

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00528 vom 3. März 2025**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-03-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2023.00528](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00528)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00528 du 3 mars 2025

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00528 del 3 marzo 2025

## **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. Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (vgl. BGE 144 V 210 E. 4.3.1) ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist. Steht ein erst nach dem 1. Januar 2022 entstandener Rentenanspruch zur Diskussion, findet darauf das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht Anwendung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_452/2023 vom 24. Januar 2024 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

Auf Grund der am 25. Januar 2021 anhängig gemachten Anmeldung bei der Invalidenversicherung (Urk. 8/191) könnten allfällige Leistungen frühestens ab Juli 2021 ausgerichtet werden (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). In dieser Übergangsrechtlichen Konstellation ist die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesene Rechtslage massgebend, die im Folgenden soweit nichts anderes vermerkt ist jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet wird.

### **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**

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.

#### **E. 1.4**

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts I 659/04 vom 9. Februar 2005 E. 1.1). Bei einer Neuanschuldung der versicherten Person bei der IV-Stelle sind die Revisionsregeln demnach analog anwendbar (BGE 141 V 585 E. 5.3 in fine, 133 V 108 E. 5.2, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_317/2022 vom 7. September 2022 E. 2.2 mit Hinweisen).

#### **E. 1.5**

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je m.w.H.). 2.

#### **E. 2**

Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 11. Oktober 2023 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr die gesetzlichen Leistungen zu gewähren, insbesondere eine Rente. Eventualiter sei die Sache zu weiteren Abklärungen und erneuter Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ( Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 9. Januar 2023 (richtig: 2024) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde ( Urk. 7), worauf die Beschwerdeführerin mit Replik vom 30. April 2024 an ihren Anträgen festhielt ( Urk. 14 S. 2). Mit Eingabe vom 4. Juni 2024 teilte die Beschwerdegegnerin mit, auf das Einreichen einer Duplik zu verzichten ( Urk. 16), worüber die Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 6. Juni 2024 in Kenntnis gesetzt wurde ( Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung vom 12. September 2023, gemäss medizinischer Abklärung der Y.\_\_\_\_ sei der Beschwerdeführerin sowohl die bisherige als auch eine angepasste Tätigkeit in einem 75%-Pensum zumutbar ( Urk. 2 S. 1). Damit könne sie ein renten ausschliessendes Einkommen erzielen , weshalb kein Anspruch auf Invalidenleistungen bestehe. Die im Vorbescheidverfahren erhobene Kritik am psychiatrischen und rheumatologischen Teilgutachten vermöge daran nichts zu ändern . Nebst einer ausführlichen Anamneseerhebung sei eine umfassende Untersuchung durchgeführt worden, wobei auch auf die geschilderten Beschwerden genau eingegangen worden sei. Der psychiatrische Sachverständige habe sich insbesondere mit den Akten auseinandergesetzt und eine auffällige Ungleichheit zwischen den von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden und dem in der Untersuchungssituation beobachteten Verhalten festgestellt. Er habe zudem darauf hingewiesen, dass die Beschwerdeführerin keine Therapieintensivierung in Anspruch genommen habe. Insgesamt hätten die Gutachter nach ausführlicher fachspezifischer Diskussion die Diagnosen in einer interdisziplinären Zusammenfassung plausibel erfasst und nachvollziehbare Schlussfolgerungen gezogen ( Urk. 2 S. 2).

### **E. 2.2**

In ihrer Beschwerdeschrift vom 11. Oktober 2023 bestritt die Beschwerdeführerin die Beweiskraft des Y.\_\_\_\_ -Gutachtens. Einerseits sei die Progredienz des rheumatischen Leidens nicht gebührend berücksichtigt worden ( Urk. 1 S. 5). Andererseits vermöge auch das psychiatrische Teilgutachten nicht zu überzeugen. Der psychiatrische Gutachter habe sich namentlich nicht mit der Möglichkeit einer Chronifizierung der depressiven Erkrankung auseinandergesetzt. Er habe vor allem versucht zu belegen, dass die Beschwerdeführerin nicht krank sei , wobei er die Frage, ob das von ihr gezeigte Verhalten (nur) verdeutlichend sei oder die Grenze zur Aggravation überschreite, nicht mittels einer einzelfallbezogenen, sorgfältigen Prüfung auf möglichst breiter Beobachtungsbasis beantwortet habe. Ferner sei trotz geltend gemachter Konzentrationsstörungen keine neuropsychologische Testung erfolgt. Gesamthaft seien die Gutachter trotz zahlreicher auch bildlich dokumentierter Einschränkungen und trotz der geklagten massiven Alltags einschränkungen nur von einer minimalen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Dies sei auch aufgrund der anderslautenden medizinischen Akten nicht annehmbar ( Urk. 1 S. 6-8).

### **E. 2.3**

Mit Beschwerdeantwort vom 9. Januar 2023 (richtig: 2024) betonte die Beschwerdegegnerin, dass auf das Y.\_\_\_\_ -Gutachten abgestellt werden könne und keine Indizien gegen dessen Zuverlässigkeit sprächen.

Insbesondere habe die vom behandelnden Psychiater gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung im psychiatrischen Teilgutachten unter Einbezug der Beurteilung der Konsistenz nicht bestätigt werden können ( Urk. 7).

### **E. 2.4**

Mit Replik vom 30. April 2024 erachtete die Beschwerdeführerin die psychiatrische Teilexpertise unverändert für nicht beweistauglich. So erweise sich der Inhalt nicht nur als tendenziös; es seien auch medizinische Standards nicht eingehalten worden. Das Gutachten sei einerseits voller unnötiger Informationen und allgemeingültiger Aussagen. Andererseits würden ganz wesentliche Auskünfte fehlen. Die Voreingenommenheit des

Gutachters gegenüber Versicherten werde überdies durch andere Fälle untermauert, in welchen die Gerichte seiner Meinung nicht gefolgt seien. Fraglich sei schliesslich die Verwendung eines Professorentitels in anderen Fällen, womit der Anschein erweckt worden sei, der Gutachter sei Professor für Medizin, auch wenn ihm dieser Titel offenbar von einer privaten Universität in Armenien für das Fach Philosophie verliehen worden sei ( Urk. 14 S. 2 f.). 3. 3.1

