

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00291 vom 29. September 2022**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-09-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2022.00291](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00291)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00291 du 29 septembre 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00291 del 29 settembre 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 der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht ( vgl. Rz . 1008 des Kreisschreibens zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems , K S ÜB WE IV , gültig ab 1. Januar 2022 ).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da vorliegend jedoch eine anspruchrelevante Veränderung und ein allfälliger Rentenanspruch ab 2015 zu prüfen sind , sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 1.2**

Erw erbsunfähigkeit ist gemäss Art.

### **E. 1.3**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen , erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem

Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

#### **E. 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 der 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).

#### **E. 1.5**

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisi onsergebnis gestützt auf Art. 74 ter

lit. f IVV auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauf folgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C\_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

#### **E. 1.6**

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. 1.7**

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieerfolglosigkeit auszuschliessen sei (E. 5.1). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1).

Eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten lässt sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann (BGE 148 V 49 E. 6.2.2 mit Hinweis). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

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 Aktivitätenniveaus 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**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

### **E. 2**

Am 24. Mai 2022 erhob die Versicherte Beschwerde gegen die Verfügung vom 19. April 2022 (Urk. 2) und beantragte deren Aufhebung und die Zusprache von Leistungen, insbesondere einer Rente, ausgehend von einem Anmeldedatum vom 1. Juni 2015. Eventuell sei die Sache zur erneuten Abklärung und Begutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 7. Juli 2022 (Urk. 10) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Davon wurde die Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 21. Juli 2022 unter gleichzeitiger Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege in Kenntnis gesetzt (Urk. 12). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt: Es sei gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten keine anspruchrelevante Verschlechterung feststellbar. Die gesundheitliche Einschränkung sei seit der letzten medizinischen Abklärung im Jahr 2016 unverändert (S. 1). Die angestammte Tätigkeit als Reinigungskraft sei aus rheumatologischer Sicht aufgrund des geringen Pensums seit 2013 vollumfänglich zumutbar. Bis September 2015 sei eine angepasste Tätigkeit unter Beachtung eines - näher definierten - Belastungsprofils ebenfalls zu 100 % zumutbar gewesen. Anschliessend sei eine Arbeitsfähigkeit von 70 % mit erhöhtem Pausenbedarf gegeben. Insgesamt ergebe sich daraus aus rheumatologischer Sicht eine maximale Einschränkung von 15 %. Während der ersten eineinhalb Lebensjahre der jüngsten Tochter ab deren Geburt im April 2019 und der damit verbundenen körperlichen Belastung ergebe sich eine zusätzliche Einschränkung von 10 %. In der Tätigkeit als Hausfrau bestehe seit April 2013 eine mindestens 90%ige Arbeitsfähigkeit. Es bestünden keine langdauernden gesundheitlichen Einschränkungen (S. 2).

#### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin machte geltend (Urk. 1), die Begründung der angefochtenen Verfügung sei kaum verständlich. Es werde nicht klar, wie sich die Einschränkung im rheumatologischen Bereich präsentiere. Die psychische Beeinträchtigung werde dabei ausgeblendet, obwohl der psychiatrische Gutachter eine 40%ige Einschränkung im Erwerbsbereich postuliert habe. Weiter bleibe unklar, wie die Beschwerdegegnerin zur Annahme gelange, dass die Beschwerdeführerin im Haushalt seit April 2013 zu 10 % eingeschränkt sei und in welchem Zeitraum sie wie qualifiziert werde (S. 6 Ziff. 12). Weiter sei im Rückweisungsurteil des hiesigen Gerichts verbindlich festgestellt worden, dass sich die psychiatrischen Befunde verändert hätten. Darüber habe man sich bei der Beurteilung hinweggesetzt (S. 6 Ziff. 13). Auf die Aussagen im Y.\_\_\_\_-Gutachten, welchen das Gericht

die Zuverlässigkeit nicht per se abgesprochen habe, werde nicht eingegangen, sondern es werde ihnen eine andere medizinische Ansicht entgegengesetzt. Damit werde gegen den Grundsatz der unzulässigen Einholung einer « second

opinion » verstossen (S. 6 f. Ziff. 14). Im psychiatrischen Gutachten werde von einem kleinen Haushalt ausgegangen, obwohl es sich um einen fünfköpfigen mit einem Kleinkind handle, was nicht einleuchte. Die Beschwerdegegnerin habe keine eigene Standardindikatorenprüfung vorgenommen. Die Haushaltabklärung habe die psychische Problematik nicht mit einbezogen. Zudem seien die weiteren Beeinträchtigungen im rechten Auge sowie die Hypertonie nicht mit beurteilt worden (S. 7).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit Erlass der Verfügung vom 19. September 2014 (Urk.

### **E. 7**

ATSG 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 ausgleichenen Arbeitsmarkt (Abs. 1). 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).

Bei nichterwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen eine Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen. Art. 7 Abs. 2 ATSG ist sinngemäss anwendbar (Art. 28a Abs. 2 IVG in Verbindung mit Art.

### **E. 7.1**

Wie nachfolgend zu zeigen ist, stützt der Haushaltabklärungsbericht die medizinische Einschätzung.

### **E. 7.2**

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

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

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

Einer ärztlichen Fachperson, die sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltsführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat, bedarf es nur in Ausnahmefällen, namentlich bei unglaubwürdigen Angaben der versicherten Person, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen. Zwar ist der Abklärungsbericht seiner Natur nach in erster Linie auf die Ermittlung des Ausmasses physisch bedingter Beeinträchtigungen zugeschnitten, weshalb seine grundsätzliche Massgeblichkeit unter Umständen Einschränkungen erfahren kann, wenn die versicherte Person an psychischen Beschwerden leidet. Prinzipiell jedoch stellt er auch dann eine beweistaugliche Grundlage dar, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht, das heisst wenn die Beurteilung psychischer Erkrankungen im Vordergrund steht. Widersprechen sich die Ergebnisse der Abklärung vor Ort und die fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, ist aber in der Regel den ärztlichen Stellungnahmen mehr Gewicht einzuräumen als dem Bericht über die Haushaltsabklärung, weil es der Abklärungsperson regelmässig nur beschränkt möglich ist, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C\_817/2013 vom 28. Mai 2014 E. 5.1).

### **E. 7.3**

Die Abklärungsperson hatte Kenntnis der psychiatrischen Diagnosen und nahm eine genaue Einschätzung vor Ort vor (vgl. Urk. 11/125). Es trifft entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nicht zu, dass die Abklärungsperson die psychische Beeinträchtigung nicht mit einbezogen habe.

