

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00263 vom 18. Dezember 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-12-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00263

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00263 du 18 décembre 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00263 del 18 dicembre 2023

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 des Bundesamtes für Sozialversicherungen 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 jedoch eine anspruchrelevante Veränderung und ein allfälliger Rentenanspruch vor dem 1.

Januar 2022 zu prüfen sind, sind 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

1.5). 7.2

Im Urteil vom 30. November 2011 wurde festgestellt, es sei unbestritten, dass die Beschwerdeführerin zuletzt in einem 40%-Pensum als Raumpflegerin tätig gewesen sei und sie daher sozialversicherungsrechtlich als zu 40 % Erwerbstätige und zu 60 % im Haushalt Tätige zu qualifizieren sei (Urk. 6/48 E. 3.2). In medizinischer Hinsicht wurde festgestellt, dass die Beschwerdeführerin an einer somatoformen Schmerzstörung sowie an einer leichtgradigen depressiven Episode leide. Das Gericht würdigte die medizinischen Akten und kam in Anwendung der dazumal geltenden Rechtsprechung abweichend von der Arbeitsfähigkeitseinschätzung der Gutachter des Sanatoriums B.____ und von Dr. C.____ zum Schluss, dass es der Beschwerdeführerin zumutbar sei, die nötige Willenskraft aufzubringen, um ihre Schmerzen zu überwinden und einer Erwerbsfähigkeit sowie ihren Aufgaben im Haushalt nachzugehen (Urk. 6/48 E.

5). Aus somatischer Sicht wurde festgehalten, dass laut Austrittsbericht der Rehaklinik U.____

vom 31. Januar 2007 eine therapieresistente Zervikokranialgie und Lumbago ohne objektivierbare pathologische Befunde vorliegen

(Urk.

6/23/72-77 S. 1), welche die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigen. Ein anderweitiger körperlicher Gesundheitsschaden ergebe sich auch nicht aus den übrigen medizinischen Akten (Urk. 6/48 E.

3.3). 7.3

Die Beschwerdeführerin macht nunmehr einerseits geltend, im Gesundheitsfall zu 100 % erwerbstätig zu sein, weshalb sie als Vollerwerbstätige zu qualifizieren sei. Andererseits machte sie eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes geltend, insbesondere in psychischer Hinsicht (E. 2.3).

Die seit dem Urteil vom 30. November 2011 auf gelegten Berichte der behandelnden Ärzte legen insbesondere neu die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode dar, ausgelöst durch die Diagnose eines Hirntumors bei der Tochter der Beschwerdeführerin im Oktober 2017 (vorstehend E. 4.1, E. 4.3-4). Auch der psychiatrische Gutachter Dr. P.____

bejahte eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Verlauf im Sinne einer reaktiven, mittlerweile mittelgradig ausgeprägten Depression als Folge einer schweren Erkrankung der Tochter (vorstehend E. 4.9.2). Zu prüfen bleibt, ob eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist.

Dabei ist nicht die Diagnose massgebend, sondern in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik. Aus einer anderen Diagnose oder einer unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht allein kann somit nicht auf eine für den Invaliditätsgrad erhebliche Tatsachenänderung geschlossen werden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen und 9C_602/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen). 7.4 7.4.1

Das Gutachten des A.____ vom 7. Dezember 2021 beruht auf den fachärztlichen Untersuchungen der Beschwerdeführerin und erweist sich für die streitigen Belange grundsätzlich als umfassend. Den geklagten Beschwerden wurde sodann ausreichend Rechnung getragen und die Gutachter setzten sich mit den massgebenden Vorakten

auseinander , weshalb es die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Expertise grundsätzlich erfüllt (E. 6.1) . 7.4.2

Dr. P.____ wies im psychiatrischen Teilgutachten darauf hin, dass die Beschwerde führerin mit der schweren Erkrankung ihrer Tochter eine depressive Symptomatik bis hin zu einer mittelgradigen Episode entwickelte (Urk. 6/123 S. 37 Ziff.

7.4) .

Der Gutachter zeigte sodann auf, dass für die von der Beschwerdeführerin geklagten körperlichen Beschwerden keine diese in ihrer Ausprägung und Lokalisation hinreichend erklärbaren pathoanatomischen Befunde erhoben werden konnten, so dass von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auszugehen sei. Der Gutachter attestierte für die bisherige und eine angepasste Tätigkeit aufgrund der psychiatrisch bedingten Einschränkungen eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % und eine Arbeitsfähigkeit von 60 % und begründete dies mit der bestehenden verminderten psychischen Gesamtbelastbarkeit mit Stimmungsschwankungen, deren Auslenkungen von herabgesetzter Stimmungslage bis hin zu nervösen Zuständen reichten (Urk. 6/123 S. 37 Ziff. 8.1.2-3, Ziff. 8.2.3 4) . Auf die Beurteilungen durch die behandelnden Ärzte könne nicht abgestellt werden.

Nachvollziehbar wies der Gutachter darauf hin, dass der behandelnde Psychiater Dr. K.____ in seinem Bericht vom 12. Juni 2020 (vgl.

E. 4.6) , in welchem er neben einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradiger Ausprägung, zahlreiche somatische Diagnosen stellte, weder klar ausführe, welchen Anteil an seiner Einschätzung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit in der psychischen Grunderkrankung begründet sei , noch einen psychopathologischen Befund erhebe. Zudem nenne der Behandler keine psychopharmakologische Behandlung (dafür aber verschiedene Medikamente betreffend somatische Beschwerden) und ziehe in nicht nachvollziehbarer Weise bei der gestellten schlechten Prognose keine Veränderung des Therapieregimes in Erwägung. Mit dem Gutachter ist sodann darauf hinzuweisen, dass bereits in früheren Berichten der Behandler (vgl. z.B. E. 4.1) darauf hingewiesen wurde, dass die Depression der Beschwerdeführerin zuerst leitliniengerecht behandelt werden müsse, bevor an eine Arbeitsfähigkeit gedacht werden könne (Urk. 6/123 S. 36 E.

7.3.3) . Eine leitlinienkonforme Behandlung einer Depression fand in der Folge aber nicht statt. Dies erstaunt umso mehr, als die behandelnden Ärzte durchwegs eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierten (vgl. E. 4.1, 4.3 , 4.4 und 4. 6) .

Dabei ist rechtsprechungsgemäss zu berücksichtigen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen und sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben. Ihre Berichte verfolgen daher nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheidung über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass 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, kommt im Streitfall ein direktes

Abstellen einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nur selten in Frage (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1). Auf die Beurteilung durch die Ärzte des Zentrums G.____ und des Zentrums I.____ kann aus diesen Gründen nicht abgestellt werden. 7.4.3

Das psychiatrische Teilgutachten erlaubt sodann die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens. Nachfolgend sind die Standardindikatoren zu prüfen.

Dr. P.____

nannte als psychiatrische Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (vorstehend E. 4.9.2). Die von ihm anlässlich der Untersuchung vom 1. November 2021 erhobenen psychopathologischen Befunde beschränken sich indes in der Feststellung einer schwankenden Stimmungslage, habe sich die Beschwerdeführerin doch einerseits ausgeglichen gezeigt, andererseits hätten ihr die Tränen in den Augen gestanden, wenn sie von ihrer Gesamtsituation berichtet habe. Ansonsten sei die Explorandin wach, bewussteinklar und voll orientiert gewesen. Es hätten keine Hinweise auf klinisch relevante Beeinträchtigungen von Konzentration, Aufmerksamkeit und Gedächtnis bestanden. Der Antrieb sei normal gewesen bei einer guten affektiven Modulationsfähigkeit. Formalgedanklich hätten sich keine Auffälligkeiten gefunden. Es hätten weder ein psychotisches Erleben noch Symptome aus dem Spektrum der Angststörungen bestanden. Lebensmüde Gedanken seien negiert worden (Urk. 6/123 S. 34 f. Ziff. 4.3). Die Beschwerdeführerin selber habe angegeben, eine Aggressivität zu verspüren, zitterig, ungeduldig, nervös und wütend zu sein und oft weinen zu müssen (Urk. 6/123 S. 31 Ziff. 3.2). Der Nachtschlaf sei ungestört (bei der Wiedergabe des Tagesablaufs wurde indes festgehalten, dass der Nachtschlaf gestört sei; vgl. Urk. 6/123 S. 33 unten), sie fühle sich psychisch wenig belastbar (Urk. 6/123 S. 35 Ziff. 6.3). Angesichts der Symptome, die gemäss der internationalen Klassifikation psychischer Störungen für die Diagnostizierung einer mittelgradigen depressiven Episode erfüllt sein müssen (Dilling / Mombour /

Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 9. Aufl. 2014, S.

169 ff.), erscheint die depressive Episode anlässlich der Untersuchung doch eher leichtgradig ausgeprägt gewesen zu sein. Der psychiatrische Gutachter ging für den Fall einer Intensivierung der derzeitigen ambulanten Therapie im Sinne einer suffizienten antidepressiven Medikation und Behandlung in einer Tagesklinik davon aus, dass in einem Jahr wieder eine Arbeitsfähigkeit von 100 % erreicht werden kann (E. 4.9.2). Demnach besteht ein erhebliches therapeutisches Potenzial. Neben einer

depressiven Episode liegt eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor. Es fehlt daher an einer nennenswerten psychiatrischen Komorbidität. Der Komplex «Gesundheitsschädigung» erweist sich somit als leicht bis höchstens mittelgradig ausgeprägt.