Mit Verfügung vom 27. Dezember 2016 beurteilte die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin letztmals materiell ( Urk. 8/166), wobei die damalige Rentenaufhebung mit Urteil IV.2017.00158 des hiesigen Sozialversicherungsgerichts vom 26. September 2018 ( Urk. 8/178) und mit Urteil 8C\_764/2018 des Bundesgerichts vom 26. Februar 2019 ( Urk. 8/183) bestätigt wurde. Diese Verfügung bildet damit den zeitlichen Ausgangspunkt für die Beurteilung, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse seither in einem für den Rentenanspruch erheblichen Mass verändert haben (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.4, Urteil des Bundesgerichts 9C\_556/2021 vom 3. Januar 2022 E. 2.1 mit Hinweis). In medizinischer Hinsicht diene damals hauptsächlich das polydisziplinäre Y.\_\_\_\_-Gutachten vom 4. Februar 2016 als Grundlage (Urk. 8/140). Darin wurden im Wesentlichen folgende Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 8/140/53): - chronisches lumbovertebrales, teilweise lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts mehr als links mit/bei: - Diskusprotrusion L4/5 und L5/S1 ohne Nachweis einer Neurokompression - lumbal betonter Facettengelenksarthrose mit Zeichen der aktivierten Arthrose L4/5 links - klinisch fehlender Radikulopathie - Migräne ohne Aura - Senk-Spreizfuss-Deformität beidseits - chronisch-venöse Insuffizienz bei Varikosis crurum beidseits und Status nach sechsmaliger Varizenoperation (anamnestisch) - Status nach mittelgradiger depressiver Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11).

Sodann lässt sich dem Gutachten entnehmen, dass die allgemein-internistische Untersuchung das Bild einer altersentsprechend aussehenden, normosomen und kardiopulmonal kompensierten Versicherten in gutem Allgemeinzustand ergeben. Der internistische Status sei an sich unauffällig gewesen (Urk. 8/140/57). Von rheumatologischer und orthopädisch-chirurgischer Seite habe sich eine deutliche Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden, dem demonstrierten Bewegungsmuster sowie den einzelnen klinischen Befunden ergeben. Die geklagten Beschwerden im Bereich der beiden oberen Extremitäten, des Beckens, der Hüft-, der Knie- sowie der Sprunggelenke hätten nicht objektiviert werden können.

Die seit 2014 bekannten breitbasigen Diskusprotrusionen L4/L5 und L5/S1 gingen ohne etwaige Spinal- oder Neuroforamenstenose S1 und ohne Zeichen einer Neurokompression einher. Die lumbal betonte Facettengelenksarthrose mit Zeichen der aktivierten Arthrose im Facettengelenk L4/5 links erkläre einen Teil der Beschwerden, nicht aber das Ausmass der geklagten Schmerzsymptomatik. Im Rahmen der neurologischen Untersuchung habe sich kein Hinweis auf eine etwaige Radikulopathie im Sinne einer höhergradigen sensorisch-sensiblen bzw. muskulären Ausfallsymptomatik gezeigt (Urk. 8/140/57-58). Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung hätten sich deutliche Anhaltspunkte für eine Aggravation der Symptome ergeben. Die ICD-10-Kriterien einer depressiven Episode seien nicht erfüllt. Die früher diagnostizierte undifferenzierte Somatisierungsstörung lasse sich ebenfalls nicht rechtfertigen, da es an gastrointestinalen, kardiovaskulären oder urogenitalen Symptomen sowie Haut- oder Schmerzsymptomen im Sinne von Glieder

schmerzen oder Kribbelgefühlen mangle. Die angegebenen Schmerzen beeinträchtigt en die Beschwerdeführerin zudem nur wenig im Alltag ; sie könne ihren Haushalt mit Unterstützung erledigen , selbst ein Kraftfahrzeug führen, regel mässig mit ihrem Hund spazieren gehen und soziale Kontakte pflegen. Gleiches sei zur Diagnose der Agoraphobie festzuhalten. Die Beschwerdeführerin fahre zum Einkaufen in die Stadt A.\_\_\_\_ und habe im August [2015] eine Flug reise nach Portugal unternommen. Während der Exploration sei es ihr auch nicht möglich gewesen, eine spezifische Situation zu benennen , in der eine Panikattacke auftrete ( Urk. 8/140/58-59).

Vor diesem Hintergrund gelangten die Y.\_\_\_\_ -Gutachter i m Rahmen der interdisziplinären Konsensbeurteilung zum Schluss, die Beschwerdeführerin sei weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ( Urk. 8/140/59).

Gestützt darauf ging die Beschwerdegegnerin davon aus, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich gebessert und diese sei sowohl in ihrer angestammten Tätigkeit als Haushaltshilfe/Betreuerin als auch in jeder anderen leichten bis mittelschweren Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Mangels einer Erwerbs einbusse bestehe daher kein Rentenanspruch mehr ( Urk. 8/166/1). 3.2 3.2.1

Im Rahmen des neuen Leistungsgesuchs vom 2 5. Januar 2021 ( Urk. 8/191) reichte die Beschwerdeführerin medizinische Unterlagen ein. Dr. med. B.\_\_\_\_ , Fach arzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte mit Bericht vom 4. Juni 2019 im Wesentlichen folgende Diagnosen ( Urk. 8/190/1-2): - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei medialer Diskushernie L4/5 und fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule mit Osteochondrosen L4-S1, Protrusion L5/S1 - Senkspreibussdeformität mit statischen Fussbeschwerden - schwere Stammvarikosis mit chronisch-venöser Insuffizienz beidseits - Depression - Gonarthrose - reaktive Sinustachykardie bei schmerzbedingt situativ erhöhtem Sympathikotonus - chronischer Schwindel, differentialdiagnostisch multifaktoriell (Depression, Sinustachykardien, Lagerungsschwindel, medikamentös) - Migräne - Rhinokonjunktivitis allergica saisonalis.