Die Beurteilung der Einschränkungen in den einzelnen Bereichen gibt zu keinen Beanstandungen Anlass und wurde von der Beschwerdeführerin nicht substantiiert bestritten. Die Abklärungsperson trug gestützt auf ihre Erhebung dem Umstand Rechnung, dass die Beschwerdeführerin während und nach ihrer Schwangerschaft vorübergehend höher eingeschränkt war. Dementsprechend ist der ermittelte Invaliditätsgrad von 18.05 beziehungsweise 32.25% nicht zu beanstanden, obwohl aus ärztlicher Sicht grundsätzlich keine Einschränkung im Haushalt besteht.

### **E. 7.4**

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass seit Erlass der Verfügung vom 19. September 2014 keine anspruchrelevante Veränderung eingetreten ist. Bei einer Qualifikation von 100% Haushaltstätigkeit und einem Invaliditätsgrad von maximal 32.25% besteht kein Rentenanspruch.

Der angefochtene Entscheid ist rechtmässig. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 8.8.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des

Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführer in aufzuerlegen, zufolge  
Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung je doch einstweilen auf die Gerichtskasse  
zu nehmen. 8.2

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die  
obsiegende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Höhe der gerichtlich  
festzusetzenden Entschädigung bemisst sich nach der Bedeutung der Streit Sache, der  
Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den  
Streitwert (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Als weitere Bemessungskriterien nennt § 7 der  
Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialver-  
sicherungsgericht (GebV

SVGer) den Zeitaufwand und die Barauslagen.

Nach Einsicht in die Honorarnote vom 26. Juli 2022 (Urk. 13-14) ist Rechtsanwalt Kaspar  
Saner, Zürich, beim praxismässigen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich  
Mehrwertsteuer) mit Fr. 2'904.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse zu  
entschädigen.

## **E. 8**

Abs. 3 ATSG; spezifische Methode der Invaliditätsbemessung [Betätigungsvergleich]; vgl.  
statt vieler: BGE 142 V 290 E. 4). Als Aufgabenbereich nach Artikel 7 Absatz 2 IVG der  
im Haushalt tätigen Versicherten gilt die übliche Tätigkeit im Haushalt sowie die Pflege  
und Betreuung von Angehörigen (Art. 27 Abs. 1 IVV in der seit 1. Januar 2018 geltenden  
Fassung).

### **E. 8.3**

Die Beschwerdeführer in ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach sie zur  
Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege

verpflichtet werden kann, sofern sie dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Dr. Kaspar  
Saner, Zürich, wird mit Fr. 2'904.-- (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 Dr. Kaspar Saner -  
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 Bundesge-  
setzes 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 Die Gerichtsschreiberin FehrLienhard

## **E. 9**

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

## **E. 11**

/79/3 oben) vorzunehmende Prüfung auf das Gerichtsverfahren zu verschieben. Mangels Indikatorenprüfung lassen sich somit - bei ohnehin fehlender verlässlicher ärztlicher Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Haushalt - die funktionellen Auswirkungen ihrer Krankheit nicht prüfen. Dieser Mangel lässt sich auch nicht mittels der Berichte der behandelnden Ärzte und Fachpersonen beheben, da diese Berichte keine genügenden Angaben zu den Standardindikatoren enthalten und es sich insbesondere bei lic. phil. F.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ nicht um Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie handelt, was den Beweiswert ihrer Berichte entscheidend herabsetzt. Aufgrund der unbestrittenen Qualifikation der Beschwerdeführerin als zu 100 % im Haushalt Tätige stellt sich auch die Frage nach einer Haushaltabklärung.

Der RAD hatte bereits 2014 eine Haushaltabklärung empfohlen. Nachdem eine solche Aufschluss über die tatsächlichen Fähigkeiten der Beschwerdeführerin im Haushalt zu geben vermag, ist sie nachzuziehen. Zusammenfassend lässt sich anhand der vorhandenen Unterlagen nicht beurteilen, wie sich die nach September 2014 eingetretene gesundheitliche Verschlechterung auswirkt und ob sie anspruchrelevant ist. Damit fehlt es an der Grundlage für einen Entscheid. 5. 5.1

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. F.\_\_\_\_ stellten in ihrem Bericht vom 29. April 2019 (Urk. 11/ 105) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5): - rezidivierende depressive Episode, gegenwärtig mittelgradig, seit 2012 (ICD-10 F33.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4; seit 2010)

Aktuell arbeite die Beschwerdeführerin, die am 17. April 2019 erneut Mutter geworden sei (vgl. Ziff. 1.2), vier Stunden pro Monat als Reinigungskraft; sie gehe alle zwei Wochen für zwei Stunden zur Arbeit (Ziff. 2.1). Seit der Schwangerschaft nehme sie die Medikamente nicht mehr ein (Ziff. 2.3). Aufgrund der psychischen und somatischen Beschwerden sei innerhalb kurzer Zeit nicht denkbar, dass die Patientin ihre Arbeitsfähigkeit wieder erreiche. Die bisherigen medizinischen Massnahmen sollten weitergeführt werden. Erst nach 12 Monaten könne wieder über eine Arbeitsfähigkeit der Patientin berichtet werden (Ziff. 2.7). Nach dem sie sich gut erholt habe, könne ihr eine Tätigkeit im geschützten Arbeitsmarkt für 1-2 Stunden zugemutet werden (Ziff. 4.1) . 5.2

Im Kurzbericht vom 15. Mai 2019 (Urk. 11/124/5-6) des Spitals I.\_\_\_\_ über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 8. bis 16. Mai 2019 wurden die folgenden Diagnosen genannt (S. 1): - postpartale Hypertonie und Kopfschmerzen unklarer Ätiologie - Differentialdiagnose (DD) postpartale Depression, DD Liquor-Verlust-Syndrom nach

PDA am 17. April 2019 - MRI Schädel vom 23. April 2019: homogen vermehrtes durales Enhancement, möglicherweise bei Liquor-Verlust-Syndrom - CT Schädel vom 21. April 2019: Ausschluss Blutung und Sinus venenthrombose - Status nach Spontangeburt am 17. April 2019 - depressive Störung mittleren bis schweren Grades (Erstdiagnose 2008) - chronisches cervicospodylogenes sowie lumbospodylogenes Schmerzsyndrom - MRI LWS/ISG vom 23. April 2019: Osteochondrose L5/S1, mässiggradig

Spondylarthrosen Empfohlen wurden eine ambulante psychosomatische Abklärung, eine hausärztliche Verlaufskontrolle und eine Anpassung der Medikation (S. 2). 5.3

In einem weiteren Bericht vom 26. Mai 2020 (Urk. 11/124/1-3) führten lic. phil. F. \_\_\_ und Dr. H. \_\_\_ unter Wiederholung der bisher genannten Diagnose (vgl. vorstehend E. 5.1) aus, die Beschwerdeführerin komme regelmässig alle zwei Wochen einmal zu einem therapeutischen Gespräch (S. 1). Aktuell sei sie bis auf weiteres aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 unten). 5.4

Am 15. Juli 2020 fand eine Haushaltabklärung statt. Im Bericht vom 28. Juli 2020 (Urk. 11/125) wurde die Beschwerdeführerin als zu 100 % im Haushalt tätig qualifiziert (S. 4 Ziff. 2.6).