Der Gutachter wies im Hinblick auf die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin auf eine selbstlimitierende Grundhaltung hin. Die psychischen Beschwerden sind daher nicht allein auf die depressive Erkrankung zurückzuführen. Die Beschwerdeführerin kann sodann insbesondere für die Arbeiten im Haushalt auf die Unterstützung durch den Ehemann und die älteren Kinder zählen. Die familiäre Unterstützung ist als persönliche Ressource der Beschwerdeführerin zu berücksichtigen, auf die sie bei einem beruflichen Wiedereinstieg zurückgreifen kann. Nach ihren Angaben anlässlich der psychiatrischen Begutachtung

bestehen ausserdem gute soziale Kontakte zu Kolleginnen (E. 4.9.2).

Bei der Prüfung der «Konsistenz» ist nach dem psychiatrischen Teilgutachten weder von einer Aggravation noch von einer Simulation auszugehen. Es fanden sich in der Alltagsgestaltung (vgl. den geschilderten Tagesablauf) allenfalls nur geringe Einschränkungen (E. 4.9.2). Das Aktivitätenniveau erscheint nicht konsistent mit der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund des guten therapeutischen Potenzials mit einer zu erwartenden Verbesserung in einem Jahr besteht gesamthaft lediglich eine leichtgradige Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit.

Eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerten Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten lässt sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann. Attestieren die psychiatrischen Fachpersonen bei diesen Konstellationen trotz Verneinung einer schweren psychischen Störung ohne schlüssige Erklärung eine namhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, besteht für die Versicherung oder das Gericht Grund dafür, der medizinisch-psychiatrischen Folgenabschätzung die rechtliche Massgeblichkeit zu versagen (BGE 148 V 49 E. 6.2.2). Gewichtige Gründe dafür, dass dennoch auf eine Invalidität beziehungsweise auf die vom psychiatrischen Gutachter bescheinigte 40%ige Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden könnte, gehen aus dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. P.____ nicht hervor.

Die Beschwerdegegnerin stellte für die Ressourcenprüfungen vom 29. März und vom 21. Oktober 2022 (Urk. 6/129 S. 11 f., Urk. 6/136) auf das psychiatrische Teilgutachten des A.____ ab. Eine vom Gutachten gleichsam losgelöste «Parallelüberprüfung» (Urk. 1 S. 8 Ziff. 21) fand nicht statt. Wie die Beschwerdeführerin ausführte, handelt es sich bei der bundesgerichtlich vorgeschriebenen Indikatorenprüfung um eine rechtliche Komponente (Urk. 1 S. 8 Ziff. 21), die grundsätzlich dem Rechtsanwender obliegt. Das Ergebnis der Ressourcenprüfung durch die Beschwerdegegnerin deckt sich sodann mit der Rechtsprechung des Bundesgerichts gemäss BGE 148 V 49. Aus psychiatrischer Sicht ist daher für die bisherige und eine angepasste Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % und damit von keiner relevanten Änderung seit der

Verfügung vom 23. März 2010

auszugehen. 7.4.4

Aus rheumatologischer Sicht bestand es im Zeitpunkt der Verfügung vom 23.

März 2010 eine therapieresistente Zervikokranialgie und Lumbago ohne objektivierbare pathologische Befunde, welche die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigten (vgl. Urteil vom 30. November 2011 E. 3.3). Im rheumatologischen A.____-Teilgutachten (E. 4.9.3) wurden ein chronisches lumbospondylogenes und zervikospondylogenes Schmerzsyndrom mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bescheinigt. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sei um 30 %, diejenige in einer näher umschriebenen angepassten Tätigkeit um 20 % eingeschränkt, dies zur Gewährung von regelmässigen Arbeitspausen. Relevante Bewegungseinschränkungen lumbal oder zervikal konnten indes weder im Bereich der zervikalen noch der lumbalen Wirbelsäule objektiviert werden. Auch hätten die letzten MRT-Abklärungen vom Dezember 2020 keine relevante oder höhergradige degenerative

diskopathische, spondylarthrotische oder gar neurokompressive Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule ergeben (Urk.

6/123 S. 48 Ziff. 7.3.3). Es bestehe eine allgemeine muskuläre Dekonditionierung, welche mit konsequent durchgeführter physiotherapeutischer medizinischer Trainingstherapie bei optimaler Patientencompliance in sechs bis acht Monaten verbesserbar sei, so dass dann in einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige und in der bisherigen Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit anzunehmen sei (Urk. 6/123 S. 49 f. Ziff. 8.3). Ob vor diesem Hintergrund von einer seit der Verfügung vom 23. März 2010 eingetretenen langandauernden relevanten Veränderung in somatischer Hinsicht gesprochen werden kann, wovon die Parteien übereinstimmend ausgehen (Urk. 1 S. 10 Ziff. 27 und Urk. 5 S. 2), ist allenfalls fraglich, kann aber letztlich offen gelassen werden, da – wie zu zeigen sein wird (vgl. nachfolgende E. 9) – auch bei Annahme einer 70%igen beziehungsweise 80%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen beziehungsweise angepassten Tätigkeit kein rentenbegründender Invaliditätsgrad besteht. 8. 8.1

Zu prüfen bleibt die Qualifikation der Beschwerdeführerin.

Sowohl bei der erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch bei der Rentenrevision und im Neuanmeldungsverfahren ist die Methode der Invaliditätsbeurteilung (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 Verfügungsverfügung 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).

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 Vorkehrung zur Bestimmung der gesundheitlichen Einschränkung im Haushalt dar.

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

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

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). 8.2

Die Beschwerdeführerin war seit dem 3. Februar 2017 in der Kabinenreinigung tätig (Urk. 6/55/3 Ziff. 3). Für diese Tätigkeit wurde sie seit dem 20. Oktober 2017 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (Urk. 6/55/3 Ziff. 6, Urk. 6/55/14 Ziff. 7).

Die Beschwerdegegnerin ging zum Zeitpunkt der Verfügung vom 23. März 2010 in der Statusfrage von einem Anteil im Erwerbsbereich von 40 % und im Haushalt von 60 % aus (vgl. Urk. 6/48 E. 3.2). Gemäss dem Abklärungsbericht vom 23.

Dezember 2021 wurde anlässlich der Haushaltsabklärung vom 15. Dezember 2021 neu ein Anteil im Erwerbsbereich von 71 % und ein Anteil im Haushalt von 29 % festgelegt (vorstehend E. 5.2). Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber geltend, im Gesundheitsfall zu 100 % erwerbstätig zu sein (vorstehend E.

2.3).

Die Haushaltsabklärung wurde, soweit ersichtlich, von einer qualifizierten Fachperson durchgeführt, die über die notwendigen Kenntnisse der örtlichen und räumlichen

Verhältnisse der Familie der Beschwerdeführerin und der medizinischen Diagnosen und der sich daraus ergebenden gesundheitlichen Einschränkungen verfügte. Die Abklärungsperson verwies im Abklärungsbericht auf das A.____-Gutachten. Weiter legte sie fest, dass mit der Beschwerdeführerin davon ausgegangen werden kann, dass sie im Gesundheitsfall weiterhin erwerbstätig wäre, indes ein Vollpensum nicht nachvollziehbar scheint, weshalb von einem Anteil im Erwerbsbereich von 71 % und im Haushalt von 29 % auszugehen ist. Zur Begründung gab sie an, dass im Zusammenhang mit der Erkrankung der Tochter eine neue Situation entstanden ist (E. 5.2 hiervor). Der Abklärungsbericht vom 23. Dezember 2021 erfüllt die Anforderungen an den Beweiswert eines Abklärungsberichtes (E. 8.1).

A.____-Gutachter Dr. P.____ empfahl der Beschwerdeführerin zwar eine Intensivierung der bisherigen ambulanten Psychotherapie in Form einer Behandlung in einer Tagesklinik (E. 4.9.2). Dass der Beschwerdeführerin eine tagesklinische Behandlung aus medizinischer Sicht zugemutet werden kann, lässt jedoch nicht darauf schliessen, dass sie im Gesundheitsfall ein Erwerbspensum von 100 % ausüben hätte (vgl. Urk. 1 S. 6 Ziff. 15). Dabei handelte es sich in erster Linie um eine medizinische Einschätzung, welche nicht auf den Gesundheitsfall übertragen werden kann. Gegen ein Erwerbspensum von 100 % spricht weiter, dass die Beschwerdeführerin vor der Erkrankung der behinderten Tochter im Oktober 2017 kein volles Pensum ausgeübt hat. Mit der Erkrankung der Tochter hätte sich auch im Gesundheitsfall trotz der Mithilfe der übrigen Familienmitglieder ein erhöhter Betreuungsaufwand für die zu versorgende behinderte Tochter ergeben, welchem hätte Rechnung getragen werden müssen.

