

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00542 vom 19. Dezember 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-12-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00542

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00542 du 19 décembre 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00542 del 19 dicembre 2024

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 im Oktober 2016 anhängig gemachten Neuanmeldung bei der Invalidenversicherung könnten allfällige Leistungen frühestens ab April 2017 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.

Gemäss BGE 150 V 323 E. 4.4 ist sodann in Anwendung der allgemeinen Grundsätze des intertemporalen Rechts bei der Beurteilung von Leistungsansprüchen wegen Gesundheitsschäden und Invalidität, die nach dem 1. Januar 2022 andauern, das an diesem Datum in Kraft getretene neue Recht anzuwenden.

E. 1.2

Erwerbsunfähigkeit ist gemäss Art.

E. 1.3

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

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

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

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

E. 1.4

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

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

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

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

E. 1.5

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

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

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) . 1. 6

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 13

E. 2

Die Versicherte erhob am 18. Oktober 2023 Beschwerde gegen die Verfügung vom 13. September 2023 (Urk. 2) und beantragte deren Aufhebung und die Zusprechung der gesetzlichen Leistungen, eventualiter die Rückweisung der Sache zur Neu beurteilung (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 12. Januar 2024 (Urk. 8) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 16. Januar 2024 (Urk. 10) zur Kenntnis gebracht wurde. Am 6. März 2024 (Urk. 14) reichte die Beschwerdeführerin weitere Unterlagen (Urk. 15/1-8) und am 19. April 2024 eine Replik (Urk. 16) ein, worin sie um Gutheissung der Beschwerde ersuchte. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (Urk. 18), wovon die Beschwerdeführerin am 4. Juni 2024 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 19). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung (Urk. 2) wie folgt: Die Beschwerdeführerin fühle sich nicht in der Lage, im notwendigen Ausmass an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen, weshalb berufliche Massnahmen mit Mitteilung vom 24. Juli 2019 abgeschlossen worden seien

(S. 1). Gemäss Haushaltsabklärung sei die Beschwerdeführerin als zu 40% im Erwerbs- und zu 60% im Haushaltsbereich tätig zu qualifizieren. Die Einschränkung im Haushalt betrage 36%. Gestützt auf das Gutachten von Dr. D.____, welchem Beweiswert zukomme, sei festzustellen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung durch Dr. B.____ im Jahr 2014 nicht wesentlich verschlechtert habe (S. 2). Es sei der Beschwerdeführerin zumutbar, in einer angepassten Tätigkeit zu 70% arbeitstätig zu sein. Damit ergebe sich in Anwendung der gemischten Methode ein Gesamt-Invaliditätsgrad von 34%, womit gegenüber der Situation, wie sie im Jahr 2015 bestanden habe, keine Verschlechterung ausgewiesen sei. Aufgrund des Umstands, dass die Beschwerdeführerin sich als nicht arbeitsfähig erachte, seien berufliche Massnahmen nicht

angezeigt (S. 3). Weitere Abklärungen seien nicht notwendig (S. 4).

Dr. D.____ nehme eine Abgrenzung zwischen den einschränkenden Sozial faktoren und den medizinisch begründeten Funktionsstörungen vor (Urk. 8 S. 2 Ziff. 3, Ziff. 5), und die Hausärztin stelle eine fachfremde Diagnose (S. 3 Ziff. 7).

E. 2.2

Dem hielt die Beschwerdeführerin entgegen (Urk. 1), sobald sie wieder in der Lage sei, die beruflichen Massnahmen fortzusetzen, werde eine erneute Anmeldung erfolgen (S. 3 Ziff. 3). Sie habe bereits 2008 knapp 50 % gearbeitet und sich zu 50 % dem Haushalt gewidmet. Ihr Ziel sei es, monatlich Fr. 2'000.-- zum kargen Familienbudget beizutragen. Ihre Tochter habe 2023 die Schule beendet und der Sohn benötige weniger Betreuung. Somit bestehe die Kapazität und auch die finanzielle Not, die die Annahme einer Erwerbstätigkeit zwischen 50 und 70 % glaubhaft machten (S. 8 f. Ziff. 24). Die Qualifikation sei auf 60 % Erwerbs- und 40 % Haushalt s tätigkeit festzulegen (S. 9 Ziff. 25). Betreffend die Diagnosen und die Einschätzung der funktionellen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit lägen zwischen den drei Gutachten sowie den Beurteilungen der Fachpersonen erhebliche Widersprüche vor (S. 12 Ziff. 42). Abzustellen sei auf die Beurteilungen der Fachpersonen am Universitätsspital E.____ (S. 12 Ziff. 44). Ihr Gesundheitszustand habe sich seit 2014 verschlechtert. Sie müsse seit längerem täglich von der psychiatrischen Spitex betreut werden (S. 12 Ziff. 43-45). Sie sei im Erwerbsbereich zu 100 % und im Haushalt s bereich zu 50 % arbeitsunfähig. Somit habe sie Anspruch auf eine Dreiviertelsrente (S. 13 Ziff. 46). Eventuell sei in medizinscher Hinsicht eine Neubeurteilung notwendig (S. 14 Ziff. 51). Sie würde aufgrund der engen finanziellen Verhältnisse im Gesundheitsfall mindestens 50 % arbeiten (Urk. 16 S. 2 Ziff. 5).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist ein Rentenanspruch der Beschwerdeführerin und in diesem Zusammenhang die Frage, ob im Vergleich zur Situation, wie sie sich im Zeitpunkt der Verfügung vom 27. April 2015 (Urk. 9/65) , welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhalts abklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht, beziehungsweise diese bestätigenden Gerichtsurteils vom 1. Februar 2016 (Urk. 9/74) präsentierte, eine anspruchrelevante Veränderung eingetreten ist (vgl. vorstehend E. 1. 5). Nicht zum Streitgegenstand gehört die Frage des Anspruchs der Beschwerdeführerin auf berufliche Massnahmen (vgl. Urk. 1 S. 3 Ziff. 3). 3. 3.1

Die Verfügung vom 27. April 2015 (Urk. 9/65) beruhte auf folgenden, nach Erlass des Rückweisungsurteils vom 10. Februar 2014 (Urk. 9/42) eingeholten Unterlagen:

Die Ärztinnen der psychiatrischen Klinik F.____ diagnostizierten mit Bericht vom 7. Mai 2014 (Urk.

E. 7

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

überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 7.1

Am 1. Januar 2018 sind die geänderten Bestimmungen der IVV vom 1. Dezember 2017 in Kraft getreten. Mit dieser Änderung wurde für die Festlegung des Invaliditätsgrades von teilerwerbstätigen Versicherten nach der gemischten Methode (Art. 28a Abs. 3 IVG) in Art. 27 bis Absatz 2–4 IVV (in der vom 1. Januar 2018 bis 31. Dezember 2021 in Kraft gewesenen Fassung) ein neues Berechnungsmodell eingeführt.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die galten, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 130 V 445 E. 1.2.1, 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen).

Die angefochtene Verfügung ist am 13. September 2023 und somit nach Inkrafttreten der Ordnungsänderung ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Ordnungsbestimmungen am 1. Januar 2018 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2017 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die revidierten Ordnungsbestimmungen abzustellen (vgl. BGE 130 V 445 E. 1.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts I 428/04 vom 7. Juni 2006 E. 1).

