorhanden. Die Beschwerdeführerin habe bei der Untersuchung spontan den Langsitz eingenommen, was eine relevante lumbale neurale Kompression ausschliesse. Alle grossen peripheren Gelenke seien normal beweglich. Die Muskulatur sei liegend geprüft nicht verspannt. Die Bioimpedanz-Analyse habe eine kräftige Muskelmasse von 46 % gezeigt. Eine lang andauernde körperliche Schonung könne daraus nicht abgeleitet werden (S. 27 Ziff.

E. 3.2.3

Die Beschwerdeführerin arbeite seit Februar 2000 bei der A.____ AG. Gegenwärtig übe sie ein Pensum von 25 % aus. Sie könne die angestammte Tätigkeit ganztags zu 100 % ausüben. Im Haushalt sei sie nicht eingeschränkt. Es habe nie eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden (S. 29 Ziff. 9.1 und 9.2). In einer adaptierten Tätigkeit bestehe ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 29 Ziff. 9.3).

E. 3.3

Die Beschwerdegegnerin verneinte mit Verfügung vom 23. September 2013 (Urk. 7/51) einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. 4.

E. 4

und 7).

Das Administrativgutachten genüge den von der Lehre und Praxis entwickelten Grundsätzen an den Beweiswert von ärztlichen Gutachten nicht. Es sei nicht nachvollziehbar, dass in einer angepassten Tätigkeit nur die psychiatrische Einschränkung der Leistungsfähigkeit eine Rolle von 20 % spielen sollte. Die unterschiedlichen und verschiedenartigen gesundheitlichen Einschränkungen stünden in gegenseitigen Wechselwirkungen. Dies sei bis anhin seitens der Gutachter und der Beschwerdegegnerin nicht genügend berücksichtigt worden (S. 5 Ziff. 12). Bei einer Addition wäre eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % gegeben. Die Beschwerdeführerin spüre zudem weiterhin die psychischen Auswirkungen der durchgemachten Covid-19-Infektion (S. 5 f.

Ziff. 12 und 13). Des Weiteren sei eine Haushaltabklärung angezeigt (S. 6 Ziff. 14). Im Rahmen der Invaliditätsbemessung sei sodann ein leistungsbedingter Abzug angebracht. Aufgrund der persönlichen und beruflichen Merkmale sei ein Abzug von 25 % angezeigt. Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin die verbleibende Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit einem unterdurchschnittlichen Einkommen verwerten könne (S. 6 Ziff. 15).

E. 4.1.1

Die Beschwerdeführerin ist seit dem 17. Mai 2017 bei Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in ambulanter psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung (Urk. 7/54 S. 1 Mitte).

Dr. C.____ gab im Bericht vom 29. Mai 2019 (Urk. 7/54 = Urk. 7/65) zur aktuellen Situation an, die Beschwerdeführerin sei müde, erschöpft, niedergeschlagen, fühle sich innerlich leer und klage über eine Schlafstörung. Es falle ihr schwer ein- und durchzuschlafen und in Gang zu kommen. Sie habe Interessen und die Freude am Leben verloren (S. 1 unten). Dr. C.____ führte zum Psychostatus aus, die Stimmungslage sei depressiv, bedrückt und traurig. Die Beschwerdeführerin wirke im Antrieb gemindert. Emotional sei sie nicht ausreichend schwingungsfähig. Als sie über ihre Biographie gesprochen habe, sei es zum Affektausbruch gekommen und sie habe geweint. Das formale Denken sei verlangsamt, gehemmt und teilweise umständlich. Das inhaltliche Denken sei durch eine Traumatisierung geprägt. Hinweise auf psychotische Zustände, Halluzinationen, Wahn oder Ich-Störungen bestünden nicht (S. 2 f.). Es liege eine residuale Minus-Symptomatik vor

unter anderem mit einer Affektverflachung und einer Sprachverarmung hinsichtlich des Inhaltes und des Gesprochenen und mit einer Apathie, einer Anhedonie, einer reduzierten Aufmerksamkeit und Konzentration und einem sozialen Rückzug (S. 3 oben).

Ausserdem seien frei flottierende und situativ beziehungsweise interpersonelle ausgelöste Ängste geschildert worden und somatisierte Angstkorrelate aufgedeckt worden. Die Beschwerdeführerin bekomme eine innere Unruhe und habe die Angst zu sterben. Es handle sich um die Symptome Herzklopfen, Nervosität, Zittern, Muskelverspannung, Schwitzen, Benommenheit, Schwindelgefühle und eine Beklemmung in der Brust. Dabei bekomme sie das Gefühl, die Kontrolle über sich zu verlieren. Die geschilderten Symptome seien ein Kennzeichen für eine Angststörung (S. 3 Mitte).

E. 4.1.2

Dr. C.____ nannte als Diagnosen eine depressive Störung, bei schwerer Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.1-32.2), eine Angststörung mit Panikattacken (ICD-10 F41.0) und eine chronische Schmerzstörung (ICD-10 45.4, S. 3 unten).

Die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sei neu in das ICD-10 aufgenommen worden. Sie beziehe sich auf Schmerzen, die durch einen somatischen Krankheitsfaktor ausgelöst worden seien und in der Regel auch aufrechterhalten würden oder bei denen ein somatischer Auslösefaktor oder eine besondere Aufrechterhaltung der Beschwerden sehr wahrscheinlich seien (S. 5 oben). Die Beschwerdeführerin leide an einem chronischen lumbospondylogenen Syndrom. Die Störung führe zu Schmerzen. Es bestünden eine Passivität und Schon- und Fehlhaltungen. Ausserdem liege eine soziale und familiäre Belastung vor (Arbeitslosigkeit, soziale

Isolierung), was sie aus psychiatrischer Sicht nicht verarbeiten könne. Die Kriterien einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren seien erfüllt (S. 5 Mitte). Die therapeutische ambulante Behandlung finde wöchentlich statt (S. 5 unten).