Zudem ist darauf hinzuweisen, dass der Hinweis der Beschwerdeführerin auf die wirtschaftliche Situation nicht genügt (Urk. 6/125 S. 6 E. 3.4), um die Vermutung einer Vollzeitwerbstätigkeit zu begründen. Für die Wahl der anwendbaren Bemessungsmethode ist nicht entscheidend, ob und gegebenenfalls inwiefern die Ausübung einer Erwerbstätigkeit im Lichte der bestehenden finanziellen Verhältnisse als notwendig erscheint, sondern inwieweit sie unter den gegebenen Umständen als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 160/02 vom 19. August 2002 E. 2.2).

Die Abklärungsperson ermittelte bei in der Zeit von Februar bis September 2017 total geleisteten Arbeitsstunden von 954.33 (954.33 Stunden: 32 Wochen = 29.8 Stunden pro Woche) ein Wochenpensum von rund 29.8 Stunden entsprechend einem Erwerbspensum von rund 71 %, ausgehend von 42 Stunden pro Woche bei einem Pensum von 100 % (Urk. 6/125 S. 6 Ziff. 3.3). Die total geleisteten Arbeitsstunden der Beschwerdeführerin in der Zeit von Februar bis September 2017 beliefen sich indes ausgewiesenermassen auf 952.98 (Urk. 6/55/5), was aber im Ergebnis nichts am errechneten Erwerbspensum ändert. Die Abklärungsperson stellte sodann zu Recht auf die im gesamten Zeitraum von Februar bis September 2017 geleisteten Arbeitsstunden und nicht allein auf die letzten beiden Monate mit höheren monatlichen Arbeitsstunden ab. Die Qualifikation mit einem Anteil im Erwerbsbereich von 71 % und einen Anteil im Haushalt von 29 % ist daher gestützt auf den Abklärungsbericht vom 23. Dezember 2021 zu bestätigen. Insofern haben sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der Verfügung vom 23.

März 2010 verändert. Ob sich diese Veränderung rentenrelevant auswirkt, ist nachfolgend zu prüfen (vgl. E. 9). 8.3

Anzumerken bleibt, dass die von der Abklärungsperson ermittelte behinderungs bedingte Einschränkung im Haushalt von 6.3 % (Urk. 6/125 Ziff. 6) unbestritten blieb und nachvollziehbar erscheint, weshalb davon auszugehen ist. 9. 9.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegen übergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditäts grad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1). 9 . 2

Gemäss dem in Art. 27 bis Abs. 2–4 IVV per 1. Januar 2018 eingeführten neuen Berechnungsmodell für die Festlegung des Invaliditätsgrads von teilerwerbstä tigen 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 Erwerbs tätigkeit 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 Beschäf tigungsgrad nach Absatz 3 lit . b und einer Vollerwerbstätigkeit gewichtet (Art.

27 bis Abs. 4 IVV). 9 . 3

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgege benen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5 .2, 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E . 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl.

BG E 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/

Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn

55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). 9 . 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 geschamthaft 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 leidsbedingten 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 Bundesgerichts s 9C_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2). 9 . 5

Die Beschwerdeführerin meldete sich am 28. Januar 2020 erneut bei der Invalidenversicherung an (Urk. 6/77). Nach Art. 29 Abs. 1 IVG ist ein Rentenanspruch ab dem 1. Juli 2020 zu prüfen.

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 145 V 141 E. 5.2.1, 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1).

Ausgewiesenermassen erzielte die Beschwerdeführerin an ihrer letzten Arbeitsstelle als Flugzeugreinigerin bei der Z. ___ AG für die Zeit vom Februar bis September 2017 einen AHV-pflichtigen Lohn von Fr. 20'070.20 (Urk. 6/55/4) .

Das Einkommen ist auf ein Jahr und auf ein Pensum von 100 % umzurechnen. Bei einer Nominallohnentwicklung im Sektor Dienstleistungen von 0.5 % im Jahr 2018, 0.9 % im Jahr 2019 und 0.9 % im Jahr 2020 (Tabelle T1.15, Nominal lohnindex, 2016-2020) ergibt sich ein Einkommen von rund Fr.

43'384.-- (Fr.

20'070.20 : 8 x 12 : 71 x 100 x 1.005 x 1.009 x 1.009). Als Validen einkommen sind daher Fr. 43'384.-- zu veranschlagen.

Der Beschwerdeführerin ist eine behinderungsangepasste Tätigkeit mit einer Arbeitsfähigkeit von (zumindest, vgl. vorstehend E. 7.4.4) 80 % möglich. Nach der Lohnstrukturerhebung (LSE 2020 Tabelle TA1_tirage_skill_level) hätte sie 2020 in einer einfachen Tätigkeit körperlicher oder handwerklicher Art (Kompetenzniveau 1) durchschnittlich ein monatliches Einkommen von Fr.

3'421.-- (Fr. 4'276.-- x 0.8) erzielen können.

RAD-Arzt Dr. R. ____

definierte das zulässige Belastungsprofil gestützt auf das A. ____ -Gutachten dahingehend, dass der Beschwerdeführerin das Heben und Tragen von Lasten von über 10 kg, monotone Arbeitsabläufe, stereotype Rotationsbewegungen der HWS und der LWS sowie Arbeiten mit permanenter Oberkörper vorneigung oder Rückhalteposition nicht möglich sind. Zu vermeiden sind sodann Tätigkeiten mit körperlicher Dauerbelastung und mit Anforderungen an die Konzentration und Flexibilität oder erhöhter Stressbelastung. Zumutbar sind leichte, gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten mit der Möglichkeit, die Arbeitsposition regelmässig selbständig zu wechseln (vorstehend E.

4.10). Für die somatischen Einschränkungen ist ein Abzug vom Tabellenlohn von 5 % zu berücksichtigen. Der verwendete Tabellenlohn umfasst bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten (Urteil des Bundesgerichts 8C_381/2017 vom 7. August 2017 E. 4.2.2). Für einen Abzug vom Tabellenlohn von mehr als 5 % besteht daher kein Raum. Bei einer wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2020 von 41.7 Stunden (Tabelle T03.02.03.01.04.01) resultiert ein Einkommen von Fr. 40'654.-- (Fr. 4'276 x

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, herabgesetzt 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 Revisionsergebnis 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 2012).

E. 2

Die Versicherte erhob am 15. Mai 2023 Beschwerde gegen die Verfügung vom 31. März 2023 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben, und es sei die IV-Stelle anzuweisen, ihr rückwirkend ab Beginn des Rentenanspruches und bis auf Weiteres eine angemessene Rente auszurichten (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-2 oben).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 29. Juni 2023 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde, die der Beschwerdeführerin am 30. Juni 2023 zuge stellt wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) fest, die Beschwerdeführerin sei hinsichtlich der Qualifikation als mit einem Anteil von 71 % im Erwerbsbereich und einem Anteil vom 29 % als im Haushalt Tätige qualifiziert worden (S. 3 oben).

Gemäss den medizinischen Abklärungen sei die Beschwerdeführerin seit Oktober 2017 in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Die Einschränkungen

beruhen jedoch vorwiegend auf einer schwierigen familiären Situation, wobei es um die schwere Erkrankung ihrer Tochter gehe. Eine solche Situation sei verständlicherweise sehr belastend. Die Invalidenversicherung könne dies jedoch nicht berücksichtigen. Die Ursache der Arbeitsunfähigkeit stelle keine Erkrankung dar

(S. 1

f.).

Bei psychischen Leiden werde eine Invalidität erst angenommen, wenn es sich aus objektiver Sicht um eine schwere Erkrankung handle und diese voraussichtlich dauerhaft bestehen bleibe. Die

Dauerhaftigkeit eines allfälligen psychischen Leidens liege nicht vor (S. 2 Mitte). Alternativ müssten gewichtige Gründe vorliegen,

damit dennoch auf eine Invalidität im rechtlichen Sinn geschlossen werden könne. Solche Gründe lägen ebenfalls nicht vor. Die Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit sei hinsichtlich der Schwere lediglich leicht bis mässig ausgeprägt. Die somatischen Beschwerden wirkten sich gesamthaft nicht wesentlich ressourcenhemmend aus. Des Weiteren seien die therapeutischen Optionen nicht ausgeschöpft worden. Mit entsprechenden Massnahmen könne wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht werden. Dies lasse ebenfalls Rückschlüsse auf einen geringen Schweregrad des psychischen Leidens zu. Der Beschwerdeführerin sei es möglich, ihre sozialen Kontakte aufrecht zu erhalten. Ausserdem bestünden Widersprüche zwischen dem Ausmass der geltend gemachten hohen Arbeitsunfähigkeit und den Aktivitäten der Beschwerdeführerin über alle Lebensbereiche hinweg (S. 2 unten).

Die von den A.____-Gutachtern attestierte Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sei unter dem Aspekt des Schweregrades und der Konsistenz nicht nachvollziehbar. Die Beschwerdeführerin sei daher sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Reinigungskraft als auch in einer angepassten Tätigkeit im allgemeinen Arbeitsmarkt zu 100

% arbeitsfähig (S. 3 oben). Die Beschwerdegegnerin verneinte daher

einen Anspruch auf berufliche Massnahmen und einen Rentenanspruch (S. 2 oben).