Wurde wie vorliegend eine Rente vor dem 1. Januar 2018 wegen eines zu geringen Invaliditätsgrads einer teilerwerbstätigen versicherten Person, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich betätigte, verweigert, so wird eine neue Anmeldung geprüft, wenn die Berechnung des Invaliditätsgrads nach Artikel 27 bis Absätze 2–4 IVV (in der vom 1. Januar 2018 bis 31. Dezember 2021 in Kraft gewesenen Fassung) voraussichtlich zu einem Rentenanspruch führt (Absatz 2 der Übergangsbestimmung zur Änderung der IVV vom 1. Dezember 2017).

Nachdem die Anmeldung der Beschwerdeführerin vom 14. Oktober 2016 im Januar 2018 bereits hängig war, ist ab diesem Zeitpunkt das neue Berechnungsmodell anzuwenden. Für den Zeitraum bis Ende 2017 ergibt sich keine Änderung der Berechnung des Invaliditätsgrades (vgl. vorstehend E. 3.5).

E. 7.2

Gemäss Art. 27 bis Abs. 1 IVV in der ab 1. Januar 2022 in Kraft stehenden Fassung (welche gegenüber der ab 1. Januar 2018 in Kraft gewesenen Fassung lediglich

redaktionelle Änderungen brachte; vgl. Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 4. Auflage, Zürich 2022,

Rz. 168 zu Art. 28a)

werden für die Bestimmung des Invaliditätsgrades von Teilerwerbstätigen folgende Invaliditätsgrade zusammengezählt: a.

der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit; b.

der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich.

Für die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Erwerbstätigkeit wird gemäss Art. 27 bis Abs. 2 IVV: a.

das Einkommen ohne Invalidität auf eine Erwerbstätigkeit, die einem Beschäftigungsgrad von 100 Prozent entspricht, hochgerechnet; b.

das Einkommen mit Invalidität auf der Basis einer Erwerbstätigkeit, die einem Beschäftigungsgrad von 100 Prozent entspricht, berechnet und entsprechend an die massgebliche funktionelle Leistungsfähigkeit angepasst; c.

die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrades, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet.

Für die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird gemäss Art. 27 bis Abs. 3 IVV: a.

der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt; b.

der Anteil nach Buchstabe a anhand der Differenz zwischen dem Beschäftigungsgrad nach Absatz 2 Buchstabe c und einer Vollerwerbstätigkeit gewichtet.

E. 7.3

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 (vgl. 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 ; vgl. auch Art. 26 Abs. 1 IVV).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; Meyer/Reichmuth, a.a.O. , N. 56 f. zu Art. 28a ; vgl. auch Art. 26 Abs. 4 in Verbindung mit Art. 25 Abs. 3 IVV). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt bezogen auf den Zeitpunkt des Rentenbeginns aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 ; Urteil des Bundesgerichts 8C_592/2022 vom 11. April 2023 E. 4.3.3 mit Hinweisen).

E. 7.4

Die Beschwerdeführerin arbeitete zuletzt von 2006 bis Mai 2008 als Reinigungs- und Betriebsmitarbeiterin bei der A.____ (Urk. 9/6/2 ; Urk. 9/109/1). Die Aufgabe dieser Tätigkeit erfolgte nicht aus gesundheitlichen, sondern aus betrieblichen Gründen (vgl. Urk. 9/109/2). Diese Tätigkeit hätte die Beschwerdeführerin somit unabhängig von ihrem Gesundheitszustand mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr ausgeübt, weshalb

nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin das hypothetische Valideneinkommen anhand der LSE berechnete (vgl. Urk. 9/199). F für das Jahr 2018 beträgt das Einkommen

gestützt auf die Ausgabe 202 0 der LSE Fr. 5 4 ' 681.-- in einem Pensum von 100 % (Fr. 4'371.-- : 40 x 41.7 x 12) . Dies wurde von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht beanstandet.

E. 7.5

Für das Invalideneinkommen ist von einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 50 % statt 70 % auszugehen, womit für das Jahr 2018 ein Wert von

Fr. 27'340.50 resultiert (Fr. 54'681.-- x 0.5). Gemäss den ab 1. Januar 2022 gültigen Bestimmungen ist, wenn das Invaliden einkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt wird , der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Artikel 49 Absatz 1 bis von 50 Prozent oder weniger tätig sein, so werden vom statistisch bestimmten Wert zehn Prozent für Teilzeitarbeit abgezogen (Art. 26 bis Abs. 3 IVV).

Das Bundesgericht hat diese Verordnungsbestimmung jedoch hinsichtlich der damit beabsichtigten abschliessenden Ordnung des Abzugs vom Tabellenlohn als bundesrechtswidrig qualifiziert. Soweit aufgrund der Umstände des konkreten Falles ein Bedarf besteht, über die in der IVV geregelten Korrekturinstrumente hinaus Anpassungen am LSE-Tabellenlohn vorzunehmen, ist ergänzend auf die bisherigen Grundsätze der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zurückzugreifen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_823/2023 vom 8. Juli 2024 E. 10.6 [zur Publikation vorgesehen]). Im Hinblick auf BGE 150 V 323 E. 4.4 (vgl. E. 1.1 hiervor) ist der Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin ab dem 1. Januar 2022 in Anwendung des ab diesem Zeitpunkt geltenden neuen Rechts zu prüfen. Da Art. 26 bis

Abs. 3 IVV in der Fassung vom 1. Januar 2022 ein en Teilzeitabzug von 10 % für Versicherte mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit von 50 % oder weniger vorsieht und die Beschwerdeführer in

- wie oben dargelegt - in einer Verweistätigkeit nur noch zu 50 % arbeitsfähig ist, ist gestützt auf die genannte Bestimmung für die Berechnung des Invaliditätsgrades ab 1. Januar 2022

ein Abzug von 10 % vom Invalideneinkommen vorzunehmen . Das Einkommen ohne Invalidität beträgt somit Fr. 24'606.-- (Fr. 27'340.50 x 0.9) . Auf eine genaue frankenmässige Berechnung unter Anpassung an die Nominallohnverhältnisse des Jahres 2022 kann verzichtet werden, da sich beide Vergleichseinkommen nach den gleichen Tabellenwerten richten und den gleichen Veränderungen unterliegen.

E. 7.6

Die Beschwerdegegnerin nahm keinen Abzug vom Tabellenlohn vor, da den Einschränkungen der Beschwerdeführerin im Rahmen der attestierten Teilarbeitsfähigkeit bereits Rechnung getragen

worden sei (vgl. Urk. 9/199) . Dies ist - abgesehen vom ab 1. Januar 2022 zu gewährenden Teilzeitabzug - nicht zu beanstanden und wird von der Beschwerdeführerin auch nicht

substantiiert gerügt .

E. 7.7

Der Vergleich des hypothetischen Validen- mit dem hypothetischen Invaliden einkommen ergibt ab 1. Januar 2018 eine Erwerbseinbusse von Fr. 27'340.50 und damit einen Invaliditätsgrad von 50 % . Bei einer Gewichtung von 40 % Erwerbsanteil entspricht dies ab 1. Januar 2018 einem Teil-Invaliditätsgrad von 20 % ($50 \% \times 0.4$) im Erwerbsbereich .