Die lumbalen Rückenbeschwerden mit Ausstrahlung ins rechte Bein bei bekannter Diskushernie hätten sich dahingehend verschlechtert, dass selbst im Alltag wesentliche Einschränkungen bestünden mit zeitweiliger Hinderung am Verlassen der Wohnung. Es sei eine sehr ausgiebige tägliche Unterstützung durch Familienangehörige erforderlich. Die Situation habe sich chronifiziert und führe zu einer dauerhaften Funktionseinschränkung und Arbeitsunfähigkeit. Neu würden auch Knieschmerzen diese Situation verschlechtern. Eine chronifizierte Verschlechterung liege auch in Bezug auf die Beinschwellungen beidseits bei insuffizienten Beinvenen vor; mehrere Venenoperationen hätten keine Besserung ergeben. Es komme zu Kreislaufstörungen und zusätzlichen Schlafstörungen durch Parästhesien. Des Weiteren bestünden therapieresistente Gleichgewichts störungen bei wohl multifaktoriell bedingtem Schwindel. Die diversen Nahrungs mittelallergien würden die Ernährung erheblich erschweren und die tägliche Einnahme von Antiallergika notwendig machen, die wiederum Nebenwirkungen hätten (Müdigkeit, evtl. Schwindel und Konzentrationsstörungen; Urk. 8/190/2-3). 3.2.2

In seinem Bericht vom 2 1. Januar 2021 stellte Dr. med. C.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode (ICD-10 F33.2). Ab Ende 2018 sei eine deutliche Verschlechterung des psychischen Zustandsbilds feststellbar gewesen . Die Klagen über

multiple Beschwerden hätten damals zugenommen, insbesondere über ausstrahlende Rückenschmerzen zervikal und lumbal sowie chronische Kopfschmerzen und Kopfschmerzattacken mit Schwindel und Erbrechen. Die Beschwerdeführerin habe zunehmend angespannt gewirkt und über Herzklopfen und Luftknappheit geklagt. Bei Verstärkung ihrer (subjektiv bedrohlichen) angstassoziierten Symptome habe sie wiederholt schon mehrere Stunden auf dem Areal des Spitals D.\_\_\_\_ verbracht. Auch depressive Symptome seien vermehrt aufgetreten, u.a. Müdigkeit, Energie- und Antriebslosigkeit, häufiges Weinen während den Konsultationen, Klagen über Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit, Insuffizienz- und Überforderungsgefühle sowie eine Verschlimmerung der Schlafstörungen. Seit Juli 2019 arbeite sie etwa zehn Stunden wöchentlich als Raumpflegerin und als Büglerin. Da sie die Arbeitszeit weitgehend selbst einteilen könne, nehme sie frei, wenn die psychischen und somatischen Beschwerden zu stark seien. Manchmal schaffe sie es innerhalb der Woche nicht, die erforderlichen zehn Stunden zu arbeiten (Urk. 8/190/5). 3.2.3

Am 16. April 2021 äusserte sich der RAD-Arzt dipl. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, dahingehend, dass bei den Symptomen keine wesentliche Veränderung ersichtlich sei. Die Diagnosen seien ebenfalls dieselben. Eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes werde durch die eingereichten Berichte nicht begründet (Urk. 8/192/2). 3.2.4

Gemäss Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie und Nuklearmedizin, vom 16. Dezember 2021 habe die von ihm durchgeführte Magnetresonanztomographie der Hals- und Lendenwirbelsäule gegenüber der Untersuchung vom 25. April 2019 eine progrediente foraminale Einengung links entlang der C6-Wurzel mit Weitstellung des Zentralkanales gezeigt. Zervikal liege kein enger Spinalkanal vor. Lumbal bestünden stationäre Chondrosen L4/L5 und L5/S1 mit flachen Diskushernien ohne eindeutige neurale Kompressionen (Urk. 8/203/9). 3.2.5

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, hielt in seinem Bericht vom 31. Januar 2022 fest, bei der Beschwerdeführerin stehe die chronische Depression im Vordergrund, wobei diesbezüglich auf die psychiatrischen Berichte verwiesen werde. Was den Bewegungsapparat anbelange, leide die Beschwerdeführerin seit bald 20 Jahren an lumbalen Rückenschmerzen mit Ausstrahlungen in die unteren Extremitäten. Dies entspreche einem aktuell rechts betonten lumbospondylogenen Syndrom. Diesen Beschwerden lägen eine diskrete, aber eindeutige Fehlform der Wirbelsäule sowie progrediente degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule zu Grunde. Hinzu kämen die chronischen therapieresistenten zervikalen Beschwerden, die aufgrund der seit fünf Jahren bestehenden Ausstrahlungen in die oberen Extremitäten als chronisches zervikospondylogenes/-brachiales Syndrom zu betrachten seien. Diese seien auf die radiologisch nachweisbare Verschlechterung der zervikalen Degeneration zurückzuführen (Urk. 8/203/3). Nicht zu vergessen seien neben der bekannten Migräne die Spannungskopfschmerzen, die mit grosser Wahrscheinlichkeit mit der zervikalen Pathologie zusammenhängen. Erschwerend für eine manuelle Tätigkeit seien die Daumengrundscherzen im Sinne einer Rhizarthrose. Angesichts der Konstellation von diversen Erkrankungen sei die Durchführung einer mittel schweren Tätigkeit in der Reinigungsbranche nicht mehr möglich. Unabhängig von der chronischen Depression sei auch eine leichte angepasste Tätigkeit auf Grund der progredienten, radiologisch nachgewiesenen Veränderungen der Wirbelsäule und der Hände sowie der damit

verbundenen Beschwerden aus rheumatologischer Sicht nur noch maximal zu 50 % zumutbar ( Urk. 8/203/4). 3.2. 6

Dem Y.\_\_\_\_ -Gutachten vom 14. November 2022 sind im Wesentlichen folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen ( Urk. 8/221/11): - chronisches zervikospodylogenes bis zerviko z ephales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.0) - chronisches lumbospodylogenes Schmerzsyndrom mit reaktiver Periarthropathia coxae (ICD-10 M54.5/M24.8).

Demgegenüber wurden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hauptsächlich in Bezug auf folgende Diagnosen verneint ( Urk. 8/221/11-12): - Schmerzverarbeitungsstörungen mit Selbstlimitierung (psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten; ICD-10 F54), differentialdiagnostisch Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0/Z76.5) - Migräne mit Aura (ICHD-3 1.2) - Verdacht auf Restless-legs-Syndrom (RLS; ICD-10 G25.81) - depressive Episode remittiert (ICD-10 F32.8/F33.4) - Verdacht auf arterielle Hypertonie (ICD-10 I10) - Hypercholesterinämie (ICD-10 E78.0) - Restvarikosis beidseits (ICD-10 I83) - Rhinokonjunktivitis allergica (ICD-10 J30.1, H10.8).

Laut Dr. med. H.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hätten im allgemeininternistischen Status ein Übergewicht mit einem BMI von 28.125

kg/m<sup>2</sup> , leicht erhöhte Blutdruckwerte rechtsseitig und Zeichen der Rest varikosis imponiert. Das EKG und die Spirometrie hätten keine signifikanten Auffälligkeiten ergeben. Die erwähnten Befunde und Diagnosen seien mit geeigneten Massnahmen gut behandelbar und würden weder in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Haushaltshilfe noch in einer anderen körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Verweistätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit begründen ( Urk. 8/221/45-46, 8/221/48).