Die Beschwerdeführerin sei aufgrund der psychischen Funktionsstörungen nicht in der Lage, eine leichte Tätigkeit auszuführen. Es liege eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vor (S. 6 unten).

E. 4.2

Dr. Y.____ nannte im Bericht vom 14. September 2019 (Urk. 7/61/1-4) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Panvertebralsyndrom,

cervical und lumbal betont, belastungsabhängige posteromediale Knieschmerzen links, eine depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, und eine Angststörung mit Panikattacken (Ziff. 2.5). Dr. Y.____ nannte sodann als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine arterielle Hypertonie und eine Schrumpfniere rechts bei Status nach Pyelonephritis vor Jahren (Ziff. 2.6).

Dr. Y.____ gab zur Arbeitsfähigkeit an, für eine körperlich leichte, wechselbelastende, vorwiegend sitzende Tätigkeit, die psychisch nicht allzu anstrengend sei, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von maximal 30%. Es solle sich um eine Tätigkeit handeln ohne Heben und Stossen von schweren Lasten und ohne repetitive Bewegungen. Berufliche Massnahmen kämen aufgrund fehlender Voraussetzungen nicht in Frage (Ziff. 2.7).

E. 4.3

unten). Das Kurzzeit- und das Langzeitgedächtnis seien im klinisch-psychopathologischen Befund nicht nennenswert beeinträchtigt gewesen. Psychomotorisch wirke die Beschwerdeführerin durchaus rege und lebhaft (S. 41 oben). Auf der Persönlichkeitsebene wirke sie umgänglich. Merkmale einer Persönlichkeitsstörung von Krankheitswert entsprechend den Kriterien des ICD-10 lägen nicht vor. Sie sei auf der Persönlichkeitsebene emotional hinlänglich stabil (S. 41 unten).

Die Beschwerdeführerin habe anamnestisch über mehrere depressive Episoden in der Vergangenheit berichtet. Bereits wenige Jahre nach der Immigration in die Schweiz sei eine erste psychiatrische Behandlung inklusive einer Psychopharmakotherapie erfolgt. Eine erneute depressive Dekompensation sei nach der schweren Erkrankung des Ehemannes aufgetreten, wobei sich der psychopathologische Befund nach der Schilderung der Beschwerdeführerin innerhalb einiger Monate stabilisiert habe. Mit dem Verlust des Arbeitsplatzes vor etwa drei Jahren sei sie erneut in eine depressive Symptomatik geraten. Die Beschwerdeführerin schildere darüber hinaus körperbezogene Schmerzen, welche nicht vollumfänglich durch somatische Befunde zu erklären seien (S. 42 Ziff. 6 unten). Dr. F.____ nannte als Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit bezüglich der letzten Tätigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittel schwere depressive Episode (ICD-10 F33.1). Als Diagnose ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit nannte er eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41, S. 43 Ziff. 6).

Aktuell bestehe vor dem Hintergrund schwieriger, fortbestehender psychosozialer Belastungsfaktoren eine depressive Symptomatik. Diese sei verknüpft mit seit vielen Jahren bestehenden chronischen Schmerzen am Stütz- und Bewegungsapparat. Es liege eine dysfunktional nach innen gerichtete Selbstwahrnehmung vor. Die sozialen Kontextfaktoren

seien problematisch (S. 43 Ziff. 7.1). Unter kontinuierlicher psychiatrisch-psychotherapeutischer Fachbehandlung einschliesslich einer Psychopharmakotherapie sei eine Teilremission der Depression erzielt worden. Dr. C.____ habe anfänglich eine mittelschwere bis schwere depressive Episode beschrieben. Die Diagnose lasse sich hinsichtlich des Schweregrades auf der Basis der erhobenen Befunde nicht mehr aufrechterhalten (S. 43 Ziff. 7.2). Eine Reintegration in die Arbeitswelt sei bisher nicht möglich gewesen. Es sei jedoch auch festzuhalten, dass sich die Beschwerdeführerin in ihrer Lebenssituation eingerichtet habe und sie sich eine Rückkehr in eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr vorstellen könne. Es bestünden passive Entpflichtungs- und Versorgungswünsche, die einer Reintegration in den Arbeitsmarkt diametral entgegenstünden (S. 44 Ziff. 7.2).

Die geschilderten Ganzkörperschmerzen seien hinsichtlich der Intensität und der Ausgestaltung der Beschwerden nicht konsistent zu den erhobenen psychopathologischen Befunden und dem Verhalten der Beschwerdeführerin. Lebhaftige Bewegungsabläufe passten nicht zur geschilderten Schmerzproblematik. Ferner sei festzuhalten, dass der psychopathologische Befund keineswegs so gravierende depressive Züge aufweise, wie die Beschwerdeführerin zunächst dargestellt habe. Das Aktivitätsniveau im Alltag, die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur und der geschilderte Tagesablauf sprächen ebenfalls gegen das Vorliegen einer mittelschweren oder gar schweren depressiven Episode (S. 44 Ziff. 7.3 Mitte). Gegenüber den Angaben von Dr. C.____ habe sich bezüglich der rezidivierenden depressiven Störung eine Stabilisierung (Teilremission) eingestellt (S. 44 Ziff. 7.3 unten). Die Beschwerdeführerin sei durchaus in der Lage, sich an Regeln und Routine anzupassen. Es gelinge ihr, Aufgaben zu planen und zu strukturieren. Die Flexibilität und die Umstellungsfähigkeit seien ausreichend erhalten. Ausreichende Ressourcen bestünden im Bereich Produktivität und Spontanaktivitäten. Die Widerstands- und Durchhaltefähigkeit sowie die Selbstbehauptungsfähigkeit seien vor dem Hintergrund der Affektregulationsstörung leicht beeinträchtigt. Die Interaktions- und die Kontaktfähigkeit mit Dritten sei ausreichend erhalten. Dies gelte auch für die Gruppenfähigkeit (S. 46 Ziff. 7.4).