Als Diagnosen wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung genannt (S. 2 oben). Die Reinigungstätigkeit von vier Stunden monatlich führe sie seit etwa zwei Jahren nicht mehr aus (Ziff. 2.3). Im Haushalt lebten nebst der Beschwerdeführerin ihr Ehemann und die drei Kinder (Ziff. 4.1). Sie gebe an, dass sich ihr Gesundheitszustand nach der Schwangerschaft verschlechtert habe und sie weniger Arbeiten im Haushalt ausführen könne, was bis heute andauere. Aus diesem Grund würden die Einschränkungen im Haushalt wie folgt aufgeteilt: 1. Phase bis 30. Juni 2018, 2. Phase ab 1. Juli 2018 bis weiterhin (Ziff. 6). Gestützt auf die Abklärungen vor Ort und die Auskünfte der Beschwerdeführerin ermittelte die Abklärungsperson im Haushaltbereich einen Invaliditätsgrad von 17.55 (1. Phase) beziehungsweise 30.75 % (2. Phase, Ziff. 7).

Am 2. September 2020 korrigierte die Abklärungsperson die festgestellten Einschränkungen, da es der Beschwerdeführerin im Rahmen der Schadenminderungspflicht zumutbar sei, die Haushaltarbeiten auf die Tage in der Woche zu legen, an denen es ihr gesundheitlich besser gehe (Urk. 11/130 S. 1). Der Invaliditätsgrad betrage in der ersten Phase 18.05 und in der zweiten Phase 32.25 % (Ziff. 7). 5.5

Mit Bericht vom 25. August 2020 (Urk. 11/129) hielten lic. phil. F. \_\_\_ und Dr. H. \_\_\_ fest, es sei der Beschwerdeführerin in ihrer Verfassung nicht möglich, im Haushalt die erwünschten Leistungen zu erbringen. Von April 2016 bis zum 30.

Juni 2018 sei sie aufgrund ihrer psychischen und körperlichen Beschwerden im Haushalt zu 50 % arbeitsunfähig (S. 1). Nach der Geburt ihres dritten Kindes habe sie unter den zusätzlichen körperlichen und mentalen Symptomen gelitten. Sie sei in ihrem Affekt deutlich depressiv, und ihre gedrückte Stimmung sei stark spürbar. Ihr Antrieb sei stark reduziert, und sie sei in ihrer Schwingungsfähigkeit vermindert. Konzentration und Auffassung seien mittel- bis schwergradig eingeschränkt. Aufgrund der Beschwerden sei sie ab 1. Juli 2018 im Haushalt zu 70 % arbeitsunfähig. Aktuell bestehe im ersten Arbeitsmarkt eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 2). 5.6 5.6.1

In ihrem rheumatologischen Teilgutachten vom 3. Mai 2021 (Urk. 11/141) stellte Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie und Innere Medizin, nach Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer eigenen Untersuchung folgende, teilweise verkürzt dargestellte Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 24 f. Ziff. 6.1): - generalisiertes Schmerzsyndrom im Sinne einer Fibromyalgie - gemäss Akten: - leichte Bandscheibendegeneration, breitbasig e

Diskusprotrusion L5/S1 mit Anulus

fibrosus Riss und Spondylose beidseits, altersentsprechend - bildgebend ventrale Spondylose im mittleren Drittel der Brustwirbelsäule, minimal rechtskonvexe Skoliose am thorakolumbalen Übergang, leichte S-förmige Torsionsskoliose lumbal und geringe ventrale Spondylose an der Unterkante von LWK 5, dorsal kleine Impression der Deckplatte von LWK 2 vereinbar mit einem Morbus Scheuermann - bildgebend Streckhaltung und Bulging zwischen C3 und C7 - bildgebend in der ganzen Wirbelsäule Übergangsanomalie mit Sakralisation von LWK 5, Kyphosierungsfehlstellung der Halswirbelsäule, etwas unruhige Grund- und Deckplatten wie bei Status nach Morbus Scheuermann, mittelgradige Spondylarthropathie im Fazettengelenk LWK

3/4 links mit Zystenbildung, mittel- bis hochgradig bei LWK 4/5 linksbetont mit birzessaler rechtsbetonter neuroforaminaler Enge, in diesen Höhen auch Signalalterationen in Projektion auf die Dornfortsätze und Ligamenta, diskret an einen Morbus Baastrup erinnernd - radiologisch aktuell Streckhaltung zervikal, leichtgradige Osteochondrose HWK 5/6 sowie leichtgradige Spondylarthrose HWK

7/BWK

1. Leichte S-förmige Skoliose lumbal, Spondylose LWK 5, Anterolisthesis

LWK

5 auf SWK

1 von 6

mm - gemäss Akten im Röntgen-Knie beidseits geringe osteophytäre Ausziehungen am medialen Tibiaplateau rechts und lateralen Tibiaplateau links beginnende Femoropatellararthrose mit osteophytären Ausziehungen Die folgenden Diagnosen hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 25 Ziff. 6.2): - gemäss Akten sensibles Karpaltunnelsyndrom beidseits - leichtgradige Ulna plus Variante beidseits - leichtgradiger Hallux

valgus linksbetont - Os tibiale

externum - Kompaktinsel im Köpfchen Grundphalanx Dig I linker Fuss Während der Anamneseerhebung hätten sich keine sicheren Hinweise für ein unmittelbares Schmerzerleben ergeben. Die Beschwerdeführerin sei jedoch mehrfach aufgestanden, meist nach einer Sitzzeit von 15 Minuten, sei dann einige Minuten stehen geblieben oder herumgegangen, bevor sie sich wieder gesetzt habe. Die Lagewechsel seien dabei flüssig und ohne sichtbare Einschränkungen erfolgt. Auch das An- und Entkleiden sei flüssig und ohne Einschränkungen erfolgt, während der Lagewechsel auf der Untersuchungsfläche mit Stöhnen und Schmerzangaben, jedoch mit flüssigen Bewegungen, nicht rückengerecht und durch ein kräftiges Abstützen mit den oberen und unteren Extremitäten erfolgt sei (S. 22). Aktuell liege ein generalisiertes Schmerzsyndrom im Sinne eines Fibromyalgie syndroms