Dr. med. I.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seiner Teilexpertise fest, im Rahmen der Untersuchung hätten sich keine Bewusstseins-, Orientierungs-, Konzentrations- oder Merkfähigkeitsstörungen gezeigt. Weder sei en die Wahrnehmung noch die Aufmerksamkeit im Umfang und in der Intensität herabgesetzt gewesen. Das formale Denken sei etwas auf die Schmerzen eingengt gewesen; das inhaltliche Denken habe sich ungestört präsentiert. Wahrnehmungs- oder Affektstörungen seien nicht nachweisbar gewesen. Der Affekt sei auslenkbar und die Schwingungsfähigkeit sei erhalten gewesen. Auch der Antrieb habe sich ungestört dargestellt. Es hätten sich verschiedene Hinweise auf ein aggravierendes Verhalten finden lassen (Urk. 8/221/56). So habe zwischen den subjektiven Beschwerdeschilderungen und dem Verhalten in der Untersuchungssituation eine auffällige Diskrepanz bestanden. Die Beschwerdeführerin habe einen appellativen und demonstrativen Eindruck hinterlassen. Das Ausmass der geschilderten Beschwerden stehe auch nicht in Übereinstimmung mit einer leidensgerechten Inanspruchnahme therapeutischer Hilfen. Insgesamt sei von einer deutlichen Symptomausweitung , wenn nicht gar von Aggravation auszugehen, wobei in diesem Zusammenhang auch auf das rheumatologische und das neurologische Teilgutachten hingewiesen werde ( Urk. 8/221/58-59). Die Diagnose einer depressiven Störung könne aktuell nicht bestätigt werden , da sich deren Hauptsymptome nicht hätten feststellen lassen ( Urk. 8/221/60). Da Hinweise für ein aggravierendes Verhalten bestünden, falle ferner eine chronische Schmerzstörung ausser Betracht. Schmerzverarbeitungsstörungen gemäss ICD-10 F54 fielen nicht unter die Schmerzrecht sprechung

des Bundesgerichts ( Urk. 8/221/61). Die Beschwerdeführerin verfüge über Ressourcen und sei aus rein psychiatrischer Sicht nicht durch eine namhafte psychische Störung in ihren Alltagsfähigkeiten oder in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt ( Urk. 8/221/63).

Im rheumatologischen Teilgutachten wies

Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, auf erhebliche Inkonsistenzen zwischen den geklagten Beschwerden und den effektiv objektivierbaren Befunden am Bewegungsapparat hin. Unter anderem habe der Wirbelsäulenstatus primär bei deutlicher aktiver Gegeninnervation eine erhebliche Einschränkung der Flexionsfähigkeit ergeben, die sich bei mehrfacher Prüfung der LWS-Flexion im Verlauf weitgehend normalisiert habe. Der Beschwerdeführerin sei es sogar möglich gewesen, in liegender Position selbständig die Langsitzposition einzunehmen mit einem Abstand Fingerspitzen-Fusssohle von fünf bis zehn Zenti Metern, ohne dass dies spezifisch lumbale Schmerzen verursacht hätte (Urk. 8/221/77-78). Unter Berücksichtigung der Bildgebung von Dezember 2021 lasse sich bis auf eine zunehmende foraminale Verengung am Halswirbelkörper 5/6 links keine nachweisbare Verschlechterung der zervikalen oder lumbalen degenerativen Veränderungen feststellen. Die Beschwerdesymptomatik im Achsenskelett werde negativ beeinflusst durch eine leichte Wirbelsäulenfehlstatik und eine ungenügende muskuläre Stabilisationsfähigkeit im Rahmen der muskulären Dysbalance. In Bezug auf die Hände habe die Röntgenuntersuchung weder relevante rhizarthrotische noch sonstige relevante Fingergelenks polyarthrose-Veränderungen gezeigt ( Urk. 8/221/79 , 8/221/81 ). Aus rheumatologischer Sicht sei von einer 70-80%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen, wobei die reduzierte Leistungsfähigkeit auf die Notwendigkeit von Pausen zurückzuführen sei . Diese Beurteilung gelte auch für leidensangepasste , insbesondere körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten ( Urk. 8/221/82).

Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, hielt in seiner Teil expertise fest, klinisch-neurologisch habe sich ein altersentsprechender, unauffälliger Hirnnervenstatus finden lassen. Insbesondere die Schwindel untersuchung habe keinen kongruenten Befund im Sinne eines peripher- oder zentral-vestibulären Nystagmus als objektivierbares Korrelat ergeben. Motorisch hätten sich keine Paresen abgrenzen lassen; der Reflexstatus sei seitengleich lebhaft gewesen und Pyramidenbahnzeichen hätten nicht vorgelegen. Im Bereich des rechten Unterschenkels sei eine Sensibilitätsstörung geltend gemacht worden, wobei die erweiterten Stand- und Gangversuche weitestgehend problemlos gelungen seien. Auffällig seien hingegen die kognitiven Funktionen gewesen; die Beschwerdeführerin sei nicht in der Lage gewesen, einfache Kopfrechnungen durchzuführen oder nähere biographische Daten ausreichend zügig zu benennen . Differentialdiagnostisch sei dies im Rahmen der insuffizienten Schulbildung und der Symptomverdeutlichung einzuordnen. Gesamthaft sei von einer Migräne mit und ohne Aura auszugehen, die aktuell als episodisch einzuordnen sei. Des Weiteren sei von einem chronifizierten Schmerz im Bereich des Rückens, möglicherweise auch im Bereich der Handgelenke auszugehen. In Bezug auf den Rücken habe sich keine radikuläre Beteiligung abgrenzen lassen. Die Angabe der Hypästhesie im Bereich des medialen rechten Unterschenkels bleibe ätiologisch offen, spiegle sich auch nicht in der Aktenlage wider und passe nicht zu einem radikulären Syndrom. Denkbar sei ein Zusammenhang mit einer früheren Varizen operation und Läsion des Nervus saphenus im entsprechenden Gebiet. Die Umfangsdifferenz der Unterschenkel sei leichtgradig und nicht mit einer neurogen bedingten Atrophie vereinbar ( Urk.

8/221/90-91) . Insgesamt ergäben sich derzeit keine neurologischen Erkrankungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk.

8/221/93).

Im interdisziplinären Konsens attestierten die Y.\_\_\_\_ -Gutachter sowohl für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Haushaltshilfe als auch für andere körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende und adaptierte Verweistätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 75 % aufgrund eines erhöhten Pausen bedarfs. Diese könne seit Dezember 2021 angenommen werden (Urk.