Für die bisherige Tätigkeit bestehe eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20%. Dies aufgrund der vermehrt nach innen gerichteten Selbstwahrnehmung und einer Affektregulationsstörung im Zuge der depressiven Erkrankung. Es bestehe daher bezogen auf ein Pensum von 100% eine Arbeitsfähigkeit von 80%. Die Arbeitsunfähigkeit von 20% lasse sich retrospektiv mit der Aufnahme der Behandlung bei Dr. C.____ im Jahr 2017 begründen (S. 45 Ziff. 8). Für eine angepasste Tätigkeit bestehe ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 80% (S. 46 Mitte).

E. 4.3.1

Die Beschwerdegegnerin gab beim D.____ ein interdisziplinäres Gutachten in Auftrag, das am 16. November 2020 (Urk. 7/82) erstattet wurde. Das Gutachten beruht auf den fachärztlichen Untersuchungen vom 14. September 2020 durch Dr. med.

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

F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie (S. 3

Ziff. 2 oben).

Im rheumatologischen Teilgutachten (Urk. 7/82/20-32) wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe als Hauptproblem Schmerzen in der ganzen linken Seite

angegeben . Es handle sich um die linke Schulter , den Arm sowie das linke Bein und speziell das linke Knie (S. 21 Ziff. 3.1). Die Beschwerden hätten vor etwa 25 Jahren begonnen, als sie in der Annahme eines Problems an der linken Brust den Hausarzt aufgesucht habe (S. 22

Ziff.

E. 4.3.2

Für die angegebenen Schmerzen fänden sich in der physischen Analyse gewisse Substrate. Das linke Schultergelenk sei in den aktiven Funktionen leicht eingeschränkt. Aktivitäten gegen einen Widerstand lösten Schmerzen aus. Die Situation sei gut mit der häufig zu diagnostizierenden Tendinopathie von Sehnen des Rotatorenapparats zu vereinbaren. Eine gewisse Kraftminderung des linken Arms sei in der Pathogenese weniger klar . Als Differentialdiagnose kämen ein Schonverhalten im Rahmen der Schulterpathologie und ein Relikt nach einem früheren Kompressionssyndrom in Frage (S. 26 Ziff. 6 oben). Schmerzen im Bereich des linken Hüftgelenks liessen zusammen mit einer deutlichen funktionellen Einschränkung an die Möglichkeit arthrotischer Veränderungen des Gelenks denken, was sich im Röntgenbild nicht bestätigt habe. Die Hüftstörung bleibe vorerst unklar. Sie sei für die Beurteilung aber nicht relevant (S. 26 Ziff. 6 Mitte). Dr. E.____ nannte als rheumatologische Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit einen Verdacht auf eine leichte bis mässige Tendinopathie der Rotatorenmanschette links und einen Zustand nach anamnestischer Zervikobrachialgie

links mit leichten Armfunktionsdefiziten bei kongenitalem Blockwirbel C3/4. Als Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit nannte er eine ätiologisch unklare Funktionsstörung des linken Hüftgelenks und degenerative Veränderungen des lumbosacralen Übergangs (S. 26 Ziff. 6 unten).

Das Vorliegen eines Schmerzniveaus von 10/10 auf der Analogskala könne weder anhand der von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden noch der erhobenen Befunde nachvollzogen werden (S. 28 Ziff. 7.3). Im Bereich der linken oberen Extremität zeigten sich eine gewisse Verminderung der Kraft und der Sensibilität bei Dermatome C8, die vermutlich das Relikt einer vor Jahren festgestellten Zervikobrachialgie links seien und die für belastende Tätigkeiten ein gewisses Handicap darstellten . Das gleiche gelte für die festgestellte vermutliche

Tendinopathie des linken Schultergelenks mit gewissen Auswirkungen auf die Belastbarkeit der Schulter und des Arms (S. 28 Ziff. 7.4). Für die bisherige Tätigkeit bestehe eine leicht reduzierte Arbeitsleistung von 20 bis maximal 30 % durch eine etwas verminderte Einsatzfähigkeit des linken Arms. Entsprechend liege eine Arbeitsfähigkeit von 70-80 %

vor (S. 29 Ziff. 8). Im Hinblick auf eine angepasste Tätigkeit sei auf mit grösserer Kraft der linken oberen Extremität und mit Hebebelastung auszuführende Arbeitsvorgänge zu verzichten. Nicht möglich seien zudem rasche, repetitive Vorgänge und Arbeitsprozesse mit hoher feinmotorischer Anforderung (S. 30 oben). Für eine solche angepasste Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 30 Mitte).

E. 4.3.3

Dr. F.____ führte im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 7/82/33-49) aus, die Beschwerdeführerin fühle sich krank und könne wegen der Schmerzen und einer

Depression nicht arbeiten. Zur Entwicklung einer Depression sei es durch eine schwere Kindheit und weitere Belastungsfaktoren in ihrem Leben gekommen (S. 34 Ziff.