vor. Die Beschwerdeführerin erfülle die revidierten Diagnosekriterien inklusive Zusatzkriterien, auch wenn sie nur sehr wenige funktionelle Beschwerden angebe, welche sonst eigentlich im Rahmen der Fibromyalgie relativ häufig und ausgeprägt anzutreffen seien. Die objektiven Veränderungen am Bewegungsapparat seien klinisch wie auch radiologisch gering, eine typische Konstellation bei chronischen Schmerzkrankheiten, hier gelinge es nur sehr selten durch strukturelle Läsionen die Einschränkungen und Beschwerden zu erklären (S. 27 Ziff. 7.1). Erfahrungsgemäss könnten Menschen mit ausgedehnten weichteilrheumatischen Beschwerden körperlich schwere und durchgehend mittelschwere Arbeiten nicht zugemutet werden. Auch die Exposition zu Kälte und Nässe sowie alle stereotypen und repetitiven Tätigkeiten sowie monotone Körperhaltungen seien erfahrungsgemäss ungünstig. Aktuell lasse sich kein effektives Behandlungskonzept erkennen. Gemäss Akten seien mehrfach schmerzmodulierende Antidepressiva und auf neuropathische Schmerzen wirkende Medikamente versucht worden; offenbar habe nie eine kontinuierliche Behandlung etabliert werden können. Empfohlen werde ein Ausdauertraining, dazu medikamentöse Massnahmen im Sinne von Schmerzmodulation und auch verhaltenstherapeutische Ansätze. Inwiefern letztere im Rahmen der Psychotherapie umgesetzt würden, könne rheumatologisch nicht beurteilt werden. Bislang sei ein stationärer Aufenthalt noch nie versucht worden, wobei dieser schon an der Sprachbarriere scheitern dürfte (S. 27 f. Ziff. 7.2). Die angestammte Tätigkeit als Reinigungshilfe in einer Spielgruppe sei als leicht bis mittelschwer einzustufen und angesichts des geringen Pensums durchgehend seit der ersten rheumatologischen Beurteilung im Stadtspital

Z. \_\_\_ im Jahr 2013 vollumfänglich zumutbar (S. 29 Ziff. 8.1). Eine leichte, maximal intermittierend eine mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit ohne Exposition zu Nässe und Kälte, ohne Arbeiten verbunden mit Zwangshaltungen, repetitiven Rotationsbelastungen des Oberkörpers, dauernden oder wiederholten Arbeiten mit den Armen in und über der Horizontalen sei bis September 2015 (zweite rheumatologische Beurteilung bei Dr. E. \_\_\_ ) vollschichtig, ab diesem Zeitpunkt aber nur noch zu 70 % zumutbar. Es sei davon auszugehen, dass es ab dann die chronische Schmerzproblematik so ausgeprägt gewesen sei, dass auch in adaptierten Tätigkeiten ein erhöhter Pausenbedarf vorgelegen habe (S. 29 Ziff. 8.2). Im Haushaltbericht sei erstaunlicherweise in der zweiten Phase die Einschränkung in der Kinderbetreuung, obwohl die Beschwerdeführerin dann ja gerade Mutter geworden sei und sich um ein Kleinkind kümmern müssen, sehr gering gewichtet worden. Aus rheumatologischer Sicht könne dies nur schwer nachvollzogen werden. Die effektiven strukturellen Veränderungen am Bewegungsapparat seien nicht sehr ausgeprägt. Die klinische Untersuchung der Schultergelenke sei aktuell völlig unauffällig. Hauptproblem sei die Schmerzproblematik. Es sei der Beschwerdeführerin zumutbar, sich die Arbeiten einzuteilen, Einschränkungen bestünden aus rheumatologischer Sicht lediglich bei sehr belastenden und mit langen monotonen Haltungen verbundenen Tätigkeiten wie dem Fensterputzen, Abnehmen und Aufhängen von Vorhängen oder von Wäsche auf hohen Wäscheleinen (jedoch keine Einschränkung bei Benutzung eines hüfthohen Wäscheständers) und bei sehr gründlichen Putzarbeiten sowie Grosseinkäufen. Insgesamt ergebe sich daraus aber aus rheumatologischer Sicht maximal eine Einschränkung von 15 %, zusätzlich etwa 10 % während zumindest der ersten eininhalb Lebensjahre der jüngsten Tochter aufgrund der damit verbundenen körperlichen Belastung (Herumtragen, ins Kinderbett und auf den Wickeltisch legen und heben, verbunden mit Zwangshaltungen und Gewichtsbelastungen; S. 30). 2014 sei nach der RAD-Beurteilung als Hausfrau eine

mindestens 90%ige Arbeitsfähigkeit seit April 2013 attestiert worden, was sich mit der Beurteilung bis zum Zeitpunkt der dritten Schwangerschaft decke. Danach sei mindestens für die ersten eineinhalb Lebensjahre der jüngsten Tochter eine höhere Einschränkung gerechtfertigt (S. 30). Im Y.\_\_\_\_-Gutachten sei die Schmerzproblematik gänzlich ausser Acht gelassen worden, was die unterschiedliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit erkläre. Zu etwaigen Einschränkungen im Haushalt sei nicht Stellung genommen worden (S. 31). Seit der Verfügung vom 19. September 2014 beziehungsweise seit der Untersuchung durch Dr. E.\_\_\_\_ 2015 sei es zu einer Zunahme der Schmerzproblematik gekommen und dadurch bedingt einer rheumatologisch zu gewährenden Einschränkung der Leistungsfähigkeit auch in adaptierter Tätigkeit (S. 31 f. Ziff. 8.4). 5.6.2

Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Teilgutachten vom 4. Mai 2021 (Urk. 11/142 /1-12 ) nach Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer eigenen Untersuchung folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 10): - depressive Störung mittelgradigen Ausmasses (ICD-10 F32.1) - Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) Die Beschwerdeführerin habe berichtet, Fluoxetin nicht regelmässig einzunehmen, sondern je nach Bedarf und Zustand. Regelmässig nehme sie einen Blutdrucksenker und Dafalgan (3-4 g ; S. 3 unten).

Die Beschwerdeführerin wirke auf die körperlichen Beschwerden fixiert und es falle ihr schwer, die psychischen Beschwerden zu schildern. Die Angaben seien durchwegs pauschal und verallgemeinernd gewesen, und es sei auch bei Nachfrage nicht gelungen, eine detaillierte Schmerzanamnese zu erheben oder detaillierte Angaben zur Schmerzqualität zu erhalten (S. 6 Ziff. 4.3).