E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin führte in der Vernehmlassung ergänzend aus, in casu

sei keine juristische Parallelüberprüfung vorgenommen worden. Sie habe im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens die massgeblichen Beweisthemen schlüssig abgehandelt und nachgewiesen, wo die ärztliche Sicht nicht mit den normativen Vorgaben übereinstimme (Urk. 5 S. 1). Lediglich aus rheumatologischer Sicht bestehe eine Leistungsminderung von 20%. Diese vermöge aber keinen Rentenanspruch zu begründen. Aufgrund der gutachterlichen rheumatologischen Beurteilung sei der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit zu 80% zumutbar. Mittels eines Prozentvergleiches resultiere damit kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Dies gelte unabhängig davon, ob die Beschwerdeführerin als zu 100% im Erwerbsbereich zu qualifizieren wäre (S. 2).

E. 2.3

Die Beschwerdeführerin brachte vor, sie habe anlässlich der

letzten Haushaltabklärung angegeben, dass sie aus finanziellen Gründen arbeiten müsse. Sie könne sich bei guter Gesundheit vorstellen, ein Vollzeitpensum auszuüben. Die Abklärungsperson habe die Angaben der Beschwerdeführerin jedoch als nicht nachvollziehbar erachtet (Urk. 1 S. 5 f. Ziff. 13-14). Die Abklärungsperson habe sich damit gegen die Eigeneinschätzung der Beschwerdeführerin gestellt. Ausserdem habe sie sich in Widerspruch zu den

A. ___ -Gutachter n gestellt, die eine tagesklinische Behandlung als sinnvoll und durchführbar erachtet hätten. Diese hätten mit anderen Worten festgestellt, dass die Familie der Beschwerdeführerin die Hausführung und die Kinderbetreuung organisieren könne, wenn sie jeden Tag abwesend wäre. Zu beachten sei auch, dass die behinderte Tochter den ganzen Tag eine Sonderschule besuche. Sie werde morgens vom Schultaxi abgeholt und abends zurückgebracht und müsse von den Eltern tagsüber nicht betreut werden. Auch das jüngste Kind brauche nurmehr wenig Betreuung (S. 6 f. Ziff. 15 -16).

Für die Beantwortung der Statusfrage dürfe entgegen der Beschwerdegegnerin nicht einfach auf das zuletzt vor der Erkrankung ausgeübte Arbeitspensum abgestellt werden. Die Beschwerdeführerin habe nach dem Stellenantritt

als Flugzeugreinigerin ihr Pensum stetig gesteigert auf zuletzt rund 159 beziehungsweise 150 Stunden pro Monat. Dies entspreche einem Pensum von rund 90 %.

Es bestehe daher kein Anlass, bei der Beantwortung der Statusfrage vom geäußerten Willen der Beschwerdeführerin abzuweichen (S. 7 Ziff. 17 - 18).

Die A. ___ -Gutachter hätten für sämtliche Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % festgelegt. Die Explorandin könne körperlich regelmässig mittel- oder gar schwer belastende berufliche Tätigkeiten nicht durchführen. Möglich seien körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten. Dabei bestehe eine reduzierte Leistungsfähigkeit bei erhöhtem Pausenbedarf und reduziertem Rendement. Die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 40 % sei in erster Linie durch die psychiatrischen Diagnosen begründet (S. 7 Ziff. 19). Die Beschwerdegegnerin habe in aller Regel auf die von ihr als beweistauglich erklärten medizinischen Gutachten abzustellen. Es könne nicht angehen, dass diese eine vom medizinischen Gutachten losgelöste «Parallelüberprüfung» vornehme. Die Gutachter hätten sich im Rahmen einer Ressourcenprüfung mit den psychosozialen Belastungsfaktoren auseinandergesetzt.

Die Beschwerdeführerin habe mit der schweren Erkrankung der Tochter vor vier Jahren eine depressive Symptomatik bis zu einer mittelgradigen Ausprägung entwickelt (S. 8 f. Ziff. 21-22). Nach dem Gutachten hätten die Belastungsfaktoren bei der Entwicklung der Depression zwar mitgespielt. Sie hätten diese aber nicht allein verursacht. Weiter wäre die Erkrankung nach bald vier Jahren längst als verselbständigt zu betrachten. Den Gutachtern sei sehr wohl bewusst gewesen, dass eine ausschliesslich psychosozial bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit versicherungsrechtlich nicht relevant sei. Daraus müsse gefolgert werden, dass die Gutachter die IV-irrelevanten Faktoren bei der Bestimmung des Grades der Arbeitsunfähigkeit ausgeklammert hätten (S. 9 Ziff. 23- 24). Selbst wenn noch Therapiepotenzial bestünde, spreche dies nicht gegen die Dauerhaftigkeit einer Erkrankung. Die von den Gutachtern vorgeschlagene Intensivierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung im Sinne einer tagesklinischen Behandlung inklusive suffiziente antidepressive Medikation würde nicht sofort zur Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit führen, sondern frühestens nach einem Jahr (S. 10 Ziff.

26).

Die Beschwerdeführerin halte zwar gewisse soziale Kontakte aufrecht und übernehme Aufgaben im Haushalt. Dies stehe jedoch in keiner Weise im Gegensatz zur gutachterlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit, die nur 40 % betrage (S.

10 Ziff. 27). 2.

E. 3

E. 3.1.2).

2.

E. 3.1

Im psychiatrischen Gutachten des Sanatoriums B.____

vom 6. März 2009 wurden die Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10

F45.4) und einer leichtgradigen depressiven Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.00) gestellt (Urk.

E. 3.2.1

Im Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 26. August 2009 wurden die Diagnosen einer depressiven Episode mittelschweren Grades mit einem vegetativen Spannungs- und Erschöpfungssyndrom (ICD-10 F32.1), einer phobischen Verfestigung des Schmerzerlebens mit partieller Kinesiophobie mit zeitweisen Ängsten und Panikattacken gemischt sowie mit soziophobischen Anteilen (ICD-10 F40.8), dies infolge einer pathologischen Schmerzverarbeitung (ICD-10 F45.4) unter Einwirkung etlicher Co-Faktoren, sowie die Diagnose einer möglicherweise zunehmenden Dekonditionierung und Veränderung der Persönlichkeitszüge mit mutmasslichen Defiziten der Primärpersönlichkeit aufgeführt. Dabei sei neben den chronischen Kopfschmerzen eine klar hervorstechende beziehungsweise augenscheinliche vegetative Beeinträchtigung vorhanden, die von einer depressiven Symptomatik mindestens mittlerer Schwere gekennzeichnet sei. Die mit Ängsten und innerer Unruhe vermischte Depression nehme weitgehend einen eigentlichen Verlauf. Die Kopfschmerzen und anderen Missempfindungen seien abhängig von wechselnden Ängsten und anderen Belastungen, etwa Schlafstörungen oder Belastungsdruck und Ohnmacht. Die psychiatrische Therapie sei zur Hauptsache eine supportive, deren Ziele vor allem aufgrund der Defizite der Primärpersönlichkeit limitiert seien. Aufgrund der fehlenden psychologischen Ressourcen könnten nur beschränkt psychologische Techniken eingesetzt werden, weil gerade dies das Entstehen des beschriebenen Krankheitsbildes ermöglicht habe. Das ängstlich-depressive Erleben führe zu einer deutlichen Beeinträchtigung von Wahrnehmung, Urteilsbildung und Intentionalität wie auch zur Schwächung der Handlungseffizienz. Vornehmlich die Antriebsstörungen, die Müdigkeit, die mangelnde Energie und die Schlafstörungen behinderten die Arbeitsleistung; in kognitiver Hinsicht würden Zwangsgedanken und deren negative Inhalte aufhalten, ablenken und demotivieren. Zusätzliche Einschränkungen ergäben sich durch depressionsbedingte deutliche Merkfähigkeitsstörungen und die Minderung der Auffassungsgabe. Ähnlich würden die Ängste wirken. Aus psychiatrischer Sicht liege die Arbeitsfähigkeit bei geringen 10 bis 20 % (Urk.

E. 3.2.2

Im Bericht vom 29. März 2008 hatte Dr. C.____ die Diagnosen einer Anpassungsstörung mit somatischen und zunehmend vegetativen Störungen, einer beginnenden depressiv-hypochondrischen Dekompensation und einer zunehmenden Adipositas als

Ausdruck vermehrter dysfunktionaler Anpassungsversuche festgehalten. Die Beschwerdeführerin leide unter Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen. Im Haushalt sei sie nur noch mässig aktiv. Ihr Ehemann, der unglücklicherweise arbeitslos sei, mache zu einem grossen Teil den Haushalt. Sie selber besorge noch das Bettenmachen und diejenigen Tätigkeiten, die nicht so anstrengend seien wie zum Beispiel leichtere Reinigungsarbeiten und das Einkleiden der Kinder. Wenn sie sich anstrengt, gehe es in den Rücken und in den Nacken. Ängstliches Erleben im Zusammenspiel mit chronifizierten (somatoformen) Schmerzen und vegetativen Störungsmustern beeinträchtigt regelmässig die Wahrnehmung, Urteilsbildung und Planung wie auch die Verarbeitung von Handlungsabläufen oder verändere die Erfolgsbestimmung. Die Befunde würden ein Bild deutlicher Hilflosigkeit und Leidens beschreiben, das mit einer massiven Störung der Stress toleranz und bald auch der interaktionellen Kompetenz einhergehe. Aufgrund der bisherigen Verschlechterung des Zustandsbildes ergebe sich für die Arbeitsfähigkeit ein besorgniserregendes Bild. Die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischen Gründen liege bei 10 bis 20 %. Die Beschwerdeführerin leide nebst den Kopf- und Rückenschmerzen auch unter einer Reihe von psychopathologischen Befunden, von denen die wichtigsten Vergesslichkeit, Benommenheit ohne Denkklarheit, Nervosität und Unruhe seien. Es liege auch eine erhebliche Stressintoleranz vor, die Patientin sei kaum noch belastungsfähig und fühle sich rasch hilflos. Fast alles scheine sie zu überfordern, immer sei da ein "Muss", sie fühle sich nicht nur schwach, sondern auch traumatisiert (Urk).