E. 4.3.4

Die Beschwerdeführerin habe mit ausreichender Aufmerksamkeit das gesamte Explorationsgespräch verfolgt. Sie habe sich auf die jeweiligen Gesprächsinhalte und Gesprächstempi ein- und umstellen können. Die Konzentration und die Umstellungsfähigkeit hätten auch gegen Ende der Exploration nicht nachgelassen. Formalgedanklich sei sie geordnet, kohärent und keineswegs depressiv gehemmt oder gar gesperrt gewesen (S. 40 Ziff.

E. 4.3.5

Die Gutachter des D.____ nannten in der interdisziplinären Beurteilung als relevante Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit, S. 6 Ziff. 4.2): - Zustand nach anamnestischer Zervikobrachialgie links mit leichten Armfunktionsdefiziten bei kongenitalem Blockwirbel C3/4 - Verdacht auf leichte bis mässige Tendinopathie der Rotatorenmanschette links - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F33.1)

Die Gutachter stellten sodann folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 6 Ziff. 4.2): - funktionelle Hüftgelenksstörung links, unklarer Ätiologie - degenerative Veränderungen des lumbosacralen Übergangs - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

Für die bisherige Tätigkeit bestehe gesamthaft eine Arbeitsfähigkeit von 70 % . Eine psychiatrisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20 % lasse sich retrospektiv ab dem Zeitpunkt der Aufnahme der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bei Dr. C.____ im Jahr 2017 begründen. Aus rheumatologischer Sicht könne als möglicher Zeitpunkt die letzte Anmeldung bei der Invalidenversicherung im Juni 2019 angenommen werden (S. 8 Ziff. 4.7). In einer leidens angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % und eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (S. 8 f. Ziff. 4.8). Durch teilweise Addition ergebe sich für die angestammte Tätigkeit für die von rheumatologischer Sicht geschätzte Arbeitsunfähigkeit von 20-30 % und die von psychiatrischer Seite geschätzte Arbeitsunfähigkeit von 20 % gesamthaft eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % . Für eine angepasste Tätigkeit spiele ausschliesslich die aus psychiatrischer Sicht bestehende Leistungseinschränkung von 20 % eine Rolle (S. 9 Ziff. 4.9).

E. 4.4

Dr. med. G.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin, nahm am 6. Januar 2021 (Urk. 7/86 S. 4 ff.) Stellung zum Gutachten des D.____ vom 16. November 2020. Er führte aus, gemäss dem Gutachten bestünden als Diagnosen mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Zustand nach anamnestischer Zervikobrachialgie links mit Armfunktionsdefiziten bei kongenitalem Blockwirbel C3/4, ein Verdacht auf eine leichte bis mässige Tendinopathie der Rotatorenmanschette links und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelschwere depressive Episode (S. 4 unten).

Ein Gesundheitsschaden sei vorhanden. Für die bisherige Tätigkeit bestehe aus rheumatologischer Sicht eine leicht reduzierte Arbeitsleistung durch eine etwas verminderte

Einsatzfähigkeit des linken Arms . Als Belastungsprofil seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten möglich. Es sei auf Arbeitsvorgänge

mit grösserer Kraft und einer Hebelbelastung des linken Arms sowie rasche repetitive Arbeitsvorgänge und hohe feinmotorische Anforderungen zu verzichten. Zudem sei die Affektregulationsstörung zu berücksichtigen . In der bisherigen Tätigkeit als Verpackungsmitarbeiterin und für den Haushalt bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von gesamthaft 30 % . Dabei bestehe aus rheumatologischer Sicht eine Einschränkung von 20-30 % und aus psychiatrischer Sicht von 20 % . Allfällige Einschränkungen im Haushalt sollten durch eine Haushaltabklärung beurteilt werden. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (S. 5 oben). Das Gutachten des D.____ beruhe auf eigenen Untersuchungen der Gutachter , erscheine schlüssig, umfassend und berücksichtige die gesamte Aktenlage sowie sämtliche Beschwerden und Symptome. Auf das Gutachten könne abgestellt werden (S. 6 oben).

E. 4.5

Dr. C.____ gab im Bericht vom 20. Mai 2021 (Urk. 7/103 = Urk. 7/106/2-7) an, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich verschlechtert. Es seien Symptome für eine schwere depressive Störung aufgetreten. Es handle sich um eine Vernachlässigung der eigenen Pflege, Unsicherheit, Zurückhaltung, eine herabgesetzte Mimik und Gestik, eine gehemmte Psychomotorik, eine depressive Stimmungslage, Verlust von Interesse, ein vermindertes Denk- und Konzentrationsvermögen, ein vermindertes Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, Suizidgedanken, Schlafstörungen , ein Stimmungstief am Morgen etc. (S. 1 Mitte).

Dr. C.____ stellte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.2): - rezidivierende depressive Störung, mittlere bis schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) - Angststörung mit Panikattacken (ICD-10 F41.0) - chronische Schmerzen mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

Es lägen eine depressive Stimmung, ein Interesseverlust, Freudlosigkeit und ein verminderter Antrieb vor. Weiter bestünden ein vermindertes Selbstwertgefühl und Schuldgefühle gegenüber ihren Kindern, Vergesslichkeit, Konzentrationschwierigkeiten, eine innere Unruhe und eine gehemmte Psychomotorik (S. 2 oben). Es liege daher eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome vor (S. 2 unten).