8/221/12-13). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich zwecks Beurteilung des strittigen Renten anspruchs in medizinischer Hinsicht zur Hauptsache auf das polydisziplinäre Y.\_\_\_\_ -Gutachten vom 14. November 2022 (Urk. 8/221). Die Beschwerdeführerin spricht dieser Expertise demgegenüber die Beweiskraft ab (vgl. vorstehende E.

2.1-2.4). 4.2

Das Gericht darf den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteile des Bundesgerichts 9C\_174/2020 vom 2. November 2020 E. 8.1 [in BGE 147 V 79 nicht publiziert] und 8C\_649/2023 vom 6. August 2024 E. 3.2). 4.3 4.3.1

Weder von internistischer noch von neurologischer Seite wurden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 8/221/47, 8/221/91-92). Dr. H.\_\_\_\_ verwies insbesondere auf die unauffälligen Zusatzuntersuchungen mittels EKG und Spirometrie. Es leuchtet ein, dass er die Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten weder durch die leicht erhöhten Blutdruckwerte noch das Übergewicht als limitiert einstuft (Urk.

8/221/45-46) .

Auch die Beurteilung des Neurologen Dr. K.\_\_\_\_ überzeugt angesichts der von ihm erhobenen Befunde ohne Weiteres. Nebst einem unauffälligen Hirn nervenstatus ergab seine klinische Untersuchung keine Hinweise auf motorische Einschränkungen, Paresen oder Störungen der Reflexe (Urk. 8/221/88-89). Als nicht nachvollziehbar erachtete er die geklagte Sturzneigung und Gangunsicherheit, was in Anbetracht der weitestgehend problemlos gelungenen erweiterten Stand- und Gangversuche einleuchtet. Dr. K.\_\_\_\_ schloss überdies auf eine Symptomverdeutlichung und Beschwerdeausweitung aufgrund zahlreicher inkonsistenter Auffälligkeiten und der im Verlauf erst auf mehrfaches Nachfragen genannten Beschwerden auf neurologischem Fachgebiet (Urk. 8/221/90-91).

Abweichende neurologische Einschätzungen sind im Übrigen nicht aktenkundig. 4.3.2

Die rheumatologische Teilexpertise von Dr. J.\_\_\_\_ kritisiert die Beschwerdeführerin insofern, als

die Progredienz des rheumatischen Leidens seit der letzten Überprüfung des Anspruchs nicht genügend berücksichtigt worden sei, was aus den Berichten der Dres. F.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_ vom 16.

Dezember 2021 und 31. Januar 2022 hervorgehe ( Urk. 1 S. 5 ). Dem ist entgegenzuhalten, dass sich der Gutachter eingehend mit den bildgebenden Befunden und der Einschätzung von Dr. G.\_\_\_\_ auseinandergesetzt hat

( Urk.

8/ 221/78 -79 ) . Soweit die Beschwerdeführerin einen Widerspruch zum radiologischen Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ ( Urk. 8/203/8-9) erkennt , geht sie fehl , da die von ihr hervorgehobene progrediente foraminale Einengung links entlang der C6-Wurzel auch vom Gutachter bestätigt und in die Beurteilung einbezogen wurde. So führte er aus, dass sich eine nachweisbare Verschlechterung von zervikalen oder lumbalen degenerativen Veränderungen bis auf eine zunehmende foraminale Verengung HWK5/6 links im MRT nicht habe feststellen lassen (Urk.

8/221/79 , 8/221/81 ). Überdies steht auch die Feststellung stationärer Befunde im lumbalen Bereich mit dem Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ im Einklang.

Dr. J.\_\_\_\_ trug den im Vergleich zur Vorbegutachtung festgestellten Veränderungen im Bereich der zervikalen Wirbelsäule sodann Rechnung, indem er sowohl für die angestammte Tätigkeit als Haushälterin als auch für adaptierte Verweistätigkeiten eine 20-30%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs attestierte (Urk. 8/221/82-83). Inwiefern dies der konkreten medizinischen Sachlage nicht angemessen sein sollte, ist nicht ersichtlich. Insbesondere gilt es zu betonen, dass die genannte Einschränkung trotz der von rheumatologischer Seite festgestellten erheblichen Inkonsistenzen festgelegt wurde . So habe sich während der Anamneseerhebung u.a. eine normale Rotationsfähigkeit der Halswirbelsäule beobachten lassen, währenddem sich im Rahmen der klinischen Untersuchung deutliche Bewegungseinschränkungen mit erheblicher aktiver Gegeninnervation gezeigt hätten . Es sei auf ein bewusstseinsnahes Verhalten der Beschwerdeführerin zu schliessen (Urk.

8/221/77). 4. 4 4.4.1

Einzugehen bleibt auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr.

I.\_\_\_\_ , welches die Beschwerdeführerin aus diversen Gründen für nicht beweiskräftig erachtet. Sie macht

geltend , der Gutachter führe auf verschiedenen offiziellen Listen wie etwa der vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) heraus gegebenen Liste der Sachverständigen-Zweierteams den Zusatztitel «Prof.». Dabei handle es sich jedoch um einen Professorentitel der Philosophie , der von einer armenischen Universität verliehen worden sei. Der Gutachter vermittele so den Eindruck, Professor der Medizin zu sein ( Urk. 14 S. 18 f.). Dem ist entgegen zuhalten , dass Dr. I.\_\_\_\_

seinen Professorentitel im vorliegenden Verfahren nicht verwendet und damit nicht den Anschein vermittelt hat, diesen akademischen Grad

auf dem Gebiet der Medizin innezuhaben

(vgl. Urk. 8/221/51, 8/221/67). Für die Verwertbarkeit des Gutachtens entscheidend ist letztlich , dass er als (unbestritten) in der Schweiz anerkannter Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie über die konkret erforderlichen Fachkenntnisse verfügt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_28/2021 vom 9. April 2021 E. 5.1).

Die aus Sicht der Beschwerdeführerin als zu kurz monierte Dauer der psychiatrischen Exploration ( Urk. 1 S. 8, Urk. 14 S. 2) lässt Praxis gemäss nicht von vornherein auf eine Sorgfaltswidrigkeit des Gutachters schliessen. Der Aussagegehalt eines ärztlichen Berichts bestimmt sich vielmehr nach dessen inhaltlicher Vollständigkeit und der Schlüssigkeit des Ergebnisses (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_130/2023 vom 8. August 2023 E. 4.4.4 mit Hinweisen). Auch der Verzicht auf die Durchführung (neuropsychologische r ) Testverfahren hat keine Unverwertbarkeit des Teilgutachtens zur Folge.