E. 3.3

Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom regionalen ärztlichen Dienst (RAD) stellte in seinem psychiatrischen Untersuchungsbericht vom 13. Januar 2010 die Diagnosen einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und einer leichtgradigen depressiven Störung (ICD-10 F32.0). Daneben bestehe ein selbstlimitierendes Verhalten. Die von der Beschwerdeführerin demonstrierte Behinderung der Leistungsbereitschaft habe im Drei-Wort-Test und im Fünfzehn-Item-Test objektiviert werden können. Es habe sich eine fehlende Bereitschaft, zumutbare Belastungen zu tolerieren (Selbstlimitierung), gezeigt. Nur ein Mal sei nach dem Unfall ein Arbeitsversuch unternommen worden, allerdings sei die Wahl des Ortes sehr ungünstig gewesen. Die Beurteilung der Zumutbarkeit der willentlichen Schmerzüberwindung aus medizinischer Sicht sei angesichts der in der Untersuchung ungeklärt gebliebenen Ressourcenfrage schwierig. Dr. D.____ führte weiter aus, er könne in Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit weder dem behandelnden Psychiater noch dem Gutachten des Sanatoriums B.____ folgen. In beiden Beurteilungen seien die ausgeprägte Selbstlimitierung und die Symptomausweitung (innere und äussere "Legitimation") durch die Krankenrolle, das schnell erlernte maladaptive Coping, die "erlernte Hilflosigkeit", das appellative und teils manipulative Verhalten nicht berücksichtigt worden. Sowohl Selbstlimitierung wie auch Symptomausweitung seien IV-fremde Faktoren, welche nicht in die Beurteilung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit einfliessen dürften. Aus medizinisch-theoretischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit seit dem Unfall im Jahr 2006 zu höchstens 20 % in jeglicher Tätigkeit eingeschränkt. Diese Einschränkung ergebe sich aus der leicht ausgeprägten depressiven Störung seit dem Unfall. Das selbstlimitierende Verhalten werde jeglichen Versuch einer beruflichen Eingliederung mit grosser Wahrscheinlichkeit verhindern. Theoretisch sei die Beschwerdeführerin aber berechtigt, berufliche Eingliederungsmassnahmen zu beanspruchen. Ungünstig wirke sich sodann die Medikalisierung mit vorwiegend psychopharmakologischem Schwerpunkt aus. Die Versicherte spüre dabei

keine subjektive Verbesserung, werde aber in ihrer Krankenrolle mehr und mehr fixiert und mit jeder erfolglosen Medikation subjektiv in ihrem Erleben, schwer krank zu sein, bestätigt (Urk.

E. 3.4

Gestützt auf die Beurteilung ihres RAD-Arztes verneinte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 23. März 2010 (Urk. 6/38) einen Rentenanspruch. 4.

E. 4

Die Beschwerdeführerin meldete sich am 28. Januar 2020 erneut bei der Invalidenversicherung an (Urk. 6/77). Streitig und zu prüfen ist im vorliegenden Verfahren, ob es

verglichen mit dem Zeitpunkt der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 23. März 2010 zu einer erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen ist, ob die Beschwerdeführerin als zu 100 % im Erwerbsbereich Tätige zu qualifizieren ist und ob neu ein Rentenanspruch besteht. 3.

E. 4.1

Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. F.____, Klinischer Psychologe, Zentrum G.____, nannten im Bericht vom 15. Februar 2018 (Urk. 6/55/15-18) als Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und einen Status nach einer Schädelkontusion 2007 (S. 1 Mitte; richtig wohl: 2006, vgl. Urk. 6/23/90 und Urk.

6/23/93).

Dr. E.____ und Dr. F.____ führten weiter aus, die Patientin beklage, dass sie seit der Diagnose eines Hirntumors bei der 8-jährigen Tochter unter einer Depression leide (S. 1). Die Patientin sei nicht wegen der Tochter zu 100 % arbeitsunfähig, sondern wegen der mehr als verständlichen Depression aufgrund der Erkrankung der Tochter. Sie könne in diesem Zustand nicht arbeiten. Die Depression müsse zuerst leitliniengerecht behandelt werden, bevor an eine Arbeitsfähigkeit gedacht werden könne (S. 4).

E. 4.2

lit.

b).

Die Gutachter attestierten für die bisherige Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 60 % (S. 11 Ziff. 4.6.3). Diese gelte spätestens seit der letzten IV-Anmeldung im Januar 2020 (S. 11 Ziff. 4.6.4). In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine reduzierte Leistungsfähigkeit bei erhöhtem Pausenbedarf und reduziertem Rendement. In einer solchen Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt bestehe ebenfalls spätestens seit der letzten IV-Anmeldung im Januar 2020 eine Arbeitsfähigkeit von 60 % (S. 12 Ziff. 4.7.3 -5). 4. 10

Dr. med. R.____, Facharzt für Chirurgie und für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, RAD, nahm am 9. Dezember 2021 (Urk. 6/129 S. 8 ff.) Stellung zum A.____-Gutachten. Er führte aus, als Diagnosen mit dauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine mittelgradige depressive Episode, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Differentialdiagnose: anhaltende Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ein chronisches

lumbospondylogenes Schmerzsyndrom und ein chronisches zervikospodylogenes Schmerzsyndrom (S. 9 unten). Als Diagnosen ohne dauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden ein chronischer Spannungskopfschmerz, eine beginnende Gonarthrose links, ein Status nach einer distalen Radiusfraktur 2006 und ein Complex Regional Pain Syndrom (CRPS) 2011, Spreizfüsse, eine Adipositas, ein Asthma bronchiale, eine Lebersteatose, ein FNH der Leber und ein Verdacht auf eine beginnende Polyneuropathie (S. 9 f.). In der bisherigen Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin bestehe seit dem 30. Oktober 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 40 %. Als funktionelle Einschränkungen lägen eine reduzierte Belastbarkeit des Achsenskeletts, eine verminderte psychische Belastbarkeit und eine verminderte Durchhaltefähigkeit vor. In einer angepassten Tätigkeit bestehe ebenfalls seit dem 30. Oktober 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % (S. 10 oben). Ungeeignet seien das Heben und Tragen von Lasten von über 10 kg, monotone Arbeitsabläufe, stereotype Rotationsbewegungen der HWS oder der LWS sowie Arbeiten mit permanenter Oberkörpervorneigung- oder Rückhaltung. Zu vermeiden seien sodann Tätigkeiten mit körperlicher Dauerbelastung und mit Anforderungen an die Konzentration und Flexibilität oder erhöhter Stressbelastung. Zumutbar seien leichte, gelegentlich mittelschwere, wechselnde, angepasste Tätigkeiten mit der Möglichkeit, die Arbeitsposition regelmässig selbständig zu wechseln (S. 10 Mitte).

Mit einer Intensivierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und einer ernsthaften medizinischen Trainingstherapie wäre eine gesundheitliche Verbesserung möglich. Aufgrund der hohen subjektiven Behinderungsüberzeugung sei dies jedoch nicht realistisch (S. 10 unten).

Aus psychiatrischer Sicht sei im Gutachten des A.____ eine chronifizierte mittelgradige depressive Episode bestätigt worden. Zudem sei eine somatoforme Schmerzstörung festgestellt worden. Da die geklagten Schmerzen durchaus einen somatischen Kern aufweisen könnten, könne diskutiert werden, ob die Diagnose einer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren das Zustandsbild nicht treffender beschreibe. Die Leistungsfähigkeit sei aufgrund der psychischen Störungen nachvollziehbar eingeschränkt. Für eine Tätigkeit gemäss dem Belastungsprofil bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 60 % (S. 11 oben). 5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin führte am 15. Dezember 2020 (richtig: 2021, Urk. 6/125 S. 1 oben) eine Haushaltabklärung durch. Der Abklärungsbericht datiert vom 23.

Dezember 2021 (Urk. 6/125). Die

Abklärungsperson verwies für die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin insbesondere auf das

A.____-Gutachten vom 7. Dezember 2021 und die darin aufgeführten Diagnosen und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit

sowie auf die Stellungnahme des RAD-Arztes vom 9.

Dezember 2021 (S. 1 ff. Ziff. 1). Sie führte aus, sie habe mit der Beschwerdeführerin zunächst die Situation ihrer Tochter (Revision der Hilflosenentschädigung) und anschliessend deren

eigene Situation besprochen. Die Beschwerdeführerin habe eine MRI-Untersuchung wegen ihrer starken Rückenschmerzen erwähnt. Eigentlich müsste sie operieren. Es seien jedoch eine 12 cm grosse Zyste und ein Tumor von 14 Millimeter an der Leber festgestellt worden.