Dr. C.____ gab als veränderte Befunde an, die Mimik und Gestik sei unruhig. In der Psychomotorik wirke die Beschwerdeführerin verlangsamt. Die Stimmung sei gedrückt, traurig, hoffnungslos, freudlos und schwermütig. Die Affektivität sei eingeengt, apathisch und weinerlich. Es bestehe ein Mangel an Schwung, Spontanität und Initiative. Im Antrieb wirke sie gemindert (S. 3 unten). Des Weiteren seien die Aufmerksamkeit und Konzentration reduziert und die Urteils- und Kritikfähigkeit sei nicht ausreichend vorhanden Die kognitive Erlebnis- und Bewertungsebene sei leicht bis mittelgradig beeinträchtigt. Im Lebensalltag stelle sich eine vermehrte Reizbarkeit heraus, bei der die Patientin zu explosiven Gefühlsausbrüchen neige (S. 4 oben).

Die therapeutische Behandlung erfolge in unterschiedlichen Rhythmen, ein- bis dreimal im Monat. Die letzte Behandlung habe am 15. Dezember 2020 stattgefunden (S. 5 oben). Dr. C.____ bestätigte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 6 unten).

E. 4.6

Dr. G.____ gab in der Stellungnahme vom 27. Juli 2021 (Urk. 7/107 S. 3 f.) an, im Vorbescheidverfahren seien im Wesentlichen vorbekannte und bereits gut achterlich gewürdigte Sachverhalte neu dargelegt und juristisch beurteilt worden (S. 3 unten). Im Bericht von Dr. C.____

finde sich kein Hinweis auf psychische Veränderungen im Rahmen einer durchgemachten Covid-19-Infektion. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin habe selber angegeben, dass sie wieder gesund sei. Eine dauerhafte psychische Alteration könne somit nicht angenommen werden. Es handle sich nicht um objektiv erneuerte Belange, sondern um Aussagen, die im psychiatrischen Teilgutachten des D.____ bereits kritisch als nicht schlüssig und nachvollziehbar diskutiert worden seien (S. 4 Mitte). 5. 5.1

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 5.2

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

Die für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen (vgl. Art. 27 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). 5.3

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). 5.4

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen geschamhaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ aa -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 mit Hinweisen).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgericht s 9C_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2). 5.5

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (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. 6

S. 2 Ziff. 4).

Die Beschwerdeführerin habe bei der Begutachtung angegeben, dass sie ihr Arbeitspensum aufgrund ihres Gesundheitszustandes reduziert habe und sie den Haushalt grösstenteils selbständig bewältige. Im Erwerbsbereich liege ange stammt und angepasst eine Leistungsminderung von 30 % und 20 % vor. Es sei davon auszugehen, dass im Haushalt höchstens eine geringe Einschränkung vor liege. Eine genaue Abklärung der Qualifikation ändere mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nichts am Entscheid (S. 2 Ziff. 5). Bei Frauen wirke sich das Alter im Segment 40 bis 64/65 eher lohn erhöhend aus. Ein allfälliger Abzug vom Tabellenlohn sei daher nicht gerechtfertigt (S. 2 Ziff. 6).

E. 6.1

Die Beschwerdeführerin meldete sich am 5. Juni 2019 erneut bei der Invalidenversicherung an (Urk. 7/52). Seit Mai 2017 ist sie bei Dr. C.____ in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Der Psychiater nannte im Bericht vom 29. Mai 2019 als Diagnosen eine depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, eine Angststörung mit Panikattacken und eine chronische Schmerzstörung. Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (E. 4.1.2 hier vor). Am 20. Mai 2021 berichtete Dr. C.____ über eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin. Er bestätigte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (E. 4.5).

Die Gutachter des D.____ nannten dagegen als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Zustand nach anamnestischer Zervikobrachialgie links mit leichten Armfunktionsdefiziten bei kongenitalem Blockwirbel C3/4, einen Verdacht auf eine leichte bis mässige Tendinopathie der Rotatorenmanschette links und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittel schwere depressive Episode. Eine funktionelle Hüftgelenksstörung links, degenerative Veränderungen des lumbosacralen Übergangs und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren wurden den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu gerechnet (vorstehend E. 4.3.5). Aus rheumatologischer Sicht wurde für die bisherige Tätigkeit als Verkäuferin eine Arbeitsfähigkeit von 70-80 % attestiert. Für eine angepasste Tätigkeit besteht von rheumatologischer Seite eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (E. 4.3.2). Aus psychiatrischer Sicht wurde für die bisherige und eine angepasste Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % attestiert (E. 4.3.4 hiervor). Gesamthaft attestierten die Gutachter für die bisherige Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % und für eine angepasste Tätigkeit eine solche von 80 % (E. 4.3.5 hiervor). RAD-Arzt Dr. G.____ schloss sich der Einschätzung durch die Gutachter des D.____ an (E. 4.4).

E. 6.2

Zunächst ist auf die Statusfrage einzugehen.

Die Beschwerdegegnerin stellte

im internen Feststellungsblatt vom 1. April 2011 darauf ab, dass die Beschwerdeführerin mit einem Anteil von 70 % erwerbstätig und mit einem Anteil von 30 % im Haushalt tätig wäre (Urk. 7/18 S. 3 Mitte; vgl. auch Urk. 7/17). Die Einschätzung beruht auf dem dazumal von der Beschwerdeführerin bei der A.____ AG ausgeübten Erwerbsspensum von 30 Stunden pro Woche (Urk. 7/9/2 Ziff. 2.9). Die Beschwerdegegnerin hielt in der Folge an der Qualifikation fest (Urk. 7/47 S. 3 unten, Urk. 7/74 S. 3 oben).