Diesem kommt einerseits höchstens eine ergänzende Funktion zu und andererseits verfügen die Gutachter bei der Wahl der Untersuchungsmethoden über einen weiten Ermessensspielraum (Urteile des Bundesgerichts 8C\_804/2021 vom 1. Juni 2022 E. 4.1.3 und 8C\_136/2021 vom 7. April 2022 E. 6.1.2, je mit Hinweisen).

Grundsätzlich zutreffend ist der Hinweis der Beschwerdeführerin auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung, dass die juristische Beurteilung eines Falles nicht Sache des medizinischen Sachverständigen ist ( Urk. 14 S. 6 f. ; vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 ). Eine Vorwegnahme der juristischen Beurteilung wie im von ihr zitierten Urteil 8C\_448/2015 vom 17. Dezember 2015 ist vorliegend jedoch nicht erkennbar. So erwähnte Dr. I.\_\_\_\_ u.a. , dass das selbständige Führen eines Fahrzeugs aus bundesgerichtlicher Sicht auf ein beachtliches Mass an physischen und psychischen Ressourcen sowie an Konzentrationsvermögen schliessen lasse und wiederholt als Indiz für Aggravation gewertet worden sei ( Urk. 8/221/60 ) , ohne daraus direkte Rechtsfolgen abzuleiten. Die wenn auch teilweise überholte

Bezugnahme auf die Schmerz- bzw. die Indikatorenrecht sprechung (u.a. BGE 141 V 281; Urk. 8/221/61-62) mindert den Beweiswert ebenso wenig, denn auch hier erfolgte die Bezugnahme auf rechtliche Aspekte ohne diesbezüglich juristische Folgerungen abzuleiten. Im Übrigen zeigt sich, dass sich der Gutachter der Schnittstelle von Recht und Medizin bewusst war, wobei der medizinische Gutachter darüber hinaus keiner besonderer juristische r Kenntnisse bedarf (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_383/2020 vom 22. März 2021 E.

5.2.1).

Die Beschwerdeführerin rügt weiter, der Gutachter habe sich nicht mit der Möglichkeit einer Chronifizierung der depressiven Erkrankung auseinandergesetzt, obwohl diese schon seit vielen Jahren bestehe und sich die Situation zudem verschlechtert habe ( Urk. 1 S. 6). Unter Chronifizierung wird der Übergang einer akuten Erkrankung in einen chronischen Zustand bezeichnet (Urteil des Bundesgerichts 8C\_555/2023 vom 4. Januar 2024 E. 4.4.2 mit Hinweis). Bezüglich des Schweregrad s einer Erkrankung und deren Auswirkungen auf die funktionelle Leistungsfähigkeit lassen sich daraus jedoch keine unmittelbaren Erkenntnisse

gewinnen. Gutachterlich wurde zudem schlüssig aufgezeigt, weshalb in Anbetracht fehlender Hauptsymptome (depressive Stimmung, Interessen- oder Freudeverlust, verminderter Antrieb, gesteigerte Müdigkeit) die mit Blick auf den Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. C.\_\_\_\_

vom 21. Januar 2021 ( Urk. 8/190/ 4-5) in Betracht zu ziehende depressive Störung nicht bestätigt werden konnte ( Urk. 8/221/60 ; vgl. auch Urk. 8/221/56 ). Dr. I.\_\_\_\_

würdigte ferner die bei der Beschwerdeführerin vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten (Urk. 8/221 / 63-64 ;

vgl. hierzu auch nachstehende E. 4.4.7-4.4.8 ). Er schloss mithin nicht kurzerhand von einer Aggravation auf eine fehlende Beeinträchtigung des psychischen Gesundheitszustandes. Daher ist auch nicht entscheidend , ob er im Resultat eine Aggravation oder bloss ein verdeutlichendes Verhalten bzw. eine Symptomausweitung erkannte , was wie die Beschwerdeführerin grundsätzlich zutreffend bemerkt ( Urk. 1 S. 7) aus dem psychiatrischen Teilgutachten nicht mit der wünschenswerten Klarheit hervorgeht ( vgl. Urk. 8/221/59, 8/221/61).

Im interdisziplinären Konsens wurde jedenfalls von psychiatrischer Seite lediglich der Verdacht auf eine Aggravation statuiert ( Urk. 8/221/10). Die berücksichtigte Verdeutlichung der Beschwerden überzeugt im Übrigen aus mehreren Gründen. Zum einen bemerkte Dr. I.\_\_\_\_ eine auffällige Diskrepanz zwischen den geschilderten psychischen Einschränkungen

und dem Verhalten in der Untersuchungssituation . Das Ausmass der geschilderten Beschwerden stehe ausserdem nicht in Übereinstimmung mit einer leidensgerechten Inanspruchnahme therapeutischer Hilfen ( Urk. 8/221/59 ; vgl. hierzu auch nachstehende E. 4.4.4 und 4.4.8 ). Zum anderen lässt die Beschwerdeführerin aussen vor, dass von neurologischer und rheumatologischer Seite ebenfalls erhebliche Inkonsistenzen festgestellt wurden, beispielsweise im Rahmen der Beweglichkeitsprüfung in Form einer Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden und den effektiv objektivierbaren Befunden am Bewegungsapparat (Urk. 8/221/ 77-78, 8/221/ 91).

Hinzu kommt, dass bereits anlässlich der letzten Begutachtung im Jahr 2016 in mehreren Disziplinen u.a. von psychiatrischer Seite

deutliche Inkonsistenzen bis hin zu aggravatorischem Verhalten hervorgehoben wurden (Urk.

8/140/ 63- 64, 8/140/67-68). Die aktuelle psychiatrische Einschätzung fügt sich somit nahtlos in dieses Bild ein und stellt nicht lediglich eine subjektive Bewertung eines einzelnen medizinischen Sachverständigen dar. Vor diesem Hintergrund geht auch der wiederholt vorgebrachte Einwand einer tendenziösen, voreingenommenen Begutachtung fehl (vgl. Urk. 1 S. 7, Urk. 14 S. 13).

Daran vermag im Übrigen auch der Hinweis auf einzelne Urteile deutscher Landgerichte aus den Jahren 2014 , 2017 und 2021 nichts zu ändern ( Urk. 14 S. 14), in denen der gutachterlichen Einschätzung des Dr. I.\_\_\_\_ nicht gefolgt wurde. Bezogen auf den anhand der konkreten Gegebenheiten zu beurteilenden Einzelfall kann die Beschwerdeführerin daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten.