Ab. 1. Januar 2022 resultiert hingegen ein Invaliditätsgrad von 55 % respektive ein gewichteter Teil-Invaliditätsgrad von 22 % . 7. 8

Anlässlich der Haushalt s abklärung im Jahr 2018 wurde eine Einschränkung von 36 % festgestellt. Der Abklärungsbericht vom 5. Februar 2018 (vgl. vorstehend E. 4.3)

entspricht den praxisgemässen Anforderung en

(vgl. dazu das Urteil des Bundesgerichts 8C_258/2022 vom 14. Dezember 2022 E. 3.2.3 mit Hinweisen): Er wurde durch eine qualifizierte Person verfasst , die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat te . Weiter wurden die Angaben der versicherten Person berücksichtigt und divergierende Meinungen wurden im Bericht aufgezeigt . Der Berichtstext ist plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen und steht in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben. Weder der Beweiswert des Haushaltsberichts noch der darin festgestellte Grad der Einschränkung wurden von der Beschwerdeführerin bestritten . Wesentliche Veränderungen des Sachverhalts sind seither nicht eingetreten.

Mithin resultiert bei einem Anteil von 60 % Haushalt s tätigkeit ein gewichteter Teil-Invaliditätsgrad von gerundet 22 % ($36 \% \times 0.6$) im Haushaltsbereich . 7. 9 Die Addition der beiden Teil-Invaliditätsgrade ergibt somit ab 1. Januar 2018 einen Gesamt-Invaliditätsgrad von 42 % ($20 \% + 22 \%$) und ab 1. Januar 2022 einen solchen von 44 % ($22 \% + 22 \%$) . Damit hat die Beschwerdeführerin ab 1. Januar 2018 Anspruch auf eine Viertelsrente . Da sich der Invaliditätsgrad ab 1. Januar 2022 somit nicht mindestens um 5 Prozent ändert, wird die Rente (vorerst noch) nicht ins lineare Rentensystem überführt (vgl. lit . b der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020 [Weiterentwicklung der IV] und Rz . 1009 in Verbindung mit Rz . 200 5 des Kreisschreibens zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems [KS ÜB WE IV]); BGE 150 V 323 E. 4.3) . Dies führt zur Gutheissung der Beschwerde. 8.

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 8.1

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 ermessens weise auf Fr. 900.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 8.2

Nach Art. 61 lit . g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Als weitere Bemessungskriterien nennen die kantonalen Vorschriften das Mass des Obsiegens, den Zeitaufwand und die Barauslagen (§ 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer] sowie § 7 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädi gungen vor dem Sozialversicherungsgericht [GebV SVGer]).

In Anwendung dieser Kriterien ist die Parteientschädigung beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 185.-- auf Fr. 2'900.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer von 7.7 % für Aufwendungen vor dem 1. Januar 2024 sowie 8.1 % für Aufwendungen ab dem 1. Januar 2024) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Sozialversiche rungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 1 3. September 2023 aufgehoben und festgestellt, dass d ie Beschwerdeführer in ab 1. Januar 2018 Anspruch auf eine Viertels rente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900 .-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Parteientschä digung von Fr. 2'900 .-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - lic.

iur . Y.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes gesetzes 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 Beweis mittel 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin FehrLienhard

E. 9

/57/5). 3. 5

Gestützt auf diese Aktenlage kam die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 27. April 2015 zum Schluss, dass der Beschwerdeführerin sei jede Tätigkeit

zu 50 % zumutbar. Die Einschränkung im Haushalt betrage 50 % . Sie würde bei guter Gesundheit ab August 2013 zu 40 % einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Die restlichen 60 % entfielen in den Aufgabenbereich, womit sich in Anwendung der gemischten Methode ein Gesamt-Invaliditätsgrad von 30 % ergebe (Urk. 9/65 S. 2-3).

Das hiesige Gericht bestätigte die ermittelte Arbeitsfähigkeit von 50 % im Erwerbsbereich und die im Rückweisungsurteil vom 10. Februar 2014 (Urk. 9/ 42) festgelegte Einschränkung im Haushalt s bereich von 54.64 % (vgl. E. 2.3 des genannten Urteils) und hielt fest, s omit betrage der Teil-Invaliditätsgrad in diesem Bereich 38.24 % (bei einem Anteil von 70 %) beziehungsweise 32.78 % (bei einem Anteil von 60 %). Bei einem Teil-Invaliditätsgrad von 0 im Erwerbsbereich erg ebe sich somit ein Gesamt i nvaliditätsgrad von jedenfalls unter 40 %, weshalb ein Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verneint wurde (Urk. 9/74 E. 5.3) . 4. 4.1

Die Fachleute der F.____ diagnostizierten in ihrem Bericht vom 25. Juli 2016 über den stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 1. bis 15. Juli 2016 (Urk. 9/75) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), und eine substituierte Hypothy reose (S. 1). Die Beschwerdeführerin gehe am 24. Juli 2016 mit ihrer Familie nach Sri Lanka (S. 2). Es sei mehrmals mit ihr die Wichtigkeit einer regelmässigen Medikamenteneinnahme besprochen worden, da sie dazu tendiere, die Einnahme zu vergessen (S. 5).

Gemäss Bericht vom 18. November 2016 (Urk. 9/82) habe die Beschwerdeführerin die Medikation selbständig abgesetzt, worauf es zunächst zu einer Besserung, dann jedoch zu einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik mit deut licher Überforderung zu Hause gekommen sei, worauf sie erneut ab 5. Dezember 2016 hospitalisiert worden sei (S. 1). Nach dem Austritt im Juli 2016 sei die ambulante Behandlung unregelmässig wahrgenommen worden, auch die empfohlene tagesklinische Behandlung sei nicht aufgenommen worden. Über die Arbeitsfähigkeit könne keine Aussage getroffen werden (S. 2).

4.2

Mit Austrittsbericht der F.____

vom 9. Januar 2017 über die Hospitalisation vom 5. bis 23. Dezember 2016 (Urk. 9/88/3-9) wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode ohne psychotische Symptome (ICD-

E. 10

% aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs .

D iese Einschätzung gelte im Längs schnitt für den Zeitraum März 2015 bis Oktober 2018. Von Oktober 2018 bis zum Begutachtungszeitpunkt sei von einer stärkeren Ausprägung der Symptomatik auszugehen. Die von den Behandlern dokumentierten Befunde könnten aus gutachterlicher Sicht nicht widerlegt werden. Es sei jedoch unklar, inwieweit subjektive Schilderungen der Beschwerdeführerin übernommen worden seien. Es sei in diesem

Zeitraum von einer Arbeitsfähigkeit im Haushalt von 40 % und in angepassten Tätigkeiten von 20 % auszugehen. Ab dem Begutachtungszeitpunkt gelte die oben genannte Einschätzung. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen (Intensivierung der ambulanten Therapie, Kontrolle der Medikamenteneinnahme) verbessert werden (S. 29).