Deswegen werde mit einer Rückenoperation noch zugewartet. Ausserdem leide sie an Kniebeschwerden. Wegen der Rückenbeschwerden und durch den grossen Bauch sei sie nicht mehr in der Lage, schwere Lasten zu tragen (S. 3 unten).

Die Beschwerdeführerin lebe zusammen mit ihrem Ehemann und vier ihrer fünf Kinder in einer 3.5-Zimmer-Wohnung. Die älteste Tochter sei vor einem Jahr ausgezogen. Die Familie sei auf Wohnungssuche. Der Ehemann arbeite als Chauffeur bei S.____

von 21.00 Uhr bis 05.30 Uhr und könne die Beschwerdeführerin bei der Betreuung der behinderten Tochter unterstützen (S. 4 Ziff. 2). Die Beschwerdeführerin habe seit 2006 zunächst nicht mehr gearbeitet. Ein Gross- und seien ihre Kinder gewesen. Sie habe auch pausiert, nachdem sie 2006 von einem Stuhl gefallen und deshalb gesundheitlich angeschlagen gewesen sei. 2017 habe sie eine Teilzeittätigkeit in der Reinigung beim Flughafen T.____

begonnen. Ihre Arbeitseinsätze hätten unregelmässig zwischen drei und sieben Stunden täglich gedauert. Die Arbeit sei ideal gewesen. Der Ehemann und die ältere Tochter hätten sie bei der Betreuung der jüngeren Kinder unterstützen können. Die Tumorerkrankung der Tochter habe die Beschwerdeführerin dann aus der Bahn geworfen. Sie sei nicht mehr in der Lage gewesen, ihren beruflichen Verpflichtungen nachzukommen (S. 5 Ziff. 3.3).

Die Beschwerdeführerin habe zur Qualifikation angegeben, sie gehe davon aus, dass sie im Gesundheitsfall aus finanziellen Gründen hätte arbeiten wollen und müssen. Sie könne sich vorstellen, bei guter Gesundheit ein Vollpensum auszuüben. Die familiären Verpflichtungen liessen sich organisieren. Während der Anstellung bei der Z.____ AG habe sie die Wohnung um zirka 15.30 Uhr verlassen und sei nach Mitternacht heimgekommen. Der Ehemann und die ältere Tochter hätten sich um die Kinder gekümmert. Die Beschwerdeführerin habe zum Zeitpunkt des Eintrittes des Gesundheitsschadens im Oktober 2017 zu 71 % in der Reinigung gearbeitet (S. 6 Ziff. 3.4).

Aus finanziellen Gründen wäre die Beschwerdeführerin

im Gesundheitsfall heute weiterhin erwerbstätig. Ein Vollzeitpensum sei jedoch gemäss der Abklärungsperson nicht nachvollziehbar. Der Ehemann und die 17-jährigen Zwillinge könnten sich um die behinderte Tochter und die jüngeren Kinder (richtig: das jüngste Kind) kümmern. In Anbetracht der neuen Situation mit der behinderten Tochter, den beiden jüngeren Kindern (richtig: dem jüngsten Kind) und dem Haushalt könne jedoch davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit mit grösster Wahrscheinlichkeit kein Vollzeitpensum ausgeübt hätte. Sie würde weiterhin maximal ein Pensum von 71 % ausüben. Die Abklärungsperson legte daher in der Statusfrage einen Anteil der Erwerbstätigkeit von 71 % und einen Anteil im Haushalt von 29 % fest (S. 6 Ziff. 3.5 und 3.5.1).

Der Ehemann und die Beschwerdeführerin hätten sich seit jeher beide um den Haushalt gekümmert. Beide würden auch kochen und kümmern sich

um die Reinigung. Die Kinder würden auch mithelfen. Im Rahmen der Schadenminderungspflicht sei es zumutbar, die Arbeiten im Haushalt dem Zustand entsprechend aufzuteilen und diese in Etappen zu erledigen (S. 7 Ziff. 6 oben).

Die Abklärungsperson stellte für den Bereich Ernährung eine Einschränkung von 1.5 % und gewichtet von 0.5 % fest (S. 8 Ziff. 6.1). Für den Bereich Wohnungs- und Hauspflege wurde eine Einschränkung von 4 % und gewichtet von 0.8 % ermittelt (S. 8 Ziff. 6.2). Für

den Bereich Betreuung von Kindern und anderen Familienangehörigen wurde eine Einschränkung von 20 % und gewichtet von 5 % festgelegt (S. 9 Ziff. 6.5). Die Abklärungsperson ermittelte total eine Einschränkung von 6.3 %. Bei einem Anteil im Haushalt von 29 % resultierte für den Haushalt ein Teilinvaliditätsgrad von 1.8 % (S. 10 Ziff. 7). 6.

E. 4.3

Die Ärzte des Medizinischen Zentrums I. ____

stellten im Bericht zur interdisziplinären Schmerzbehandlung vom 15. Mai 2019 (Urk. 6/79/5-16) die Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), Schmerzen an der HWS bei einem Status nach einer Schädelkontusion 2007

(richtig wohl: 2006) und mässiggradigen degenerativen Veränderungen der unteren HWS bei rechtbetonter Osteochondrose und Spondylose C5/6 ohne Nachweis einer Diskushernie, Schmerzen an der Lendenwirbelsäule (LWS), Knieschmerzen rechts mehr als links und eine Lebersteatose bei einer Leberläsion (Kernspintomographie, MRI, 4. Februar 2019 ; S. 1 f.).

Die Ärzte führten weiter aus, in der Konsensbeurteilung bestehe aus somatischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Die Patientin sei aufgrund der depressiven Störung und der körperlichen Einschränkungen auch für eine leichte, angepasste Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (S. 10 oben). 4. 4

Dr. E. ____ und Dr. F. ____ , Zentrum G. ____ ,

führten im Bericht vom 3. Dezember 2019 (Urk.

6/72 = Urk. 6/79/1-4) aus, die Patientin sei seit Oktober 2017 aufgrund einer depressiven Störung mit ausgeprägter Antriebslosigkeit, Schlafstörungen, niedergedrückter Stimmung und Gedanken eines Lebensüberdusses zu 100 % arbeitsunfähig, ausgelöst durch die Diagnose eines Hirntumors bei ihrer Tochter . Zudem bestünden nach einem Sturz auf den Kopf 2007 (richtig wohl: 2006) chronische Schmerzen der HWS und der LWS. Die bisherigen Behandlungen hätten zu keiner wesentlichen Reduktion der körperlichen Beschwerden geführt. Aufgrund der depressiven Störung und der körperlichen Einschränkungen werde die Patientin auch für leichte, angepasste Tätigkeiten als zu 100 % arbeitsunfähig beurteilt (S. 3 Ziff. 6). Es sei eine Verschlechterung eingetreten. Hinzugekommen seien deutliche Einschränkungen der Funktionsfähigkeit der Patientin sowie eine deutliche Zunahme der Schmerzen. Reinigen und Staubsaugen seien nicht möglich (S. 4). 4. 5

Dr. med. J. ____ , Facharzt für Chirurgie und für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte im Sprechstundenbericht vom 28. Mai 2020 (Urk. 6/95) die Diagnosen beginnende patellofemorale Arthrose und Überlastungsreaktion mediales Kompartiment. Im Vordergrund stünden die patellofemorale Beschwerden, die mit der geplanten Infiltration des linken Kniegelenks gut gelindert werden sollten.

E. 4.5

(+ 1.8 %) . Damit wird ein für eine Invalidenrente vorausgesetzter Invaliditätsgrad von mindestens 40 % nicht erreicht.

Mit der Beschwerdegegnerin bleibt anzumerken (Urk. 5 S. 2), dass daran auch die Annahme einer Qualifikation der Beschwerdeführerin als zu 100 % Erwerbstätige nichts ändern würde .

9 . 6

Zusammenfassend haben sich die tatsächlichen Verhältnisse verglichen mit dem Zeitpunkt der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 23. März 2010 nicht derart verändert, dass nunmehr ein Rentenanspruch bestünde. Vielmehr besteht weiterhin kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

Die angefochtene Verfügung vom 31. März 2023 erweist sich nach dem Gesagten als rechtmässig. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. 10 .

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. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Peter Bolzli -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der
Rechtskraft) 4.

Gegen diese Entscheidung 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber
Grieder-MartensBrugger

E. 4.6

Dipl. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. F.____, Zentrum G.____, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 12. Juni 2020 mit Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, ggf. mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), sowie HWS- und LWS-Schmerzen. Es bestehe nach wie vor eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auch für angepasste Tätigkeiten. Die Prognose sei weiterhin schlecht mit endlosem Gedankenkreisen um den Zustand der Tochter, Schmerzen und Depression. Zur aktuellen Medikation nannten sie verschiedene Medikamente betreffend somatische Beschwerden, indes keine psychopharmakologische Behandlung (Urk. 6/82/4-5). 4. 7

Dr. med. L.____, praktischer Arzt, nannte im Bericht vom 29. Juni 2020 (Urk.

6/83/1-3) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.2): - rezidivierende depressive Stimmung - beginnende patellofemorale Arthrose, Knie beidseits - chronischen HWS- und LWS-Schmerzen - Lebersteatose

Er sah sich nicht in der Lage, zur Zumutbarkeit der bisherigen beziehungsweise einer angepassten Tätigkeit Stellung zu nehmen (Ziff. 2.1). 4. 8

Dr. med. M.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nannte im Sprechstundenbericht vom 8.