Ebenso wenig ist der Beweiskraft schliesslich abträglich, dass Dr. I.\_\_\_\_

von im Vordergrund stehenden invaliditätsfremden Faktoren ausging (Urk. 8/221/63). Dies erweist sich unter Berücksichtigung der auch konsensual festgestellten , erheblichen subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung mit Selbstlimitierung sowie dem sekundären Krankheitsgewinn als nachvollziehbar ( Urk. 8/221/10, 8/221/60). Nicht zuletzt schlossen bereits die Vorgutachter auf das Vorhandensein derartiger Faktoren, weshalb sie namentlich die Erfolgsaussichten beruflicher Massnahmen als sehr gering einstufen ( Urk. 8/140/63, 8/140/67). 4.4. 2

Einzugehen bleibt auf die von psychiatrischer Seite attestierte

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ( Art.

#### **E. 8**

ATSG) sind.

#### **E. 10**

0%ige Arbeitsfähigkeit. Praxisgemäss liegt es nicht allein in der Zuständigkeit der mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztpersonen, abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt (BGE 140 V 193 E. 3.1). Die fachärztliche Beurteilung bildet allerdings die Basis für die daran anknüpfende Plausibilisierung bzw. Validierung durch den Rechtsanwender (Urteil des Bundesgerichts 8C\_230/2022 vom 23. September 2022 E. 5.2.3.2 mit Hinweisen). Diese erfolgt grundsätzlich in Bezug auf sämtliche psychische Leiden anhand einer Prüfung der von der Rechtsprechung entwickelten Standardindikatoren (BGE 143 V 409, 418 und 141 V 281), die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (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). 4.4. 3

Der psychiatrische Gutachter

mass den von ihm gestellten Diagnosen (Schmerzverarbeitungsstörungen mit Selbstlimitierung [psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, ICD-10 F54; differentialdiagnostisch Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen, ICD-10 F68.0/Z76.5] und depressive Episode remittiert [ICD-10 F32.8/F33.4] keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu (Urk. 8/221/61), was ein gewichtiges Indiz dafür darstellt, dass der für eine invalidisierende Gesundheitsschädigung erforderliche Schweregrad nicht erreicht wird (Urteil des Bundesgerichts 9C\_154/2016 vom 19. Oktober 2016 E. 4.1 mit Hinweis). Dies ist vereinbar mit der Ausprägung der erhobenen Untersuchungsbefunde, die im Wesentlichen unauffällig ausfielen. Insbesondere vermochte Dr. I.\_\_\_\_ weder Störungen des Bewusstseins oder der Orientierung noch solche der mnestischen Funktionen, des Affekts oder des Antriebs auszumachen (Urk.

8/221/56). Die Hauptsymptome einer depressiven Störung depressive Stimmung, Interessen- oder Freudeverlust, verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit hätten sich nicht feststellen lassen.

Übereinstimmend mit den anderen Gutachtern schloss er ferner wie bereits erwähnt

auf eine erhebliche subjektive Krankheits- und Behinderungsüberzeugung mit Selbstlimitierung (Urk. 8/221/60; vgl. auch Urk. 8/221/48, 8/221/79). 4.4. 4

Zum Gesichtspunkt der Therapieresistenz ist anzumerken, dass

die Beschwerdeführerin ein mal pro Monat ihren behandelnden Psychiater Dr. C.\_\_\_\_ konsultiert (Urk. 8/221/42, 8/221/5 2-5 3). In diesem Zusammenhang fällt auf, dass diese Behandlung trotz der von Dr. C.\_\_\_\_ postulierten Verschlechterung des psychischen Zustandes ab Ende 2018 (vgl. Urk. 8/190/5) nicht intensiviert wurde (vgl. Urk. 8/140/17 , 8/190/4 ). Aus gutachterlicher Sicht besteht aufgrund des Fehlens einer pathologischen Symptomatik kein aktueller Behandlungsbedarf (Urk. 8/221/66).

In Bezug auf das Kriterium der Eingliederungsresistenz gilt es zu berücksichtigen , dass die Beschwerdeführerin seit Juli 2019 (wieder) eine r Tätigkeit als Haushälterin in einem Privathaushalt nachgeht, wobei ihr Beschäftigungsgrad rund zehn Stunden pro Woche beträgt (Urk. 8/221/43, 8/221/54). Anstrengungen , dieses Pensum zu steigern, sind ebenso wenig aktenkundig wie Bemühungen, eine andere , leidensadaptierte Anstellung mit einem höheren Pensum zu finden.

Die im Jahr 2016 gutachterlich festgelegte und von den Gerichten für massgebend erachtete 100%ige Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten (vgl. vorstehende E. 3.1) wurde damit in den Folgejahren nicht annähernd ausgeschöpft. Von einer Eingliederungsresistenz kann bei dieser Sachlage nicht gesprochen werden. 4.4. 5

In Bezug auf den Indikator «Komorbiditäten» ergeben sich namentlich aus der gutachterlichen Konsensbeurteilung

keine Anhaltspunkte für bedeutsame Wechselwirkungen zwischen den einzelnen psychischen und somatischen Beschwerdebildern (vgl. Urk. 8/221/10-12). 4.4. 6

Was den Komplex «Persönlichkeit» anbelangt, gilt es zu berücksichtigen , dass Dr.

I.\_\_\_\_ weder eine Persönlichkeitsstörung noch akzentuierte Persönlichkeitszüge feststellen konnte. Dem Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. C.\_\_\_\_ lassen sich

ebenfalls keine Anhaltspunkte für eine auffällige Persönlichkeitsstruktur entnehmen , die sich ressourcenhemmend auswirken könnte (vgl. Urk. 8/ 190/5). 4.4. 7

Zum sozialen Lebenskontext ist aktenkundig, dass die Beschwerdeführerin alleine lebt und sich in keiner Partnerschaft befindet. Als stützende und mobilisierbare

Ressource ist der Kontakt zu ihren beiden erwachsenen Kindern zu nennen, welche ebenso wie ein Cousin

auch gewisse Haushaltsarbeiten wie Staubsaugen, Bodenwischen und das

Tragen des Wäschekorbs

übernehmen . Gemäss eigenen Angaben sei sie zwar nicht Mitglied in einem Verein, verfüge aber über einen Freundeskreis und fühle sich nicht einsam, auch wenn sie sich zurückgezogen habe (Urk. 8/221/44 , 8/221/ 55). Vor diesem Hintergrund kann angesichts des stabilen , tragfähigen Beziehungsnetzes nicht auf einen erheblichen krankheitsbedingten sozialen Rückzug geschlossen werden. 4.4. 8

In Bezug auf die beweisrechtlich entscheidende Kategorie «Konsistenz» ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin ihren Haushalt grundsätzlich mit Ruhe pausen

bis auf schwere körperliche Arbeiten und Grosseinkäufe selbständig führen kann. Sie besitzt einen kleinen Hund, welchen sie mehrmals am Tag spazieren führt. In ihrer Freizeit schwimmt sie gerne, des Weiteren beschäftigt sie sich mit Lesen und Fernsehen. Ferner ist sie in der Lage, u.a. zu wecks Einkäufe und Arztbesuche einen Personenwagen zu führen (Urk.