Ergänzend hielt Dr. C.____ am 2. Februar 2021 (Urk. 9/169/1) fest, es sei unter einer adäquaten Therapie eine volle Arbeitsfähigkeit im Haushalt und eine mindestens 70%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit zu erwarten. 4. 9

Die Ärzte der F.____ hielten mit Verlaufsbericht vom 7. Juni 2021 (Urk. 9/175) fest, seit der Begutachtung im Mai 2020 sei es zu einer erneuten Verschlechterung mit fürsorglicher Unterbringung im Zeitraum vom 31. August bis 7. Oktober 2020 bei Fremdgefährdung im Rahmen einer schweren depressiven Episode gekommen. Im Anschluss sei die ambulante Therapie fortgesetzt worden; hierbei habe die Beschwerdeführerin eine verbesserte Compliance gezeigt. In der Zwischenzeit sei eine wöchentliche Spitex etabliert worden (S. 1). Mit der tagesklinischen Behandlung sei eine gewisse Zustandsstabilisierung mit objektiver und subjektiver Stimmungsaufhellung und Verbesserung des Antriebs, jedoch insgesamt anhaltendem depressivem Syndrom feststellbar. Im Haushalt zeige sich weiterhin eine deutliche Überforderung, die Beschwerdeführerin könne sich hier kaum beteiligen. Die Arbeitsfähigkeit im Haushalt sei auf etwa 20 bis 30 % einzuschätzen. In einer angepassten Tätigkeit sei von einer Arbeitsfähigkeit von maximal zwei bis drei Stunden täglich auszugehen (S. 2). 4.1 0

Dr. D.____ stellte in seinem am 6. Februar 2022 unter Berücksichtigung der Akten (S. 13 ff.), Erhebung der Anamnese (S. 25 ff.) und Durchführung einer eigenen Untersuchung (S. 33) erstatteten Gutachten (Urk. 9/190) folgende Diagnosen (S. 48 f.): - Dysthymia (ICD-10 F34.1) - Störung des Schlaf-Wachrhythmus mit verzögertem Schlafphasensyndrom - Verdacht einer früheren posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - aktenkundige rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33), werde dieser Diagnose gefolgt, würden Intervalle als erstellbetachtet, so sei gegenwärtig von einer Remission auszugehen - erhebliche belastende Sozialfaktoren (arrangierte Ehe, damit in Zusammenhang stehende fehlende Berufsbildung, gesellschaftliche Entwurzelung, nahezu vollständige sprachliche und kulturelle Isolation seit dem Zeitpunkt der Immigration, verminderte gesellschaftliche Freiheitsgrade, sozial bedingte Verunmöglichung einer Eingliederung) - die aktenkundigen Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Episode, gegenwärtig leichte Episode, einer im Intervall bestehenden Dysthymia und einer differentialdiagnostisch in Erwägung zu ziehenden subsyndromalen posttraumatischen Belastungsstörung liessen sich retrospektiv bestätigen. Höhere Schweregrade liessen sich aufgrund unzureichender Angaben zu Fremdbeurteilungen aktenbasiert und retrospektiv nicht bestätigen. Eine Persönlichkeitsänderung nach psychischer Erkrankung werde in den Akten nicht angemessen begründet. Dr. D.____ hielt fest, dass die Beschwerdeführerin während des gutachterlichen Gesprächs keine beobachtbaren depressionstypischen Merkmale gezeigt habe (S. 34). Der Objektivierung allfälliger Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung sei während der ganzen Untersuchungsdauer ein besonderes Augenmerk verliehen worden, solche seien jedoch nicht feststellbar gewesen. Die Beschwerdeführerin schildere ein sozial isoliertes Leben, bedingt durch eine ausgesprochene sprachliche und kulturelle Isolation. Eine Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ausserhalb der tamilischen Subkultur sei nicht ersichtlich. Ein sozialer Rückzug im

psychopathologischen Sinn sei deswegen nicht zu werten, es bestehe keine krankheitsbedingte Unmöglichkeit der Teilhabe (S. 35 unten). Es lasse sich weder eine nicht-komplexe posttraumatische Belastungsstörung noch eine komplexe Form bestätigen. Es sei aber eine frühere posttraumatische Belastungsstörung möglich bis wahrscheinlich (S. 36). Hinweise einer depressiven Episode hätten sich nicht ergeben. Die Merkmale einer Dysthymia seien jedoch in typischer Weise erfüllt gewesen. Eine leichte depressive Episode sei nicht gegeben, objektivierbare depressionstypische Merkmale wie beispielsweise Psychomotorik, Kognition, sichtbare Müdigkeit oder sichtbare Affektivität seien nicht festzuhalten. Die Beschwerdeführerin habe eine Behindertenüberzeugung und Unmöglichkeitskonstrukte, welche eine nahezu vollständige Invalidisierung nahelegten, beschrieben. Gleichzeitig habe sie eine Fähigkeit beschrieben, mit den wesentlichen Anforderungen des Lebens fertig zu werden. Die Dysthymie werde somit auch im Sinne eines (depressiven) Persönlichkeitsmerkmals verstanden, was die fehlende und nicht im Vordergrund stehende Episodik erkläre. Frühere depressive Episoden seien dadurch nicht ausgeschlossen. Durch eine entsprechende ICD-10-Kriterienprüfung sei ein gegenwärtiges depressives Syndrom auszuschliessen. Die Behindertenüberzeugung habe sich in erster Linie auf die Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit bezogen. Andere Bereiche des Alltags schienen weniger betroffen zu sein. Die Schlafstörungen seien zu bestätigen, aber nicht im Sinne eines depressionstypischen Merkmals, sondern als direkte Folge der mangelnden Tagesstruktur (S. 50). Einschränkende Sozialfaktoren seien gesichert: Fehlende Sprachkompetenz (nach rund zwei Jahrzehnten in der Schweiz an der Grenze zwischen A1 und A2-Level), eine nahezu vollständige kulturelle und gesellschaftliche Isolation und eine Einschränkung der Freiheitsgrade, bedingt durch eine rigide Familienstruktur. Die Befunde in den Behandlungsberichten liessen sich aufgrund sprachlich bedingter Verständigungsschwierigkeiten nur begrenzt verwerten und die Eintritte in die stationären Behandlungen würden im Sinne von Kriseninterventionen beschrieben. Die Diagnostik stelle sich, abgesehen von den attestierten Schweregraden, unveränderlich dar. Die Mitwirkung der Beschwerdeführerin während der stationären Aufenthalte werde unterschiedlich beschrieben. Im teilstationären und ambulanten Setting würden eine fehlende, ungenügende und genügende Therapiemotivation zu unterschiedlichen Zeitpunkten beschrieben (S. 53). Auffallend sei, dass die erwähnten Sozialfaktoren massgeblich in die Beurteilung der psychiatrischen Diagnostik und in die Einschätzung der Leistungsfähigkeit eingeflossen seien und dadurch zu erheblichen Verzerrungen geführt hätten. Es sei zudem von einer erheblichen Dekonditionierung und Selbstlimitierung auszugehen. Die aktuelle Partizipation und Teilhabe liessen sich nur zu einem kleinen Teil durch gesundheitliche Faktoren erklären. Es werde eine breite Unterstützung durch Angehörige, vor allem durch den Ehemann, beschrieben. Diese scheine aber ausschliesslich darin zu bestehen, der Beschwerdeführerin Tätigkeiten abzunehmen, weshalb sie in einem inaktiven und wenig selbstbestimmten Zustand zu verharren scheine. Die behindernden Sozialfaktoren schienen eng mit der Behandlungsmotivation verknüpft zu sein (S. 54). Der Schweregrad der durch die Behandler postulierten rezidivierenden depressiven Störung reiche von vollständig remittiert bis schwer ausgeprägt mit psychischen Symptomen. Da sich die dargelegten psychopathologischen Befunde der Behandlungseinrichtungen vorwiegend auf subjektive Beschwerdeangaben stützten und affektlabile Zustände mit depressiven Zuständen gleichgesetzt würden, liessen sich mittelgradige bis schwere depressive Episoden akutenbasiert und retrospektiv nicht bestätigen, weil mittlere bis schwere Depressionen nicht in erster Linie durch Änderungen der Stimmung