Dr. Z.____ attestierte im Gutachten vom 17. Mai 2013 eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (E. 3.2.3). Die Beschwerdeführerin übte in der Folge jedoch kein volles Erwerbsspensum aus, obwohl ihr dies gemäss medizinischer Einschätzung möglich gewesen wäre. Dass sie im Gesundheitsfall mit einem höheren Erwerbsspensum als 70 %

beziehungsweise gar zu 100 % gearbeitet hätte, erweist sich daher als nicht überwiegend wahrscheinlich. Ausserdem ergeben sich im Vergleich zu 2011 beziehungsweise 2013 keine wesentlichen Veränderungen in den tatsächlichen Verhältnissen, welche eine Änderung in der sozialversicherungsrechtlichen Qualifikation rechtfertigen würden. Die Beschwerdeführerin ist daher weiterhin als mit einem Anteil von 70 %

im Erwerb und 30 % im Haushalt Tätige zu qualifizieren, was zur Anwendung der gemischten Methode führt. Bei der Bestimmung der Einschränkung im Haushalt können die Angaben der Beschwerdeführerin gegenüber den Gutachtern des D.____

zu den im Haushalt zu bewältigenden Arbeiten herangezogen werden. Auf die Durchführung einer Haushaltklärung ist daher entgegen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 6 Ziff. 14) zu verzichten.

E. 6.3

Das Gutachten des D.____ vom 16. November 2020 beruht auf den erforderlichen fachärztlichen Untersuchungen und erweist sich für die streitigen Belange als umfassend. Die Gutachter gingen

ausreichend auf die geklagten Beschwerden ein und setzten sich mit den massgeblichen Vorakten auseinander. Dass die Gutachter

die gesundheitlichen

Wechselwirkungen nicht berücksichtigt hätten, wie die Beschwerdeführerin beanstandete (Urk. 1 S. 5 Ziff. 12), trifft nicht zu. Die Wechselwirkungen wurden

im Rahmen der Konsensbeurteilung der Gutachter des D.____

berücksichtigt. Insbesondere kann den festgestellten Einschränkungen im Bereich der linken oberen Extremität

gemäss der Einschätzung durch die Gutachter in einer optimal angepassten Tätigkeit Rechnung getragen werden.

Im Weiteren besteht der Zweck auch eines interdisziplinären

Gutachtens darin, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu bringen. Der abschliessenden, gesamthaften Beurteilung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit kommt damit dann grosses Gewicht zu, wenn sie auf der Grundlage einer Konsensdiskussion der an der Begutachtung mitwirkenden Fachärzte erfolgt (BGE 143 V 124

E. 2.2.4, 137 V 210 E. 1.2.4; Urteil e

des Bundesgerichts 8C_84/2022 vom 19. Mai 2022 E. 5.1, 8C_483/2020 vom 26. Oktober 2020 E. 4.1 mit Hinweisen). Häufig besteht kein Anlass, unter verschiedenen medizinischen Titeln ausgewiesene Teilarbeitsunfähigkeiten zu kumulieren, da der Umfang der grössten Teileinschränkung auch die weiteren Entlastungserfordernisse abdeckt. Selbst wenn sich beispielsweise neben einer aus psychiatrischer Sicht eingeschränkten Arbeitsfähigkeit zusätzlich noch eine somatisch begründbare "quantitative" Arbeitsunfähigkeit isoliert darstellen liesse, könnte daraus nicht ohne weiteres auf eine Erhöhung der insgesamt, aus sämtlichen Beschwerden resultierenden Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden. Eine einfache Addition verschiedener Teilarbeitsunfähigkeiten kann je nach den konkreten Fallmerkmalen ein zu hohes oder zu niedriges Ergebnis zeitigen (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, I 514/06 E. 2.1; Urteile 8C_793/2017 vom 8. Mai 2018 E. 5.3 und 9C_345/2017 vom 30. August 2017 E. 3.3.1). Ob sich die einzelnen aus mehreren Behinderungen resultierenden Einschränkungsgrade summieren und in welchem Masse, betrifft eine spezifisch medizinische Problematik und Einschätzung, von der das Gericht grundsätzlich nicht abrückt (Urteil e des Bundesgerichts 8C_483/2020 vom 26. Oktober 2020 E. 4.1, 9C_461/2019 vom 22. November 2019 E. 4.2 mit weiteren Hinweisen). Vorliegend erklärten die Gutachter im Rahmen der Konsensbeurteilung in nachvollziehbarer Weise, dass es in der angestammten Tätigkeit zu einer teilweisen Addition der somatischen und psychischen Einschränkung kommt, sodass eine Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit von insgesamt 70 % resultiert. Davon abzuweichen, wie von der Beschwerdeführerin beantragt (vgl. Urk. 1 S. 5 f. Ziff. 12), bestehen keine Gründe. In angepasster Tätigkeit zu berücksichtigen ist ferner lediglich die Einschränkung aus psychiatrischer Sicht, so dass für eine solche Tätigkeit aus rheumatologischer Sicht von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % und gesamthaft von 80 % ausgegangen werden kann (E. 4.3.2).

Insgesamt vermag das Gutachten des D.____

somit

sowohl in Bezug auf die gestellten Diagnosen, die Beurteilung der medizinischen Situation als auch die Schlussfolgerungen hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen. Es erlaubt zudem die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens. Das Gutachten erfüllt daher die Anforderungen an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens (vgl. E. 5.1). Da auf das Gutachten abgestellt werden kann, erübrigen sich weitere medizinische Abklärungen.