September 2020 (Urk. 6/98/7-8) als Diagnosen eine muskuläre Dysbalance, Bauch-Beckengürtel LWS, Reizung ISG und Reizung Piriformis (S. 1). Sie habe der Beschwerdeführerin Physiotherapie zur Kräftigung des Bauch-Beckengürtels verordnet (S. 2). 4. 9 4. 9 .1

Die Beschwerdeführerin gab beim A.____ ein interdisziplinäres Gutachten in Auftrag, das am 7. Dezember 2021 (Urk. 6/123) erstattet wurde. Das Gutachten beruht auf den fachärztlichen Untersuchungen durch Dr. med. N.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. O.____, Facharzt für Neurologie, Dr.

med. P.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr.

med. Q.____, Facharzt für Rheumatologie, und den den Gutachtern zur Verfügung gestellten Akten (S. 5 Ziff. 1.3 und 2.1; S. 17 ff. Ziff.

1).

Dr. N.____ führte zur internistischen Untersuchung (Urk. 6/123/25-30) aus, die Beschwerdeführerin habe angegeben, dass sie unter chronischen lumbalen Rückenschmerzen leide. Ihre damals 8-jährige Tochter sei vor vier Jahren wegen eines Hirntumors operiert worden. Sie sei danach halbseitig gelähmt gewesen. Die Explorantin habe ihre Tochter viel heben und tragen müssen. Ihre Rückenschmerzen hätten deshalb stark zugenommen (S. 25 Ziff. 3.1).

Dr. N.____ stellte keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 28 Ziff. 6.1). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte der Gutachter eine Adipositas (BMI = 33) bei Status nach laparoskopischem proximalen Magenbypass bei Adipositas permagna am 2. Juni 2016, einen chronischen Nikotinabusus, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F17.1), anamnestisch ein Asthma bronchiale, eine diskrete Lebersteatose, aktuell normale Lebertransaminasen, und eine fokale-noduläre Hyperplasie der Leber (S. 28 Ziff. 6.2). Dr.

N.____ attestierte aus allgemeininternistischer Sicht für die bisherige und für eine angepasste Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100% (S. 29 Ziff. 8.1.3 und 8.2.4). 4. 9 .2

Dr. P.____ führte im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 6/123/31-39) aus, die Beschwerdeführerin habe seit zwei Jahren einen kleinen Tumor und eine Zyste in der Leber. Ausserdem bestünden seit Jahren Rückenprobleme. Sie gehe alle zwei Wochen zum Psychiater und einem Psychologen. Es seien verschiedene Medikamente ausprobiert worden (S. 32 oben). Die Explorandin sei seit 22 Jahren verheiratet. Ihr Mann arbeite in einer Fabrik, in der Nachtschicht. Die 12-jährige Tochter sei wegen eines Hirntumors operiert worden und mittlerweile rezidivfrei. Sie müsse jedoch zu Hause unterstützt werden. Alle Kinder wohnten noch daheim (S. 33 oben). Die Beschwerdeführerin sei sozial gut integriert. Sie habe eine Reihe von Kolleginnen. Aufgrund der aktuellen Situation mit ihrer Tochter und aus finanziellen Gründen verreise sie nicht. Lebensgeschichtlich bedeutsam sei, dass die jüngste Tochter vor vier Jahren an einem Hirntumor erkrankt und operiert worden sei (S. 33 Mitte). Die Explorandin befinde sich seit vier Jahren in ambulanten psychotherapeutischer Behandlung (S. 34 oben).

Den Tagesablauf habe sie wie folgt geschildert: Sie stehe gegen 06.30 Uhr auf, mache ihre Tochter parat, dann werde diese mit einem Taxi in eine Spezialschule gefahren. Ihr Ehemann, der Nachtschicht arbeite, komme um 06.00 Uhr nach Hause und schlafe dann tagsüber. Ihr Sohn verlasse um 08.00 Uhr das Haus. Anschliessend gehe sie ein wenig spazieren und kümmere sich danach um den Haushalt. Mittags esse sie eine Kleinigkeit und gehe dann wieder spazieren. Auch am Nachmittag kümmere sie sich um die anfallenden Arbeiten, beispielsweise um die Wäsche. Wenn ihr Ehemann nachmittags aufgewacht sei, trinke man gemeinsam Kaffee und gehe spazieren. Über die Woche nehme sie verschiedene Termine wahr, gehe zum Beispiel in die Physiotherapie oder zum Psychologen beziehungsweise Psychiater. Den Abend verbringe sie mit ihrer Familie, man esse gemeinsam. Anschliessend schaue sie noch fern. Ihre jüngste Tochter müsse bei einigen Tätigkeiten, so beispielsweise beim Duschen, unterstützt werden. Gegen 22.30 Uhr nehme sie ihre Medikamente und gehe eine halbe Stunde später zu Bett. Der Nachtschlaf sei gestört, sie erwache häufig (S. 33 unten).

In der psychiatrischen Untersuchung hätten sich keine relevanten Beeinträchtigungen der Konzentration, der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses gezeigt. Die Stimmungslage sei schwankend gewesen. Zum einen sei die Beschwerdeführerin ausgeglichen gewesen. Zum anderen seien ihr im Gespräch immer wieder die Tränen in den Augen gestanden, wenn sie von ihrer Gesamtsituation berichtet habe. Der Antrieb habe sich normal präsentiert bei einer guten affektiven Modulationsfähigkeit (S. 34 Ziff. 4.3).

Dr. P.____ nannte als psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4, S. 35 Ziff. 6.1). Eine Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte der Gutachter nicht (S. 35 Ziff. 6.2). Die Explorandin habe sich in der Untersuchung mit einer wechselnden Stimmungslage gezeigt. Sie habe angegeben, dass sie zu Hause häufig weinen müsse und sie sich darüber hinaus immer wieder angespannt und nervös fühle. Weiter fühle sie sich psychisch wenig belastbar. Es sei von einer mittelgradigen depressiven Episode auszugehen. Für die geklagten körperlichen Beschwerden hätten keine diese in ihrer Ausprägung und Lokalisation hinreichend erklärenden pathoanatomische Befunde erhoben werden können. Es sei daher von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auszugehen (S.

35 Ziff. 6.3).

Die Explorandin lebe mit fünf Kindern

in beengten Verhältnissen in einer 3-Zimmer-Wohnung. Die behinderte Tochter müsse teilweise versorgt werden. Die Explorandin sei über den Tag viel alleine. Weiter bestehe eine angespannte finanzielle Situation, ohne Schulden. Auch da sie keiner beruflichen Tätigkeit nachgehe, bestünden eine Reihe belastender psychosozialer Belastungsfaktoren (S. 35 Ziff. 7.1). Die Explorandin befinde sich seit vier Jahren in einer ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Gespräche fänden alle zwei Wochen statt (S. 36 Ziff. 7.2). Anhaltspunkte für eine Aggravation oder Simulation von Beschwerden hätten nicht bestanden (S. 36 Ziff. 7.3.1). Aus psychiatrischer Sicht fänden sich in der Alltagsgestaltung allenfalls nur geringe Einschränkungen (S. 36 Ziff. 7.3.2).

Die Explorandin habe mit der schweren Erkrankung der Tochter vor vier Jahren eine depressive Symptomatik entwickelt bis zu einer mittelgradigen Ausprägung, welche bis heute fortbestehe. Es bestehe eine schwierige Gesamtsituation mit einer kranken und teilweise zu versorgenden Tochter. Weiter bestünden beengte Wohnverhältnisse. Auch die finanzielle Lage scheine schwierig. Aus den genannten Belastungsfaktoren habe sich eine mittlerweile mittelgradige depressive Symptomatik entwickelt. Es liege jedoch auch eine deutlich selbstlimitierende Grundhaltung der Beschwerdeführerin vor mit nicht alleine in der Depressivität begründete m Fokus sie ren auf Defizitäres (S. 37 Ziff. 7.4).

Aus psychiatrischer Sicht bestehe in der bisherigen Tätigkeit eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 40 %. Die Einschätzung sei in dem Umstand einer verminderten psychischen Gesamtbelastbarkeit begründet mit Stimmungsschwankungen, deren Auslenkungen von einer herabgesetzten Stimmungslage bis zu nervösen Zuständen reichten. Reinigungstätigkeiten seien jedoch trotz der Symptome mit einem höherprozentigen Arbeitspensum möglich. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 60 % (S. 37 Ziff. 8.1.2 und 8.1.3). Die Arbeitsfähigkeit sei seit der Erkrankung der Tochter im Jahr 2017 anzunehmen (S. 37 Ziff. 8.1.4). Für eine angepasste Tätigkeit attestierte Dr. P.____ ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 60 % und eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % (S. 38 Ziff. 8.2).

Da die Explorandin nach ihren Angaben darunter leide, dass sie den ganzen Tag alleine daheim sei, sei eine Intensivierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung im Sinne einer tagesklinischen Behandlung sinnvoll. Da eine grosse Unterstützung bei der Versorgung des Haushalts durch Familienangehörige bestehe, sei der Explorandin eine solche Therapiemassnahme vollumfänglich zumutbar. Darüber hinaus sollte eine suffiziente antidepressive Medikation in die Wege geleitet werden. Prognostisch sei ein Jahr nach der Einleitung der empfohlenen Therapiemassnahmen in der angestammten Tätigkeit mit dem Wiedererlangen einer vollen Arbeitsfähigkeit zu rechnen (S. 38 Ziff. 8.3.2).