(Beschwerdeschilderungen), sondern durch Änderungen der Aktivität (Verhaltensbeobachtungen) in Erscheinung träten (S. 24). Der

Gutachter kam zum Schluss, dass von einer leichten Beeinträchtigung, entsprechend einer 70%igen Arbeitsfähigkeit, auszugehen sei, sofern ausschliesslich krankheitsbedingte funktionelle Auswirkungen berücksichtigt würden (S. 59 unten). Dies gelte für ungelernete Tätigkeiten wie Reinigung oder andere, angepasste Tätigkeiten in Produktion oder Verpackung. Während der stationären und teilstationären Behandlungen sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Das angebotene ambulante Therapiesetting sei durch die Beschwerdeführerin nicht konsequent in Anspruch genommen worden, was bedeute, dass längere Intervalle bestünden, während welchen keine Beurteilung vorzunehmen gewesen sei. Das Gutachten aus dem Jahr 2014 lege den medizinischen Sachverhalt nachvollziehbar dar. Der spät im Behandlungsverlauf postulierten Trauma folgestörung könne nicht gefolgt werden. Damit bleibe der Sachverhalt seit 2014 unverändert, es sei von einer Dysthymia und akuten basierten von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen. Fluktuationen der Symptomatik und der funktionellen Einschränkungen seien anzunehmen. Im Intervall seien die Einschränkungen anzunehmen, welche sich durch die zeitlich überdauernde Dysthymia begründen liessen. Ausserhalb der stationären und teilstationären Behandlungen könne deswegen keine andere funktionelle Beurteilung vorgenommen werden; die Arbeitsfähigkeit betrage 70 % (S. 60). Die Begutachtung habe in unverkennbarer Weise gezeigt, dass die massgeblichen funktionellen Beeinträchtigungen den Sozialfaktoren zuzuordnen seien. Krankheitsbedingte Einschränkungen bestünden, stellten sich aber nicht dominant dar. Die angestammte Reinigungstätigkeit sei gleichzeitig angepasst. Andere Tätigkeiten, die keinen Kundenkontakt und keine enge Teamarbeit erforderten, seien ebenfalls zumutbar. Die heutige funktionelle Beurteilung sei retrospektiv seit 2014 anzuwenden, sofern die Episoden akuten kundiger Verschlechterung während der stationären und teilstationären Behandlungen ausgeklammert würden (S. 61). Der Gesundheitszustand habe sich seit 2014 nicht verändert. Depressive Episoden seien möglich.

Die akuten kundigen Aussagen zu den Schweregraden liessen sich aber versicherungsmedizinisch mehrheitlich nicht verwerten. Die Beurteilungen der Klinikberichte seien im Intervall nicht anzuwenden. Änderungen der Diagnosen seien seit 2014 nicht festzustellen. Es sei nach wie vor von der akuten kundigen rezidivierenden depressiven Störung, einer im Intervall bestehenden Dysthymia und von einem Verdacht einer früheren, posttraumatischen Belastungsstörung auszugehen. Der im Jahr 2017 gestellten Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung könne nicht gefolgt werden (S. 62). Die Arbeitsfähigkeit habe sich nicht verändert. Dr. B. ___ sei im Jahr 2014 zur Einschätzung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit gelangt, wobei auch krankheitsfremde Faktoren (Sozialfaktoren) in die Beurteilung eingeflossen seien, nämlich Selbstlimitierung und deren Begünstigung durch das Umfeld, kulturelle Eigenheiten, sprachliche Fähigkeiten. Werde eine retrospektive Beurteilung dieser Sozialfaktoren vorgenommen, lasse sich bereits zum damaligen Zeitpunkt von einer krankheitsbedingten Arbeitsfähigkeit von 70 % ausgehen. Im Gutachten von Dr. C. ___ werde eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert, jedoch nicht durch das geforderte Mass an Fremdbeurteilung substantiiert. Gleichwohl lege dieses Gutachten eine diagnoseunabhängige Funktionsbeurteilung dar, welcher im Wesentlichen gefolgt werden könne (S. 63). Ein Pensum von 70 % sei der Beschwerdeführerin auch zumutbar, wenn sie im Haushalt gemäss Abklärungsbericht

beansprucht werde. Allerdings stellten sich diese Angaben medizinisch-theoretisch dar. Die reale Situation der Beschwerdeführerin werde dadurch nicht annäherungsweise abgebildet (fehlende Eingliederungs Bemühungen und eigenanamnestisch nahezu vollständige Übernahme von Haushaltsaufgaben durch den Ehemann; S. 64). 4.1 1

Die Ärzte der F.____ diagnostizierten mit Bericht vom 12. Juni 2023 (Urk. 9/218) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), welche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe (Ziff. 2.5). Die Beschwerdeführerin sei vom 2. September bis 18. Oktober 2022, vom 22. November 2022 bis 17. Januar 2023 und vom 15. Februar bis 17. März 2023 in stationärer Behandlung gewesen (Ziff. 1.2). Bei der Beschwerdeführerin entwickelten sich immer wieder schwere depressive Episoden mit Antriebsstörungen, gedrückter Stimmung, Anhedonie, fehlender Tagesstrukturierung, erhöhtem Schlafbedürfnis, mangelnder Selbstversorgung einschliesslich Nahrungsaufnahme und fehlender Versorgung der Kinder und der Familie. Ebenso sei eine ängstliche Symptomatik im Sinne von fehlender Autonomie, Vermeidung von Konflikten, geringer Übernahme der Selbstverantwortung und fehlender Empathie zu beobachten. Da die pharmakologischen Einsätze bisher wenig Besserung gebracht hätten, sei eine repetitive transkranielle Magnetstimulation im Oktober 2022 und Februar 2023 zur Anwendung gekommen, wodurch es zu einer mindestens transienten Stabilisierung gekommen sei. Bei einer weiteren depressiven Episode im März 2023 sei eine Augmentationstherapie mit Lithium eingeleitet worden. Nach den Austritten komme es immer wieder zu einer kurzen Phase der Stabilität, nach der sich wieder eine depressive Symptomatik manifestiere. Die Therapieadhärenz sei mässig. Momentan bestehe erneut ein klinisches Zustandsbild mit depressiver Symptomatik. Eine konstruktive Mitwirkung der Beschwerdeführerin scheine nicht möglich zu sein. Die gesamte Behandlung sei durch eine Sprachbarriere erschwert (Ziff. 2.2).

Es sei keine Tätigkeit zumutbar (Ziff. 4.1-4.2).