E. 6.4

Die Gutachter des D.____ konnten

den von Dr. C.____

festgestellten Befund und die von ihm gestellten Diagnosen einer Angststörung mit Panikattacken und einer mittleren bis schweren depressiven Episode nicht bestätigen.

Gemäss

Dr. F.____

wirkte die Beschwerdeführerin bei der Begutachtung beispielsweise psychomotorisch durchaus rege und lebhaft

und konnte sich auf die jeweiligen Gesprächsinhalte und Gesprächstempi ein- und umstellen. Die Konzentration und die Umstellungsfähigkeit hatten auch gegen Ende der Exploration nicht nachgelassen. Gutachter Dr. F.____ stellte aufgrund der von ihm erhobenen Befunde darauf ab, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit Beginn der Behandlung durch Dr. C.____

im Jahr 2017 im Sinne einer Teilremission der depressiven Symptomatik verbessert hat (vorstehend E. 4.3.4).

Dass sich der Gesundheitszustand seit der Begutachtung

erneut verschlechtert haben könnte, ist dagegen nicht erstellt. Gemäss RAD-Arzt Dr. G.____

erhält der Bericht von Dr. C.____

vom 20. Mai 2021 keine neuen Befunde, die nicht bereits im Rahmen des

psychiatrischen Teilergutachtens diskutiert worden wären (E. 4.6 hier vor). Im Bericht vom 20. Mai 2021 wurden zudem zahlreiche Passagen aus dem früheren Bericht vom 29. Mai 2019 teils wörtlich wiederholt (vgl. Urk. 7/54 S. 4, S. 5 oben, Urk. 7/103 S. 2 f.). Die Einschätzung

durch Dr. C.____

ist

daher

zurückhaltend zu bewerten. In diesem Zusammenhang ist zudem auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, wonach Hausärzte - beziehungsweise regelmässig behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2) - mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Es ist daher auf die Beurteilung durch die Gutachter des D.____ abzustellen.

Im Bericht von Dr. C.____ vom 20. Mai 2021 finden sich sodann keine Hinweise auf eine durchgemachte Covid-19-Infektion oder auf darauf zurückzuführende bleibende psychische Veränderungen (vgl. auch Urk. 3 S. 1), wie die Beschwerdeführerin geltend machte (Urk. 1 S. 6 Ziff. 13). Es ist daher nicht davon auszugehen, dass aufgrund der durchgemachten Erkrankung die Einschätzung der D.____-Gutachter nicht mehr zutrifft.

E. 6.5

Gutachter Dr. F.____ nannte als Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelschwere depressive Episode. Die diagnostizierte chronische Schmerzstörung wirkt sich gemäss Dr. F.____ nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus (E. 4.3.4 hiervor). Nach dem psychiatrischen

Teilergutachten von

Dr. F.____

ergeben sich die diagnostizierten Befunde als nicht schwerwiegend ausgeprägt. Die Beschwerdeführerin befindet sich seit Mai 2017 erneut in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Aktuell erfolgt die Behandlung jedoch

lediglich mit einer Frequenz von einer Sitzung im Monat (E. 4.3.3). Im Hinblick auf den Behandlungs- und Eingliederungserfolg der bisherigen Therapien besteht daher noch ein Verbesserungspotential im Sinne einer Intensivierung der psychiatrischen Behandlung.

Dr. F. ___ wies zudem darauf hin, dass sich die Beschwerdeführerin in ihrer Lebenssituation eingerichtet hat (E. 4.3.4). Der Komplex «Gesundheitsschädigung» ist daher nicht schwerwiegend ausgeprägt.

Dr. F. ___ verneinte das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung (E. 4.3.4). Die Beschwerdeführerin verfügt sodann über gute Kontakte in der Verwandtschaft und über Bekanntschaften (vorstehend E. 4.3.3).

Eine soziale Isolierung oder ein sozialer Rückzug besteht somit nicht. Der psychiatrische Gutachter wies zudem auf die fehlende Konsistenz der erhobenen Befunde zur geschilderten Schmerzproblematik hin. Nach dem psychopathologischen Befund bestehen zudem keine derart gravierenden depressiven Züge, wie die Beschwerdeführerin zunächst geltend machte (E. 4.3.4). Aus psychiatrischer Sicht ist daher nach der Prüfung der Standardindikatoren, wie von den Gutachtern attestiert, von einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 80 % auszugehen.

E. 6.6

Gesamthaft ist somit auf das Gutachten des D. ___ abzustellen. Im Vergleich zum Zeitpunkt der Verfügung vom 23. September 2013 (Urk. 7/51), in welchem keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt und eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert wurde (vgl. vorstehend E. 3.2.2), ist somit eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten. Zu prüfen bleibt, ob sich diese rentenbegründend auswirkt. 6.7

Das von der Beschwerdeführerin zuletzt erzielte Einkommen, umgerechnet auf ein volles Erwerbsspensum,

von Fr. 35'831.-- (Fr. 13'650.-- : 16 x 42; vgl. Urk. 7/104/2 Ziff. 2.3, Urk. 7/104/4 Ziff. 5.1; vgl. auch Urk. 7/58), liegt deutlich mehr als 5 % unter dem gemäss LSE 2018 TA1_tirage_skill_level in einer einfachen Tätigkeit körperlicher oder handwerklicher Art (Kompetenzniveau eins) erzielbaren massgeblichen (Invaliden-) Einkommen von Fr. 52'452. — bei 100 %