In der Untersuchung finde sich eine eher etwas gedrückt wirkende und vor allem affektlabile Explorandin, die wiederholt zu weinen beginne und grosse Mühe habe, ihren Zustand zu beschreiben, auch wenn nachgefragt werde. Mit Ausnahme von leichten Merkfähigkeitsstörungen fänden sich keine Hinweise auf relevante kognitive Störungen. Sie nehme Blickkontakt auf, wirke affektiv gut moduliert und setze auch eine adäquate Gestik und Mimik ein und die Antworten seien rasch erfolgt. Sie wirke im Verhalten dramatisierend. Gegen Ende der Untersuchung stehe sie auf, da sie Rückenbeschwerden verspüre (S. 7 Ziff. 6). Offensichtlich würden keine intensiven psychotherapeutischen Behandlungen durchgeführt. Es fänden allenfalls noch Kontakte alle vier Wochen statt oder teilweise in grösseren Abständen, wie die Beschwerdeführerin angebe, teilweise auch nur telefonisch. Es werde auch keine konsequente antidepressive Therapie eingesetzt, sondern sie nehme nur sporadisch die Medikamente ein. Es bestehe ein Interessenrückgang mit Einschränkung der Freudfähigkeit sowie Antriebsminderung. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, sich um ihre Kinder zu kümmern, verrichte auch teilweise Haushaltarbeiten, wobei sie aufgrund der Körperbeschwerden eine Einschränkung angebe. Sie koche und bereite Mahlzeiten vor, der Appetit sei vorhanden. Sie treffe sich den Umständen entsprechend auch mit Freundinnen und halte Kontakte aufrecht, so dass nicht von einer schwergradigen affektiven Störung ausgegangen werden könne. Es bestünden aber erhebliche Auswirkungen im Alltag mit Einschränkungen, so dass eine mittelschwere depressive Störung bestätigt werden könne (S. 8). Eine somatoforme Schmerzstörung könne nicht bestätigt werden, doch bestehe eine Schmerzproblematik, welche durch den psychischen Zustand mitüberlagert werde, weswegen eine Schmerzstörung mit

körperlichen und psychischen Faktoren angenommen werden könne. Bezüglich der Persönlichkeitsstruktur könnten keine validen Angaben gemacht werden, da die depressive Störung im Vordergrund stehe und die Persönlichkeitsstruktur überdecke. Hinweise auf eine strukturelle Persönlichkeitsproblematik könnten nicht gefunden werden. Die psychosoziale Situation dürfte sicher auch eine Rolle spielen. Es müsse bedacht werden, dass die Beschwerdeführerin nur eine sehr geringe Bildung ohne Ausbildung aufweise, beruflich sei sie nie integriert worden und sie spreche die hiesige Sprache nur ungenügend, so dass sie sozial nur mangelhaft integriert sei. Es bestehe eine grosse Abhängigkeit vom Ehemann. Diese Faktoren dürften den Zustand mitunter erhalten (S. 9 oben). Vergleiche man den heutigen Zustand mit demjenigen aus dem Jahr 2016, so könne keine wesentliche Veränderung aus psychiatrischer Sicht festgestellt werden. Es sei keine grundlegende Verschlechterung eingetreten, allerdings auch keine Besserung (S. 9 unten). Die Beschwerdeführerin gebe verschiedene Einschränkungen an, vorwiegend bedingt durch die Körperschmerzproblematik. Andererseits sei sie teilweise in der Lage, sich zu aktivieren und sich um ihr Kind zu kümmern, auch Kontakte zu pflegen und einige wenige Haushaltarbeiten zu verrichten. Die angegebene Einschränkung könne nicht ohne Weiteres im Ausmass nachvollzogen werden, weswegen diesbezüglich eine Inkonsistenz bestehe (S. 10). Die Beschwerdeführerin sei teilweise nicht genügend in der Lage, ihre Fähigkeiten und Ressourcen zu mobilisieren, wobei nicht eine komplette Aufhebung der Funktionen bestehe. Doch benötige sie vermehrt Pausen und sei dadurch in der Leistung eingeschränkt. Die psychosoziale Situation spiele ebenfalls eine gewisse Rolle, da die Beschwerdeführerin nur ungenügend an die hiesigen Verhältnisse adaptiert sei, keine wesentliche berufliche Erfahrung aufweise und die hiesige Sprache nicht spreche (S. 11 Ziff. 7.4). Im Haushalt lasse sich die von der Beschwerdeführerin angegebene Einschränkung nicht nachvollziehen, die Arbeiten könnten eingeteilt werden, seien wechselseitig, und es bestehe kein grosser Haushalt. Es würden auch der Ehemann und die älteren Kinder mithelfen. Daher könne aufgrund des psychischen Zustands keine Einschränkung begründet werden. Die erwähnte Einschränkung bestehe mindestens seit der gutachterlichen Abklärung im Februar 2016 (S. 11 Ziff. 8). 5.6.3

In ihrer Konsensbeurteilung (Urk. 11/142/13-22) wiederholten Dr. J.\_\_\_\_ und Dr. L.\_\_\_\_ die in ihren Teilgutachten genannten Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit (S. 7 f.) und hielten fest, die Einschränkungen aus den beiden Fachgebieten seien nicht additiv, da von beiden Seiten die Einschränkungen infolge der Schmerzproblematik berücksichtigt worden seien (S. 9 Ziff. 4.9). Es werde empfohlen, konsequentere Therapiemassnahmen durchzuführen, insbesondere die medikamentöse Situation nochmals zu evaluieren. Nach dem mehrjährigen Verlauf sei die Hoffnung auf eine Besserung allerdings gering (S. 9 Ziff. 4.10). Massnahmen, welche zu einer bleibenden Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht führen würden, könnten nicht vorgeschlagen werden (S. 10). 5.7

Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_, RAD, hielten am 20. und 21. Mai 2021 (Urk. 11/151/4-5) fest, es bestehe aufgrund der im Gutachten genannten Diagnosen ein Gesundheitsschaden mit anhaltender Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Dieser sei seit der letzten Begutachtung im Februar 2016 unverändert. In bisheriger Tätigkeit bestehe unverändert seit 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 40%. Für angepasste Tätigkeiten bestehe seit Oktober 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 30%. 5.8

Dr. L.\_\_\_\_ nahm auf entsprechende Anfrage (Urk. 11/174) am 1. März 2022 zu den Standardindikatoren ergänzend Stellung (Urk. 11/175) und führte aus, die