4.1 2

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens erging ein Bericht von Dr. H.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 5. Oktober 2023 (Urk. 3). Dr. H.____ hielt fest, sie betreue die Beschwerdeführerin seit über 20 Jahren und habe sie im Verlauf ihrer chronischen Erkrankung hausärztlich begleitet. Dr. H.____ stellte folgende Diagnosen (S. 1): - schwere chronische Depression mit Progredienz und Pflegebedürftigkeit - Hypothyreose, substituiert - Prädiabetes - Dyslipidämie - Adipositas Es habe wiederholt psychiatrische Hospitalisationen und Betreuungen im Ambulatorium der F.____ gegeben. Die Beschwerdeführerin habe sich jedoch bei Verschlechterung zurückgezogen, sei nicht mehr in die Sprechstunde gekommen und habe vergessen, die Medikamente einzunehmen. Nie habe für längere Zeit eine Unterstützung etabliert werden können und es sei immer wieder zu mehr monatigen Hospitalisationen gekommen (S. 1). Anlässlich eines Hausbesuchs am 5. Oktober 2023 sei sie, Dr. H.____, betroffen gewesen von dem, was sie vorgefunden habe. Es gehe deutlich schlechter, die Stimmung wechsele rasch, die Beschwerdeführerin könne sich nicht konzentrieren, sie sei nie draussen, pflege bedürftig und benötige mindestens zweimal pro Woche die Spitex. Sie habe keine Tagesstruktur, könne das Essen nicht einteilen und planen, sei indifferent gegen über Haushaltarbeiten und lasse sie liegen; gleichzeitig bestehe eine gewisse Gefährdung, indem mehrfach Pfannen eingebrannt worden seien. Sie drohe zu verwarlosen. Wären nicht das familiäre Umfeld und die Spitex, müssten fürsorgerische Massnahmen in die Wege geleitet werden. Es liege eine

schwere neuropsychologische Dysfunktion aufgrund der chronischen psychischen Erkrankung vor. Die Invalidität sei hinsichtlich einer Rente, die ja ohnehin klein wäre, neu zu beurteilen (S. 2).

Dr. H.____ legte ihrem Bericht einen undatierten Auszug der F.____, Direktion Pflege, Therapien und soziale Arbeit, zum Medikamentenmanagement der Beschwerdeführerin bei (S. 3). 5. 5.1

Im Mai 2014 hatten die Ärztinnen der F.____ eine Vollremission der seit 2003 bestehenden rezidivierenden depressiven Störung festgestellt. Die berufliche Tätigkeit könne zu 50 % wieder aufgenommen werden und im Haushalt bestehe keine Einschränkung (vgl. vorstehend E. 3.1). Dr. B.____ stellte in seinem Gutachten vom 28. Oktober 2014 die Diagnose einer gegenwärtig leichten depressiven Episode der rezidivierenden depressiven Störung und einer im Intervall zusätzlich bestehenden Dysthymie im Sinne einer Double Depression. Zu letzterer hielt Dr. B.____ fest, es handle sich um eine rezidivierende depressive Störung mit bis zu schwergradigen Phasen und im Intervall weiter bestehender Dysthymie. Er wies darauf hin, dass die Beschwerdeführerin bei Tätigkeiten, für die sie hoch motiviert sei, wie dem Begleiten der Tochter zum Kindergarten oder einem Besuch des Deutschkurses mit Mittagessen, zumindest punktuell ihre Antriebsminderung und Müdigkeit überwinden könne. Dem der Diagnose einer Double Depression inhärenten schwankenden Verlauf trug Dr. B.____ mit einer durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit von 50 % im Erwerbs- und Haushaltbereich Rechnung, wobei er invaliditätsfremde Faktoren wie eingeschränkte Sprachkenntnisse, fehlende Ausbildung und Selbstdefinition als vollständig arbeitsunfähig ausschied. Er wies darauf hin, dass es im Verlauf immer wieder zu Remissionen der depressiven Störung gekommen ist (vgl. vorstehend E. 3.2). Dieser Einschätzung folgte RAD-Arzt Dr. G.____ und hielt fest, die Depression sei chronifiziert und - der damals geltenden Rechtsprechung folgend - nicht überwindbar (vgl. vorstehend E. 3.4). Davon gingen verfügbarsweise sowohl die Beschwerdegegnerin als auch das hiesige Gericht in seinem Urteil vom 1. Februar 2016 aus (Urk. 9/65, Urk. 9/74). 5.2

Zum Vergleich der Situation im Jahr 2015 mit derjenigen im Jahr 2023 ist Folgendes festzustellen. Nach dem abweisenden Urteil des hiesigen Gerichts vom 1. Februar 2016 begab sich die Beschwerdeführerin vom 1. bis 15. Juli 2016 in stationäre Behandlung in der F.____. Im entsprechenden Bericht vom 25. Juli 2016 wurde

im Zusammenhang mit der Diagnose einer schweren depressiven Episode festgehalten, dass die Beschwerdeführerin gehe am 24. Juli 2016 mit ihrer Familie nach Sri Lanka und sei am 15. Juli 2016 nach Hause entlassen worden, damit sie sich um die Kinder kümmern könne. Beides lässt sich grundsätzlich kaum mit einer schweren Depression vereinbaren. Weiter wurde im Bericht ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin tendiere dazu, die Medikation zu vergessen, und habe sie selbständig abgesetzt.

Dies lässt einen deutlich schwankenden Leidensdruck vermuten. Nach erneuter Hospitalisation ab Dezember 2016 nahm sie denn auch die ambulante Behandlung nur unregelmässig und die tagesklinische wie auch die medikamentöse Behandlung nicht wahr. Dennoch wurde nurmehr eine mittelgradige Episode der rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert und im Verlauf zeigte sich eine diskrete aber kontinuierliche Verbesserung der Symptomatik (vgl. vorstehend E. 4.1-4.2). Aus diesen Angaben zeigt sich unverändert der von Dr. B.____

beschriebene, gemäss der Diagnose bestehende wechselhafte Verlauf der Erkrankung. Auch die Ärzte der F. ___ hielten im Jahr 2018 fest, der Gesundheitszustand und die resultierenden Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin seien in der Langfristperspektive weitestgehend gleichbleibend; es ergäben sich Phasen der Verschlechterung und der Verbesserung (vgl. vorstehend E. 4.4). Im Oktober 2018 wurde erneut eine schwere Episode diagnostiziert (vgl. vorstehend E. 4.5); im Dezember 2018 befand sich die Beschwerdeführerin von neuem in stationärer Behandlung, wobei das anschliessende therapeutische Tagessetting bereits nach einer Woche abgebrochen wurde (vorstehend E. 4.5). Im Jahr 2019 fand nach einem Urlaub der Beschwerdeführerin in Frankreich ab August eine Behandlung im Ambulatorium der F. ___ statt, dies bei einer wiederum schweren depressiven Episode (vorstehend E. 4.6). Eine solche stellten die Ärzte auch im Dezember 2019 fest (vorstehend E. 4.8). Dr. C. ___ bestätigte die Diagnose einer Double Depression mit einer im Zeitpunkt ihres Gutachtens vom 4. Juli 2020 bestehenden mittelgradigen Episode der rezidivierenden depressiven Störung und im Intervall zusätzlich bestehender Dysthymie und wies darauf hin, dass die Beschwerdeführerin im Herbst 2019 in Sri Lanka gewesen und es ihr nach eigenen Angaben besser gegangen sei, mithin zu einem Zeitpunkt, als die Ärzte der F. ___ von einer schweren depressiven Episode ausgingen (vgl. vorstehend E. 4.6). Auch dies zeigt, dass unverändert im Verlauf immer wieder bessere Phasen der Krankheit auftraten, wobei gemäss Dr. C. ___ auch die Malcompliance der Beschwerdeführerin zu wiederholten Verschlechterungen führte. Dr. C. ___ wies auf deutliche Diskrepanzen zwischen der subjektiven Darstellung der Beschwerdeführerin und dem dokumentierten Verlauf hin, wonach bei konsequenter Behandlung jeweils eine Verbesserung der Symptomatik eingetreten ist. Die von den Ärzten der F. ___ ab 2017 gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (vgl. vorstehend E. 4.2) konnte Dr. C. ___ nicht bestätigen, da zwischen 2003 und 2017 zu keinem Zeitpunkt eine entsprechende Diagnose gestellt worden war und auch keine typischen Befunde vorhanden waren. Dr. B. ___ hatte zudem die Elemente einer subsyndromalen posttraumatischen Belastungsstörung einzig als Verdachtsdiagnose erwähnt (vgl. vorstehend E. 3.2). Somit ist dem Gutachten von Dr. C. ___ im Vergleich zur Situation im Jahr 2015 keine relevante Veränderung zu entnehmen. Bei ihrer Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 70