(Fr. 4'371.— x 12; ohne Berücksichtigung der betriebsüblichen Arbeitszeit). Selbst wenn zu Gunsten der Beschwerdeführerin von einer Parallelisierung (vgl. BGE 141 V 1 E. 5.4, 135 V 58 E. 3.1, 135 V 297 E. 6.1.2, 134 V 322 E. 4.1) abgesehen, stattdessen auch für die Bestimmung des Valideneinkommens

direkt auf die Tabellenlöhne der LSE abgestellt und ein

vorliegend maximal zu gewählender leidensbedingter Abzug von 15 % gewährt würde, resultiert kein rentenbegründender Invaliditätsgrad, weshalb die genaue Bezifferung der Vergleichseinkommen sowie die zutreffende Höhe eines allfälligen leidensbedingten Abzugs letztlich offen gelassen werden kann. Raum für einen über 15 % gehenden

beziehungsweise für den beantragten leidensbedingten Abzug von 25 % (vgl. Urk. 1 S. 6 Ziff. 15) besteht keiner. Nicht nur wurde der beantragte Abzug kaum begründet (genannt wurden das fortgeschrittene Alter und verschiedenartige gesundheitliche Probleme).

Vielmehr hielt auch das Bundesgericht in seiner Rechtsprechung regelmässig fest, dass das

fortgeschrittene Alter für sich keinen Abzug rechtfertigt (BGE 146 V 16 E. 7.2.1 mit Hinweisen, Urteile des Bundesgerichts 8C_296/2020 vom 25. November 2020 E. 6.3.2; 9C_439/2020 vom 18. August 2020 E. 4.5.2 und 8C_179/2018 vom 22. Mai 2018 E. 4.2, je mit Hinweisen). Ausserdem liegen weder ausgesprochen viele oder in ihrer Ausprägung besonders schwere Diagnosen vor (vgl. vorsehend E. 4.3.5), noch vermögen diese die Arbeitsfähigkeit sowohl qualitativ als auch quantitativ stark einzuschränken, weshalb sich selbst ein Abzug von 15 % nicht aufdrängt (vgl. vorstehend E. 5.4) .

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass es der Beschwerdeführerin zumutbar ist, in der angestammten Tätigkeit einem 70%-Pensum nachzugehen, was ihrem Erwerbsspensum entspricht und somit zu keinem (Teil-)Invaliditätsgrad im Erwerbsbereich führen würde. Schliesslich ist zu erwähnen, dass die Restarbeits fähigkeit trotz des fortgeschrittenen Alters verwertbar ist, zumal auch die ange stammte Tätigkeit als zu 70 % zumutbar erachtet wurde (vgl. BGE 145 V 2 E. 5.3.1, 138 V 457 E. 3.1).

Somit

würde in Bezug auf das Invalideneinkommen ausgehend vom Tabellenlohn von Fr. 52'452.

--

(Fr. 4'371. -- x 12) bei m zumutbaren Pensum von 80 % bezie hungsweise beim Erwerbsspensum von 70 % und unter Berücksichtigung eines hypothetischen

maximalen leidensbedingten Abzugs von 15 %

ein Wert von Fr. 31'209.-- (Fr. 52'452. -- - 30 % - 15 % = Fr. 31'209.--) resultieren.

Verglichen mit dem V alideneinkommen von Fr. 52'452.--

ergäbe dies ein en Invaliditätsgrad von rund 40 % (Fr. 52'452. -- - Fr. 31'209.-- = Fr. 21'243.-- ; Fr. 21'243.-- / Fr. 52'452. -- = 40 %) , der aufgrund der

sozialversicherungsrechtlichen Quali fication (vorstehend E. 6.2) mit 0.7 zu multiplizieren ist, was zu einem relevanten gewichteten (Teil-) I nvaliditätsgrad von 28 % führt.

Selbst bei einer Einschränkung im Haushalt von 30 % ,

wie von

Dr. G.____

attestiert (E. 4.4) , ergibt sich gewichtet (30 % x 0.3)

lediglich ein Teilinvaliditäts grad von

E. 8

unten).

Der Handeinsatz sei bei der Untersuchung beidseits normal gewesen. Diskrepanz dazu sei die gezeigte maximale Handkraft von 47 % der Norm rechts und 31 % links. Hier habe sicher eine Selbstlimitierung bestanden. Aus rheumatologischer Sicht bestehe keine Ursache für eine verminderte Handkraft beidseits (S. 28 oben).

E. 9

% , welcher addiert mit dem (hypothetischen) Teilinvaliditätsgrad im Erwerbsbereich von 28 % immer noch unter 40 % liegt. Die Beschwerdeführerin gab bei der Begutachtung im D.____ zudem an, dass lediglich schwerere Arbeiten im Haushalt von ihrer Tochter erledigt

würden (E. 4.3.1 hiervor), was gegen eine Einschränkung im Haushalt von 30 % oder mehr spricht. Dies gilt umso mehr, als im Bereich des Haushalts eine weitgehende Schadenminderungspflicht zu beachten ist. Somit besteht keine Veranlassung, eine Haushaltabklärung durchzuführen, da nicht anzunehmen ist, dass diese an obigen Schlussfolgerungen etwas zu ändern vermöchte (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 136 I 229 E. 5.3). 6. 8

Zusammenfassend besteht verglichen mit den Verhältnissen zum Zeitpunkt der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 23. September 2013 bei Anwendung der gemischten Methode kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Die Beschwerdegegnerin hat einen Rentenanspruch daher zu Recht verneint.

Nach dem Gesagten erweist sich der angefochtene Entscheid als rechtmässig. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. 7.

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). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 800.-- festzusetzen und der unterliegenden 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 Abdullah Karakök - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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