Beschwerdebeschreibung sei ausgesprochen diffus und ungenau gewesen, auch bei genauem Nachfragen hätten keine genauen Angaben erhalten werden können. Weiter führe die Beschwerdeführerin eine oberflächlich gehaltene Therapie durch mit inkonsequenter Einnahme von Medikamenten, wodurch die Kooperation hinterfragt werden müsse. Es wäre ihr durchaus mehr Anstrengung zuzumuten, sich aktiver einzusetzen und intensivere Massnahmen durchzuführen. Insgesamt sei die Konsistenz deshalb zu hinterfragen. Sie sei allenfalls stundenweise in minimen Ausmass berufstätig gewesen. Ihre Haupttätigkeit habe sich bisher auf den Haushalt beschränkt. Wie im Gutachten dargelegt, handle es sich um einen kleinen Haushalt, wo sie auch die Mithilfe der Familienmitglieder habe. Es sei deshalb nicht einsehbar, dass dort relevante Einschränkungen bestünden. Die Beschwerdeführerin weise passive Bewältigungsstrategien auf. Eine wesentliche Komorbidität könne sodann nicht bestätigt werden. Es bestehe zwar eine mittel schwere depressive Störung, die allerdings eher als Folge der gesamten Umstände betrachtet werden müsse. Zudem sei bekannt, dass bei depressiver Störung Körperbeschwerden, im Rahmen einer somatoformen Überlagerung, verstärkt werden könnten. Auch aus somatischer Sicht zeige sich keine gravierende Komorbidität, welche die subjektiv angegebenen Einschränkungen erklären lasse. Die Persönlichkeitsstruktur sei schwierig zu beurteilen. Es stünden keine genügenden Angaben zur Verfügung, zudem sei aufgrund eines depressiven Zustandes die Persönlichkeit ohnehin nicht valide beurteilbar. Die Beschwerdeführerin wirke eher unreif, wobei möglicherweise bildungsspezifische oder kulturspezifische Faktoren eine gewisse Rolle spielten. Sie habe sich immer um die Familie gekümmert, sei allenfalls stundenweise wenigen beruflichen Tätigkeiten nachgegangen, spreche die hiesige Sprache ungenügend und weise eine eher geringe Bildung auf, so dass anzunehmen sei, dass einseitige und geringe Ressourcen bestünden. Sie erhalte Unterstützung durch die Familie, auch pflege sie einige Kontakte, wo wie derum eine gewisse Ressource vorhanden sei (S. 2).

Die subjektiven Beeinträchtigungen und Einschränkungen könnten nicht ohne Weiteres nachvollzogen werden. Es bestehe eine Inkonsistenz, auch müssten die Angaben des behandelnden Psychologen hinterfragt werden. Die Beschwerdeführerin suche zwar psychologische Hilfe auf, allerdings nur in eher grosszügigen Abständen, so dass nicht von einer intensiven Behandlung auszugehen sei. Sie nehme die verordnete medikamentöse Behandlung nur inkonsequent wahr. Dies zeige doch eine erhebliche Inkonsistenz, die nicht so recht zum angegebenen subjektiven Leiden passe. Aufgrund dieser Ausführungen, die dem Gutachten entnommen werden könnten, müsse daher angenommen werden, dass die subjektive Beeinträchtigung im angegebenen Ausmass nicht nachvollziehbar sei, und es der Beschwerdeführerin durchaus möglich sein sollte, zumindest die Haushaltstätigkeiten zu verrichten. Bei einer allfälligen beruflichen Tätigkeit werde eine 40%ige Leistungseinschränkung berechnet (S. 2 unten f.). 5.9 5.9.1

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte die Beschwerdeführerin weitere Arztberichte (Urk. 3/4-5) ein. Diese ergingen vor Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung und sind deshalb zu berücksichtigen. 5.9.2

In der Brillenverordnung vom 18. April 2018 (Urk. 3/4) wird unter «Bemerkungen» rechts ein Verdacht auf einen Keratokonus Grad 3 erwähnt. 5.9.3

Mit Bericht vom 2. Dezember 2021 (Urk. 3/5) über die ambulante Behandlung der Beschwerdeführerin von September bis November 2021 stellten die Ärzte der Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene am Universitätsspital M.\_\_\_\_ folgende, verkürzt

wiedergegebene Diagnosen (S. 1): - Brucella-Seronegarbeit

- aktuell keine Hinweise auf akute Brucellose - generalisierte Myalgien sowie Kribbelparästhesien der Extremitäten - intermittierend leichte Thrombopenie unklarer Ätiologie - Lebersteatose, Koprostase, Meteorismus - generalisierte Schmerzen bei lumbospondylogem sowie cervicobrachiocephalem Syndrom - Gonalgie beidseits - postpartale Hypertonie und Kopfschmerzen unklarer Ätiologie - Eisenmangel bei Hypermenorrhoe - mittelschwere Depression Die Patientin stamme aus der N.\_\_\_\_, würde regelmässig die Familie besuchen und dort selbst hergestellten Rohmilchkäse verzehren. Die immunologische Laboruntersuchung habe regelmässig einen negativen Befund gezeigt. In der körperlichen Untersuchung habe sich die Kraftlosigkeit der Beine nicht objektivieren lassen, allenfalls habe eine Hypästhesie im linken Unterschenkel sowie eine Klopf- und Druckdolenz im Bereich der LWS bei im Übrigen nicht wegweisendem Befund bestanden. Eine chronische Brucellose als Ursache der Beschwerden sei sehr unwahrscheinlich. Jedoch könnten bei unklarer, unspezifischer Symptomatik und ohne weitere Bildgebung persistierende Infektionsfoki, welche einen potentiell chronischen Verlauf bedingen könnten, nicht sicher ausgeschlossen werden. Allenfalls sei eine weitere Bildgebung vorzunehmen (S. 2). 6. 6.1

Die Beschwerdeführerin ist unbestritten ermassen als zu 100 % im Aufgabenbereich tätig zu qualifizieren; dies wurde bereits im Urteil des Sozialversicherungsgerichts vom 3. Januar 2019 bestätigt (vgl. E. 4.4). Eine Statusänderung ist seither nicht eingetreten. Massgeblich und zu prüfen sind deshalb die ärztlichen Einschätzungen zu ihrer Arbeitsfähigkeit im Haushalt. 6.2