% beziehungsweise bei adäquater Therapie 100 % im Haushalt und 40 % beziehungsweise 70 % im Erwerbsbereich handelt es sich deshalb lediglich um eine andere Beurteilung eines unveränderten Sachverhalts. Nicht ganz schlüssig ist zudem ihre Beurteilung einer Arbeitsfähigkeit im Haushalt von 40 % und in angepassten Tätigkeiten von 20 % für den Zeitraum von Oktober 2018 bis zum Begutachtungszeitpunkt im Mai 2020, hielt Dr. C. ___ doch fest, dass den in diesem Zeitraum ergangenen F. ___ -Berichten nicht entnommen werden könne, inwieweit subjektive Schilderungen der Beschwerdeführerin übernommen worden seien. Wie gezeigt bestanden in diesem Zeitraum erhebliche Schwankungen des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin mit zwischenzeitlicher Malcompliance und Fähigkeit zu Reisen. Die Beurteilung von Dr. C. ___ vermag deshalb nicht vollends zu überzeugen.

Im Nachgang zur Begutachtung im Mai 2020 erfolgte eine fürsorgliche Unterbringung im Zeitraum August bis Oktober 2020 mit erneuter anschliessender ambulanter Therapie und nun verbesserter Compliance.

Gemäss Bericht der Ärzte der F. ___ vom 7. Juni 2021 (vorstehend E. 4.10) brachte die tagesklinische Behandlung eine gewisse Zustandsstabilisierung mit objektiver und

subjektiver Stimmungsaufhellung und Verbesserung des Antriebs, jedoch insgesamt anhaltendem depressivem Syndrom (vorstehend E. 4.10). Auch aus diesen Angaben erhellt, dass eine konsequente Behandlung den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zu beeinflussen vermag, auch wenn die zusätzlich bestehende Dysthymie andauert. 5.3

Dr. D.____ diagnostizierte in seinem Gutachten vom 6. Februar 2022 (vorstehend E. 4.11) in Übereinstimmung mit Dr. B.____ und Dr. C.____ eine Dysthymie mit im Intervall auftretenden rezidivierenden depressiven Störungen, wobei er im Zeitpunkt der Untersuchung diesbezüglich eine Remission feststellte. Eine frühere posttraumatische Belastungsstörung erwähnte er wie Dr. B.____ als Verdachtsdiagnose. Anlässlich der Begutachtung waren keine depressions typischen Merkmale zu beobachten, ebenso keine typischen Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung, was eine frühere posttraumatische Belastungsstörung aufgrund des Todes des ersten Kindes der Beschwerdeführerin jedoch nicht ausschliesse. Als typisch erfüllt erachtete Dr. D.____ die Symptome einer Dysthymie, wobei er im Intervall vorhandene rezidivierende depressive Episoden aufgrund der Akten bestätigte. Dr. D.____ wies jedoch zu deren Schweregrad darauf hin, dass zum einen die Eintritte in stationäre Behandlungen im Sinne von Kriseninterventionen zu verstehen seien und zum anderen die erheblichen Sozialfaktoren (ausgesprochene sprachliche, soziale und kulturelle Isolation, keine Teilhabe ausserhalb der tamilischen Kultur bei rigider Familienstruktur) in den Behandlungsberichten massgeblich bei der Einschätzung der Leistungsfähigkeit eingeflossen seien. Dem ist zuzustimmen: Im Bericht der F.____ vom 4. Juli 2018 (vorstehend E. 4.4) wurde ausdrücklich festgehalten, Krankheits-, Kultur- und Bildungsfaktoren würden miteinander agieren und seien schwer voneinander abzugrenzen. Der im Hinblick auf Rentenleistungen der Invalidenversicherung geltende enge (bio-psychische) Krankheitsbegriff klammert jedoch soziale Faktoren so weit aus, als es darum geht, die für die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit kausalen versicherten Faktoren zu umschreiben. Die funktionellen Folgen von Gesundheitsschädigungen werden auch mit Blick auf psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren abgeschätzt, welche den Wirkungsgrad der Folgen einer Gesundheitsschädigung beeinflussen (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1 mit Hinweisen). Eine krankheitswertige Störung muss umso ausgeprägter vorhanden sein, je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren das Beschwerdebild mitprägen (Urteil des Bundesgerichts 8C_43/2023 vom 29. November 2023 E. 5.2 mit Hinweisen). Wie Dr. C.____ (vgl. Urk. 9/159 S. 29 oben) erkannte auch Dr. D.____, dass die vorhandenen psychopathologischen Befunde sich vorwiegend auf subjektive Angaben stützten, weshalb Dr. D.____ davon ausging, dass sich die postulierten mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden aktenbasiert und retrospektiv nicht bestätigen liessen. Dies begründete Dr. D.____ schlüssig damit, dass mittlere bis schwere Depressionen nicht in erster Linie durch Beschwerdeschilderungen, sondern durch Verhaltensbeobachtungen in Erscheinung treten. Dr. D.____ erachtete depressive Episoden deshalb zwar als möglich, die aktenkundigen Aussagen zu den Schweregraden aber als nicht verwertbar. Auch im nach Erlass des Vorbescheids vom 9. August 2022 (Urk. 9/201) ergangenen Bericht der Ärzte der F.____ vom 12. Juni 2023 über die Hospitalisationen ab September 2022 (vorstehend E. 4.12) ist nicht klar abzugrenzen, inwieweit subjektive Angaben in die Beurteilung miteingeflossen sind. Erneut wurde auf die mässige Therapieadhärenz, aber auch auf zwischenzeitliche kurze Phasen der Stabilität hingewiesen.

Dr. D.____

hielt zudem fest, dass die Beschwerdeführerin eine Behindertenüberzeugung und Unmöglichkeitskonstrukte postuliert, die eine nahezu vollständige Invalidität nahelegen. Gleichzeitig berichtete sie anlässlich der Begutachtung jedoch, zweimal pro Woche an einem Nähkurs teilzunehmen, eine Therapie in deutscher Sprache aufgenommen zu haben und einmal wöchentlich einen Deutschkurs zu besuchen (Urk. 9/190 S. 25, S. 32). Sie berichtete, den Heimweg nach der Begutachtung mit 19 Tramstationen und einmaligem Umsteigen alleine bewältigen zu können (S. 32). Dr. D.____ legte im Lichte dieser Fähigkeiten nachvollziehbar dar, dass eine erhebliche Dekonditionierung und Selbstlimitierung besteht und die geringe Teilhabe nur zu einem kleinen Teil auf gesundheitliche Faktoren zurückzuführen ist, da die Beschwerdeführerin breite Unterstützung erhält, die vor allem darin besteht, ihr Tätigkeiten abzunehmen. Bereits im Gutachten von Dr. B.____ wurde festgestellt, dass eine gewisse Selbstlimitierung besteht, die möglicherweise vom Ehemann unterstützt wurde, während die Beschwerdeführerin sich selbst als krank und nur sehr eingeschränkt arbeitsfähig erachtete. Bereits damals waren für sie wichtige Tätigkeiten aber möglich (vgl. vorstehend E. 3.2).