8/221/43-44, 8/221/54-55), was erhebliche kognitive, visuelle und motorische Fähigkeiten voraussetzt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_163/2024 vom 11.

Oktober 2024 E. 4.1.2). Gesamthaft verfügt die Beschwerdeführerin vergleichbar wie zum Zeitpunkt der erstmaligen Y.\_\_\_\_-Begutachtung im Jahr 2016 (Urk. 8/140/46-47)

über einen strukturierten Tagesablauf und ist in der Lage, neben ihrem Teilzeitpensum als Haushälterin verschiedenen Alltagsaktivitäten nachzugehen. Zwischen der subjektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch sie selbst (maximal die derzeitigen zehn Stunden pro Woche; vgl. Urk. 8/221/44, 8/221/55 und 8/221/72) und ihrem Aktivitätsniveau besteht vor diesem Hintergrund eine deutliche Diskrepanz (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.1 mit Hinweisen).

Ein Leidensdruck ist insofern ausgewiesen, als sich die Beschwerdeführerin bereits seit mehreren Jahren in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. C.\_\_\_\_

befindet (vgl. Urk. 8/115, 8/190/4-5). Relativiert wird dies allerdings einerseits durch die niedrige Therapiefrequenz mit lediglich einer Sitzung pro Monat, worin namentlich mit Blick auf die von Dr. C.\_\_\_\_

diagnostizierte depressive Erkrankung keine konsequente Therapie zu erkennen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_444/2016 vom 31. Oktober 2016 E. 6.2.2 mit Hinweisen).

Auch von gutachterlicher Seite wurde auf eine lediglich niederschwellige fachpsychiatrische Behandlung geschlossen (Urk. 8/221/61).

Überdies

gilt es die teilweise mangelnde Compliance hinsichtlich verordneter Arzneimittel zu berücksichtigen

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_288/2024 vom 29. Oktober 2024 E. 8.5.1 mit Hinweisen).

So lagen die Messresultate bezüglich des Antidepressivums Trimipramin im Gegensatz zu Paroxetin

klar ausserhalb des Referenzbereichs (Urk. 8/219). 4.4.9

Die Gesamtwürdigung der Standardindikatoren bzw. der vorhandenen Belastungen und Ressourcen ergibt somit, dass die

diagnostizierten psychischen Gesundheitsschädigungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mit schweren Auswirkungen in wichtigen Funktionsbereichen einhergehen (vgl. auch Urk. 8/221/63-64).

Dies wird insbesondere durch die

in ihrer Gesamtheit leicht ausgeprägten psychischen Befunde,

die unauffällige Persönlichkeitsstruktur, das intakte soziale Umfeld und das gelebte Aktivitätsniveau

untermauert. Es besteht somit auch vor diesem Hintergrund kein begründeter Anlass, die von Dr. I. \_\_\_

attestierten Arbeitsfähigkeit in Frage zu stellen, wobei abschliessend mit Blick auf die Beweiswürdigung zu betonen ist, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater beziehungsweise der begutachtenden Psychiaterin daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte wie im konkreten Fall

lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_166/2022 vom 13. Oktober 2022 E. 4.1.2 und 4.2.3, je mit Hinweisen). 4.5

Nach dem Gesagten besteht kein triftiger Grund, um von der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Y. \_\_\_-Gutachter abzuweichen; der Expertise vom 14. November 2022 ist mithin insgesamt voller Beweiswert zuzuerkennen. Ausgehend von der interdisziplinären Konsensbeurteilung beträgt die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit Dezember 2021 sowohl für die angestammte Tätigkeit als auch für leidensadaptierte Tätigkeiten infolge eines erhöhten Pausenbedarfs 75 % (Urk. 8/221/12-13).

Insofern hat sich im Vergleich zum Referenzzeitpunkt (vgl. vorstehende E. 3) hinsichtlich der funktionellen Belastbarkeit und damit aus gesundheitlicher Sicht eine gewisse Verschlechterung ergeben. Von den eventualiter beantragten weiteren Abklärungen medizinischer Art sind keine anderen entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon in antizipierter Beweiswürdigung abgesehen werden kann (BGE 144 V 361 E. 6.5, 136 I 229 E. 5.3, 124 V 90 E. 4b).

5.

Auf der Grundlage der obigen Erkenntnisse sind die erwerblichen Auswirkungen zu prüfen. Der Einkommensvergleich (Art. 16 ATSG) hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen (Validen- und Invalideneinkommen) ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Sind indessen Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad nämlich dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn, der höchstens 25 % betragen darf (Urteil des Bundesgerichts 8C\_104/2021 vom 27. Juni 2022 E. 6.2 mit Hinweisen [in BGE 148 V 321 nicht publiziert]).

Da die Beschwerdeführerin ab dem Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns in der angestammten Tätigkeit als Haushaltshilfe medizinisch-theoretisch weiterhin zu 75

% arbeitsfähig ist, resultiert ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 25 %. Ein leidensbedingter Abzug vom Invalideneinkommen wurde weder geltend gemacht noch erscheint ein solcher gerechtfertigt.

Namentlich ist der von rheumatologischer Seite zuerkannte erhöhte Pausenbedarf (Urk. 8/221/82) bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthalten und darf nicht zusätzlich in die Bemessung eines leidensbedingten Abzugs einfließen (vgl. BGE

148 V 174 E. 6.3; Urteil des Bundesgerichts 8C\_621/2023 vom 7. August 2024 E. 4.1). 6 .

Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin in der angefochtenen Verfügung vom 12. September 2023 zu Recht verneint, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt. 7 .

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu beurteilen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom 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  
FehrWürsch

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