Bei Erlass der anspruchsverneinenden Verfügung vom

19. September 2014 (Urk. 11/28) bestanden in somatischer Hinsicht Diagnosen, die zu einer geringen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Haushalt im Umfang von 10 % führten. Dabei handelte es sich im Wesentlichen um schmerzhafte Bewegungs- und Belastungseinschränkungen der Lenden- und Halswirbelsäule mit organischem Korrelat sowie eine belastungsabhängige Gonalgie. Dr. B.\_\_\_\_ beurteilte die somatischen Gesundheitsschäden als ausgewiesen, sie beeinträchtigten nach seiner Einschätzung die Arbeitsfähigkeit im Haushalt jedoch nur in geringem Mass und nur für bestimmte Arbeiten. Da sich die Beschwerdeführerin die Arbeit im Haushalt selbst einteilen könne, gebe es nur wenige Tätigkeiten, welche aus orthopädischer Sicht nicht oder nur mit erheblicher Einschränkung möglich seien, nämlich Arbeiten in vornübergebeugter oder zurückgeneigter Haltung, über Kopf, im Knien oder mit längerem Verharren in einer verdrehten Zwangshaltung des Rumpfes oder Kopfes (vgl. vorstehend E. 3.4). Im Y.\_\_\_\_-Gutachten ergab sich, dass die somatischen Diagnosen keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Die Tätigkeit als Hausfrau sei mit Belastungsprofil uneingeschränkt zumutbar (vgl. vorstehend E. 4.2). Das Sozialversicherungsgericht hielt denn in seinem Rückweisungsurteil auch fest, dass aus somatischer Sicht keine Verschlechterung ausgewiesen sei, sondern der Revisionsgrund in den veränderten psychischen Befunden zu sehen sei, deren Auswirkungen jedoch unklar waren (vgl. vorstehend E. 4.4). Was die danach veranlasste Beurteilung durch Dr. J.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 5.6.1) angeht, so diagnostizierte sie in Abweichung zur Y.\_\_\_\_-Begutachtung zusätzlich zu den organisch ausgewiesenen Diagnosen ein generalisiertes Schmerzsyndrom im Sinne einer Fibromyalgie, wobei sie den Anteil der psychisch verursachten Schmerzproblematik nicht klar abgrenzte beziehungsweise feststellte, dass im Y.\_\_\_\_-Gutachten die Schmerzproblematik gänzlich ausser Acht gelassen worden sei. Dies

trifft nicht zu, denn es wurde eine mittel-bis schwergradige depressive Episode mit somatischem Syndrom diagnostiziert und damit die Schmerzen im Rahmen der psychiatrischen Beurteilung gewürdigt (vgl. vorstehend E. 4. 2 ). Dr. J.\_\_\_\_ stellte fest, dass die Beschwerdeführerin die Lagewechsel und das Ent- und Ankleiden flüssig und ohne Einschränkungen bewältigt und auch auf der Unter suchungsliege flüssige, nicht rückengerechte Bewegungen und ein kräftiges Abstützen gezeigt habe . Eine adäquate Behandlung erfolge nicht. Die effektiven strukturellen Veränderungen am Bewegungsapparat seien nicht sehr ausgeprägt und die klinische Untersuchung der Schultergelenke sei völlig unauffällig. Dass gemäss Dr. J.\_\_\_\_

dennoch ab September 2015 eine angepasste Tätigkeit lediglich noch zu 70 % zumutbar gewesen sein soll, widerspricht der gerichtlich als schlüs sig beurteilten Einschätzung einer uneingeschränkten Zumutbarkeit im Y.\_\_\_\_ -Gutachten und betrifft zudem eine erwerbliche und deshalb vorliegend nicht mas sgebliche Tätigkeit. Gefolgt werden kann vielmehr der Beurteilung von Dr. J.\_\_\_\_ - die mit derjenigen von Dr. B.\_\_\_\_ aus dem Jahr 2014 übereinstimmt (vgl. vorstehend E.

3.4) - , wonach im Haushalt nur bei sehr belastenden und mit langen monotonen Haltungen verbundenen Tätigkeiten wie Fensterputzen, gewissen Wäschetätigkeiten und sehr gründlichen Putzarbeiten sowie Grosseinkäufen eine Einschränkung bestehe. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass solche Tätigkeiten im Haushalt aus rechtlicher Sicht im Rahmen der Schadenminderungs pflicht auch von Familienmitgliedern

übernommen werden können. In diesem Sinne bildet die von Dr. J.\_\_\_\_ attestierte Beeinträchtigung von maximal 15 % beziehungsweise vorübergehend, während der ersten eineinhalb Lebensjahre des jüngsten Kindes, von 25 % nur eine Teileinschätzung der Fähigkeiten im Haushalt. In erster Linie stellt die Abklärung vor Ort die geeignete und genügende Vorkehr zur Bestimmung der gesundheitlichen Einschränkung im Haushalt dar (vgl. dazu nachfolgend E. 7 ). Damit ist aus somatischer Sicht eine anspruchsvolle Änderung weiterhin zu verneinen. 6.3

RAD-Psychiater Dr. C.\_\_\_\_ attestierte im Vorfeld der erstmaligen Rentenprüfung aus psychiatrischer Sicht bei der Diagnose einer depressiven Episode, gegenwärtig leicht- bis mittelgradig, mit somatischem Syndrom, eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit im Haushalt von 30 %, wies aber auf eine Selbstlimitierung und Dekonditionierung hin sowie auf den Umstand, dass eine regelmässige psycho therapeutische Behandlung die Arbeitsfähigkeit innert 6-12 Monaten relevant erhöhen könne (vgl. vorstehend E. 3.5 ). Gesamthaft bestehe eine Einschränkung von 30 %. Die psychische Beeinträchtigung wurde aus rechtlicher Sicht nicht als invalidisierend beurteilt (vgl. vorstehend E. 3.6).

Anlässlich der Y.\_\_\_\_ -Begutachtung zeigte sich, dass sich die psychiatrischen Leiden objektiv verändert hatten und eine Verschlechterung der affektiven Symptomatik eingetreten war. Das hiesige Gericht bestätigte deshalb einen Revisions grund hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustandes, dessen Auswirkungen jedoch nicht geprüft werden konnten (vgl. vorstehend E. 4. 4 ). Die durch die Beschwerdeführerin ergänzte Aktenlage erlaubt nun jedoch eine Beurteilung. 6.4