Insgesamt kam Dr. D.____ zum Schluss, dass der Sachverhalt im Vergleich zur Situation, wie sie Dr. B.____ im Jahr 2014 beurteilte, unverändert ist. Unverändert liegen Fluktuationen der Symptomatik und der funktionellen Einschränkungen vor, denen bereits Dr. B.____ mit einer durchschnittlichen Arbeitsfähigkeit von 50 % in Beruf und Haushalt Rechnung trug. Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit haben sich gestützt auf das Gutachten von Dr. D.____

somit nicht verändert. Dass er im Gegensatz zu Dr. B.____ von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % statt 50 % ausging, da Dr. B.____ auch krankheitsfremde Faktoren bei der Beurteilung habe einfließen lassen, entspricht einer revisionsrechtlich unbeachtlichen anderen Beurteilung eines unveränderten Sachverhaltes (vgl. vorstehend E. 1.5), zumal

auch Dr. B.____ seine Einschätzung unter Abstraktion von invaliditätsfremden Faktoren vorgenommen hatte (vgl. vorstehend E. 3.2).

An diesem Ergebnis vermag der Bericht von Dr. H.____

vom 5. Oktober 2023 (vgl. vorstehend E. 4.13) nichts zu ändern. Dr. H.____

ist Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und damit weniger befähigt, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht zu beurteilen. Zudem lässt ihre Beurteilung eine kritische und objektive Auseinandersetzung mit den invaliditätsfremden Faktoren und den Inkonsistenzen hinsichtlich der tatsächlichen Fähigkeiten der Beschwerdeführerin und ihrer Behindertenüberzeugung vermissen. Abweichende Beurteilungen behandelnder Ärzte vermögen grundsätzlich nicht ein Gutachten nach Art. 44 ATSG in Frage zu stellen und Anlass zu weiteren Abklärungen zu geben. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sie wichtige Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_246/2018 vom 16. August 2018 E. 4.1

mit Hinweisen). Solche sind vorliegend nicht ersichtlich. 5.4

Die Arbeitsunfähigkeit im Haushalt von unverändert 50 % wird von der Beschwerdeführerin nicht bestritten (vgl. Urk. 1 S. 13 Ziff. 46).

Sind somit der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Erwerbs- und Haushaltbereich unverändert, so ist in dieser Hinsicht kein Revisionsgrund

ausgewiesen. Eine Prüfung der Standardindikatoren anhand des strukturierten Beweisverfahrens (vgl. vorstehend E. 1.7) entfällt. 6.6.1

Ein Revisionsgrund kann auch in einer Veränderung des für die Methodenwahl massgeblichen hypothetischen Sachverhalts liegen (vgl. vorstehend E. 1.5). Diesbezüglich macht die Beschwerdeführerin geltend, sie wäre nun im Gesundheitsfall zwischen 50 % und 70 % erwerbstätig, da ihre Tochter die Schule beendet habe und ihr Sohn weniger Betreuung benötige. Ihr Ziel sei es, monatlich Fr. 2'000.-- zum kargen Familienbudget beizutragen. Die Qualifikation sei auf 60 % Erwerbs- und 40 % Haushaltstätigkeit festzulegen (Urk. 1 S. 8 Ziff. 24; S. 9 Ziff. 25). 6.2

Im Urteil des hiesigen Gerichts vom 1. Februar 2016 (Urk. 9/74) wurde die von der Beschwerdegegnerin festgelegte Qualifikation von 40 % Erwerbs- und 60 % Haushaltstätigkeit ab August 2013 bestätigt. Die Erhöhung von 30 % auf 40 % im Erwerbsbereich erfolgte aufgrund des Alters der Kinder (vgl. E. 5.2 des genannten Urteils). Die Beschwerdeführerin hat im Nachgang zu diesem Urteil die rechtskräftig festgestellte Arbeitsfähigkeit von 50 % im Erwerbsbereich nie verwertet, auch nicht,

als ihre Kinder älter wurden. Eine Stellensuche ist nicht dokumentiert. Sie bemühte sich auch nicht nachhaltig um Verbesserung ihrer Deutschkenntnisse, um ihre Anstellungschancen zu steigern. So lehnte sie eine Teilnahme an einem bezahlten Deutschkurs im Jahr 2019 ab (vgl. Urk. 9/138/8).

Dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit zu 100 % erwerbstätig wäre, wie sie anlässlich der Haushaltsklärung im Jahr 2018 geltend machte (vgl. vorstehend E. 4.3), ist deshalb nicht überwiegend wahrscheinlich. Sie selbst ging beschwerdeweise von einer hypothetischen Erwerbstätigkeit im Umfang von 50 % bis 70 % aus. Ihr Ziel, monatlich Fr. 2'000.-- zum Familienbudget beizutragen, spräche jedoch vielmehr für eine Tätigkeit im Umfang von lediglich etwa 40 %: Im Jahr 2016 betrug das - gestützt auf die im Verfügungszeitpunkt bezogen auf den Zeitpunkt des Rentenbeginns aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE (BGE 150 V 67 E. 4.2, 143 V 295 E.

4.1.3)

ermittelte, mithin LSE 2020 - durchschnittliche monatliche Einkommen von Frauen in Tätigkeiten im Kompetenzniveau 1

Fr. 4'363.-- (www.bfs.admin.ch, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Rubrik Total). Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Arbeitszeit im Jahr 2016 von 41.7 Stunden (www.bfs.admin.ch, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen) ergibt sich ein Monatslohn von Fr. 4'548.-- (Fr. 4'363.-- : 40 x 41.7). Unter Berücksichtigung der Lohnentwicklung im Jahr 2017,

dem Jahr des frühesten Rentenbeginns (Schweizerischer Lohnindex insgesamt [1939 = 100], Frauen, Stand 2016: 2'709, Stand 2017: 2'719; www.bfs.admin.ch, Tabelle T39), ergibt sich ein Monatslohn von Fr. 4'565.-- (Fr. 4'548.-- :

2709 x 2719) in einem Pensum von 100%. Ein Lohn von Fr. 2'000.-- entspräche einem Pensum von rund 44% (Fr. 2'000.-- :

Fr. 4'565.--).

Aufgerechnet auf den Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung im Jahr 2023

ergäbe sich ein Monatslohn von Fr. 4' 822.-- (Fr. 4' 565.-- :

2719 x 2872) , mithin ein Pensum von rund 4 1 % für einen Lohn von Fr. 2'000.-- (Fr. 2'000.-- : Fr. 4' 822.--). 6.3

Somit besteht auch unter diese m Blickwinkel kein Revisionsgrund. Mithin ist weiterhin von einer Qualifikation von 40 % Erwerbs- und 60 % Haushalt s tätig keit auszugehen.

7.

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