Im Verlauf sei davon auszugehen, dass es zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Sinne einer reaktiven, mittlerweile mittelgradig ausgeprägten Depression im Gefolge einer schweren Erkrankung der Tochter gekommen sei (S.

39 Ziff. 8.5). 4. 9 .3

Dr. Q.____ nannte als rheumatologische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 45 f. Ziff. 6.1): - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - radiomorphologisch im MRT LWS vom 10. Dezember 2020 beginnende aktivierte

Osteochondrose L5/S1 mit medianer Diskusprotrusion ohne Neurokompression, beginnende Bandscheibendegeneration L4/5, radio morphologisch im Juli 2018 Spondylarthrose L4/5, L5/S1 links betont mit diskreter Retrolisthese von 2 mm LWK 5 /SWK 1 - muskuläre Dysbalance mit Abschwächung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen mit reaktiven paravertebralen thorakolumbalen Myogelosen - klinisch keinerlei Hinweise für sensomotorische lumboradikuläre Ausfälle - chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom - S tatus nach direkter Kopfkontusion 2006 mit HWS-Distorsion und Contusio capitis radiomorphologisch bereits 2007 Nachweis von Osteochondrose und Spondylarthrose C5/6 - reaktiv leichte paravertebrale Myogelose - funktionell nur geringfügige Bewegungseinschränkung der HWS - klinisch keinerlei Hinweise für sensomotorische zervikoradikuläre Ausfälle

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte der Gutachter anamnestisch eine beginnende patellofemorale Arthrose und eine Überlastungsreaktion des medialen Kompartimentes links, aktuell anamnestisch und klinisch unauffälliger Kniegelenksstatus beidseits, eine diskrete Fussfehlstatik und eine Adipositas (S. 46 Ziff. 6.2).

Die segmentale Untersuchung der Wirbelsäule habe eine endphasig insgesamt nur leichte Einschränkung der lumbalen, thorakalen und zervikalen Bewegbarkeit ergeben. Imponierend sei eine ausgeprägte Druckempfindlichkeit der ossären Strukturen der HWS und oberen BWS und der LWS bei minimalem Palpationsdruck durch den Gutachter gewesen, was somatisch-orientiert nicht nachvollziehbar erscheine. Eine relevante Bewegungseinschränkung lumbal oder zervikal habe eindeutig nicht objektiviert werden können. In Bezug auf die geklagten zervikalen und lumbalen Beschwerden bestehe in Anbetracht der in den letzten Jahren durchgeführten radiomorphologischen Abklärungen durchaus ein somatischer pathoanatomischer Kern. Es sei jedoch von einer zusätzlich erheblichen subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung der Beschwerdeführerin mit sekundärer Selbstlimitierung auszugehen (S. 47 oben). Dr. Q. ___ attestierte für die bisherige Tätigkeit zur Gewährung von regelmässigen Arbeitspausen eine um 30 % reduzierte Leistungsfähigkeit und eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (S. 48 Ziff. 8.1.2 und 8.1.3).

Die Explorandin könne körperlich regelmässig mittel- oder gar schwer belastende Tätigkeiten nicht durchführen. Sie sollte ihre Arbeitsposition regelmässig selbständig wechseln können. Zu vermeiden seien sodann stereotype Rotationsbewegungen der HWS und LWS oder Arbeiten mit permanenter Oberkörperverneigung- oder -rückhalteposition. Das Heben und Tragen von Lasten dürfe bis zur Taille maximal 15 kg und über die Taille maximal 10 kg betragen. In Bezug auf die Haushaltsführung bestehe in eigener Zeiteinteilung keine zusätzliche Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (S. 48 f. Ziff. 8.2.1). In einer solchen angepassten Tätigkeit bestehe eine reduzierte Leistungsfähigkeit von 20

% und eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (S. 49 Ziff. 8.2.3 und 8.2.4).

Es sei zwingend, dass eine physiotherapeutische medizinische Trainingstherapie bei optimaler Patientencompliance konsequent durchgeführt werde, um die muskulären Defizite mittel- und längerfristig zu korrigieren. Eine gute Patientencompliance vorausgesetzt, dürfte innerhalb von sechs bis acht Monaten die muskuläre Stabilisationsfähigkeit verbessert werden, so dass für eine körperlich leichte bis selten

intermittierend mittelschwere und wechselbelastende Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit theoretisch anzunehmen sei. Auch für die ange stammte Tätigkeit als Reinigungsangestellte dürfte nach erfolgreicher Umsetzung der rehabilitativen Massnahmen eine bis zu 80%ige Arbeitsfähigkeit erzielt werden können (S. 49 f. Ziff. 8.3.2). 4. 9 .4

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte Dr. O.____ aus neuro lo gischer Sicht ein chronisches Lumbovertrebral -Syndrom mit degenerativen Ver änderungen der LWS. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähig keit nannte er ein chronisches Zervikalsyndrom , eine Migräne ohne Aura und chro nisches Spannungstyp-Kopfweh (S. 55 Ziff. 6.1 und 6.2). Dr. O.____ attestierte für die bisherige und für eine angepasste Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Aus neurologischer Sicht habe nie eine längerfristige Arbeitsun fähigkeit vorgelegen (S. 5 7 f.

Ziff. 8.1, Ziff. 8.2.4 und 8.2.5). 4. 9 . 5

Die Gutachter nannten in ihrer Konsensbeurteilung als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein chronisches lumbospondylogenes Schmerz syn drom und ein chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom (S. 9 f. Ziff. 4.2

lit . a) . Die Gutachter nannten sodann als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Migräne ohne Aura, ein chronisches Spannungstyp-Kopfweh, aktenanamnestisch eine beginnende patellofemorale Arthrose und eine Überlastungsreaktion des media l en Kompartiments links , eine diskrete Fuss fehl statik, eine Adipositas, ein chronischer Nikotinabusus, schädlicher Gebrauch, anamnestisch eine Asthma bronchiale, eine diskrete Lebersteatose, aktuell nor male Lebertransaminasen , und eine fokal noduläre Hyperplasie (S. 10 Ziff.

E. 6

/35 S. 6).

E. 6.1

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 Zusam men hänge 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).

E. 6.2

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 Krank heit ist jedoch nicht ohne W eiteres 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 Masstab 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, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 6.3

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, 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; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). 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 beweibelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

7. 7.1

Der zeitliche Referenzpunkt für die Revision/Neuanmeldung bildet die Verfügung vom 23. März 2010 (Urk. 6/38), mit welcher ein Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verneint wurde. Damit ist zu prüfen, ob sich seither bis zur –

recht sprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildenden (BGE 130 V 446 E. 1.2 mit Hinweisen) – Verfügung vom 31. März 2023 (Urk. 2) der massgebliche medizinische und/oder erwerbliche Sachverhalt in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. vorstehend E.

E. 11

) folgende Diagnose (S. 1). - akutes lumbovertebrales Syndrom - am ehesten myofasziale Beschwerden paravertebral und gluteal rechts, Differentialdiagnose: Affektion des

Ileosakralgelenks (ISG) rechts - Klinik: Myalgien lumbovertebral mit Ausstrahlung rechts mehr als links, Druckdolenz myofaszial paravertebral und gluteal rechts sowie über ISG rechts - Adipositas Grad 1 (Body-Mass-Index, BMI 32.1) - chronische posttraumatische migräneartige Kopfschmerzen, seit Januar 2006 - Staut nach Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) - bei Kopfschmerzexazerbation - Analgetika übergebrauch

Die Ärzte des Universitätsspitals H.____ führten weiter aus, die Beschwerdeführerin sei vom 11. bis 13.

September 2018 auf ihrer Klinik notfallmässig hospitalisiert gewesen bei immobilen, lumbalen Rückenschmerzen. Die Befunde seien am ehesten im Rahmen einer myofaszialen Beschwerdesymptomatik zu interpretieren bei deutlicher Druckdolenz und nachweisbarem Muskelhartspann paravertebral und gluteal rechtsseitig. Nach analgetischer

Therapie und intensiver physiotherapeutischer Betreuung habe sich eine rasche Beschwerdebesserung gezeigt (S. 1 unten).

E. 12

: 40 x 41.7 x 0.8 x 0.95). Es ist daher von einem Invalideneinkommen von Fr. 40'654.-- auszugehen.

Vergleicht man das Valideneinkommen von Fr. 43'384.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 40'654.-- resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 2'730.--, was einer Einschränkung von 6.3

% und gewichtet (bei einem Anteil der Erwerbstätigkeit von 71 %) einem Teilinvaliditätsgrad von rund 4.5 % (6.3 % x 0.71) entspricht. Die Haushaltabklärung ergab für den Aufgabenbereich eine Einschränkung von 6.3 % und gewichtet einen Teilinvaliditätsgrad von 1.8 % (E.

5.3). Gesamthaft ergibt sich damit

nach der gemischten Methode der Invaliditätsbemessung

ein Invaliditätsgrad von rund

6.3 %

(

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