Dr. L.\_\_\_\_ nahm eine sorgfältige und umfassende Abklärung unter Berücksichtigung aller Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Expertise (vgl. vorstehend E. 1.8 ) vor, weshalb auf sein Teilgutachten grundsätzlich abgestellt werden kann. Er

diagnostizierte eine depressive Störung mittelgradigen Ausmasses und eine Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren. Beide Diagnosen hätten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Er hielt fest, dass die Beschwerdeführerin in der Lage sei, sich um ihre Kinder zu kümmern, gewisse Hausarbeiten zu verrichten, wobei sie aufgrund der körperlichen - und nicht der psychischen - Beschwerden eine Einschränkung angebe. Sie koche und bereite Mahlzeiten vor, der Appetit sei vorhanden. Sie treffe sich den Umständen entsprechend mit Freundinnen und halte Kontakte aufrecht, so dass nicht von einer schwergradigen affektiven Störung ausgegangen werden könne. Es bestünden aber im Alltag erhebliche Auswirkungen, weshalb eine mittelschwere depressive Störung zu bestätigen sei (vgl. vorstehend E. 5.6.2). Dr. L.\_\_\_\_ kam zum Schluss, es sei im Vergleich zu 2016 keine (weitere) Veränderung eingetreten. In Bezug auf die vorliegend entscheidungswesentliche Frage nach den Fähigkeiten im Haushalt hielt Dr. L.\_\_\_\_ überzeugend fest, die angegebenen Einschränkungen liessen sich nicht nachvollziehen. Die Arbeiten könnten eingeteilt werden, seien wechselbelastend, und es bestehe kein grosser Haushalt; der Ehemann und die Kinder würden mithelfen. Daher könne aufgrund des psychischen Zustandes keine Einschränkung begründet werden. Dies gelte mindestens seit Februar 2016. Dass Dr. L.\_\_\_\_ den fünfköpfigen Haushalt als klein einschätzte, vermag seine Beurteilung nicht in Frage zu stellen, zumal nicht auszuschliessen ist, dass er sich dabei in erster Linie auf die räumliche Grösse des Haushalts (3,5-Zimmer-Wohnung; vgl. Urk. 11/125/4) bezog. 6.5

Die Beurteilung durch Dr. L.\_\_\_\_ wird anhand seiner Feststellungen zu den Standardindikatoren gestützt. Wie in BGE 145 V 361 dargelegt, ist in allen Fällen durch die Verwaltung beziehungsweise das Gericht zu prüfen, ob und inwieweit die ärztlichen Experten ihre Arbeitsunfähigkeitsschätzung unter Beachtung der massgebenden Indikatoren (Beweisthemen) hinreichend und nachvollziehbar begründet haben. Dazu ist erforderlich, dass die Sachverständigen den Bogen schlagen zum vorausgehenden medizinisch-psychiatrischen Gutachtenstil (mit Aktenauszug, Anamnese, Befunden, Diagnosen usw.), das heisst sie haben im Einzelnen Bezug zu nehmen auf die in ihre Kompetenz fallenden erhobenen medizinisch-psychiatrischen Ergebnisse fachgerechter klinischer Prüfung und Exploration. Ärztlicherseits ist also substantiiert darzulegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen. Der psychiatrische Sachverständige hat darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar - zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken - unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person (E. 4.3; vgl. auch das zur Publikation vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 8C\_280/2021 vom 17. November 2021 E. 6.2.1 mit Hinweis).

Dr. L.\_\_\_\_ zeigte auf, dass die Angaben der Beschwerdeführerin durchwegs pauschal und verallgemeinernd gewesen seien, und es auch bei Nachfrage nicht gelungen sei, eine detaillierte Schmerzanamnese zu erheben oder detaillierte Angaben zur Schmerzqualität zu erhalten. Im Gegensatz zur somatischen Untersuchung, wo die Beschwerdeführerin mehrfach, meistens nach einer Sitzzeit von 15 Minuten, aufgestanden ist (vgl. vorstehend E. 5.6.1), sei sie in der psychiatrischen Untersuchung erst gegen Ende des einstündigen Gesprächs (vgl. S. 6 des psychiatrischen Teilgutachtens) aufgestanden, da sie

Rückenbeschwerden verspürt habe. Eine intensive psychotherapeutische Behandlung finde nicht statt, und die Beschwerdeführerin nehme die Antidepressiva nur je nach Bedarf und Zustand ein. Es bestehe weiter eine Inkonsistenz bezüglich der geschilderten Fähigkeiten und Einschränkungen, auch psychosoziale Faktoren würden eine Rolle spielen (vgl. vorstehend E. 5.6.2). Dr. L.\_\_\_\_ hinterfragte die Konsistenz, da sehr wenige Anstrengungen zur Behandlung unternommen würden. Die Ressourcen seien zwar einseitig und gering. Eine wesentliche Komorbidität könne aber nicht bestätigt werden, und die subjektiven Beeinträchtigungen und Einschränkungen könnten nicht ohne Weiteres nachvollzogen werden. Insbesondere die fehlende Medikamentencompliance zeige eine erhebliche Inkonsistenz, die nicht so recht zum angegebenen subjektiven Leiden passe (vgl. vorstehend E. 5.8). 6.6

Dr.

L.\_\_\_\_ hat damit seine Arbeitsunfähigkeitsschätzung unter Beachtung der massgebenden Indikatoren hinreichend und nachvollziehbar begründet und auf gezeigt, dass für den massgeblichen Haushaltbereich keine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen ist. Er legte dar, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht schmälern (vgl. vorstehend E. 6.5). Vorliegend kommt hinzu, dass eine mittelgradige depressive Störung ohne psychiatrische Komorbiditäten besteht, die sich rechtsprechungs gemäss nicht als schwere psychische Krankheit definieren lässt, und zudem noch ein bedeutendes therapeutisches Potential besteht, weshalb grundsätzlich die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt wird. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann (vgl. vorstehend E. 1.7). Solche sind vorliegend nicht ausgewiesen.

Die ärztliche Einschätzung ergibt somit, dass sowohl aus somatischer wie auch aus psychiatrischer Sicht weiterhin keine anspruchsvolle Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit im Haushalt besteht. Die Einschätzung durch die RAD-Ärzte (vgl. vorstehend E. 5.7) betrifft die Arbeitsfähigkeit im Erwerbsbereich, welche vorliegend gerade nicht massgeblich ist. 6.7

An diesem Ergebnis vermögen die weiteren Arztberichte nichts zu ändern. Dr. H.\_\_\_\_ ging in seinem Bericht vom 29. April 2019 (vorstehend E. 5.1) davon aus, dass die Beschwerdeführerin weiterhin erwerbstätig sei, was jedoch nicht zutrifft. Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Haushalt fehlt. Dies gilt auch für den Bericht vom 26. Mai 2020, worin zudem die Einschätzung einer vollen Arbeitsunfähigkeit nicht genügend begründet wurde (vgl. vorstehend E. 5.3). Auch dem Bericht vom 25. August 2020 (vgl. vorstehend E. 5.5) fehlt es an Begründungstiefe, zumal keine Indikatoren aufgeführt wurden. Der Kurzbericht des Spitals I.\_\_\_\_ vom 15. Mai 2019 (vgl. vorstehend E. 5.2) enthält keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin.

Dies gilt auch für die im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte (vgl. vorstehend E. 5.9). 7.

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