

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00406 vom 16. Dezember 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-12-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00406

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00406 du 16 décembre 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00406 del 16 dicembre 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, und aufgrund der im Juni 2022 anhängig gemachten Anmeldung bei der Invalidenversicherung könnten allfällige Rentenleistungen frühestens ab Dezember 2022 ausgerichtet werden (vgl. Art.

29 Abs.

1 IVG), womit die seit 1. Januar 2022 geltende Rechtslage massgebend ist, die im Folgenden soweit nichts anderes vermerkt ist jeweils in dieser Version wieder gegeben, zitiert und angewendet wird (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_452/2023 vom 24. Januar 2024 E. 3.2.1 mit Hinweisen). 1. 2

Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die unter anderem während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.2

Nach einer Neuanmeldung vom 10. Juli 2013 (Urk. 11/58) veranlasste die IV-Stelle ein polydisziplinäres Begutachten der Versicherten bei der

B.____, Universitätsspital C.____ (Gutachten vom 17. September 2014, Urk.

11/76). Am 21. November 2014 nahmen die Gutachter Stellung zu den Ergänzungsfragen der IV-Stelle (Urk. 11/82).

Nachdem weitere Ergänzungsfragen unbeantwortet geblieben waren (vgl. Urk. 11/102/1, Urk. 11/104), veranlasste die IV-Stelle auf Empfehlung ihres regionalen ärztlichen Dienstes (RAD; vgl. Urk.

11/128 S. 4 Mitte) ein weiteres polydisziplinäres Gutachten bei der D.____ (Gutachten vom 28.

November 2016, Urk. 11/122/1-52) und verneinte mit Verfügung vom 4.

Mai 2017 (Urk. 11/129) einen Anspruch der Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung.

E. 1.3

Am 21. Juni 2022 erfolgte eine weitere Neuanmeldung (Urk. 11/136). Die IV-Stelle holte Berichte bei den behandelnden Ärzten ein (Urk. 11/160 , Urk. 11/162 , Urk. 11/164) und veranlasste eine polydisziplinäre Begutachtung der Versicherten bei der E.____ (nachfolgend: E.____ ; Gutachten vom

E. 1.8

Bei der Erhebung und Würdigung des medizinischen Sachverhalts in Revisions - beziehungsweise Neuanmeldungsfällen

gelten besondere Anforderungen an die Beweistauglichkeit von ärztlichen Einschätzungen . Beweisthema ist dabei nicht bloss die Feststellung des aktuellen Gesundheitszustands und seiner funktionellen Auswirkungen, sondern gerade auch der Vergleich dieses Befunds mit den ursprünglichen Beschwerden. Das Gutachten hat sich daher in hinreichender Weise darüber auszusprechen , ob und bejahendenfalls inwiefern eine effektive Veränderung der gesundheitlichen Situation im entscheiderelevanten Referenz zeitraum stattgefunden hat (Urteil des Bundesgerichts 9C_244/2017 vom 26.

Oktober 2017 E. 4.2.1 , E. 5.2.1 mit Hinweisen). 2.

E. 2

.00 273, Urk. 11/54).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass die Beschwerdeführer in ohne gesundheitliche Beeinträchtigung in einem Pensum von 100 % als Hausfrau tätig wäre. Die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass sie in ihrer Tätigkeit als Hausfrau maximal 30

% eingeschränkt sei (S. 1 unten) . Dies entspreche einem Invaliditätsgrad von 30 % . Auf eine Abklärung vor Ort zur Ermittlung der konkreten Einschränkung im Haushaltsbereich sei verzichtet worden, da der Invaliditätsgrad unter 40 % liege (S. 2 oben). Die im Vorbescheidverfahren neu eingereichten medizinischen Unterlagen brächten keinen neuen medizinischen Sachverhalt hervor. Das Gutachten der E.____ erfülle die praxisgemässen Anforderungen an ein medizinisches Gutachten zur Bestimmung der Invalidität (S. 2 Mitte).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber im Wesentlichen geltend (Urk. 5) , nach ihrer Einreise in die Schweiz Bemühungen im Hinblick auf die Ausübung einer Arbeitstätigkeit unternommen zu haben . Sie habe zwei Jahre Deutschkurse besucht und auch ein Praktikum gemacht. Leider habe sie aufgrund körperlicher Beschwerden und ihrer mentalen Gesundheit nicht weitermachen können. Sie sei seit mittlerweile 21 Jahren in psychiatrischer Behandlung und leide unter Depressionen sowie körperlichen Beschwerden, was seitens der behandelnden Ärzte und Experten bestätigt worden sei und weiterhin bestätigt werde. Die Ärzte hätten festgestellt, dass sie aufgrund ihrer körperlichen und psychischen Beschwerden nicht in der Lage sei, einer Arbeitstätigkeit nachzugehen (S. 1). Die Berichte der behandelnden Ärzte würden ignoriert und sie verstehe nicht, wie ein auf einer halbstündigen Untersuchung basierendes Gutachten alle vorhandenen Arztberichte widerlegen können solle. Sie sei körperlich und psychisch krank und könne auch den Haushalt nicht bewältigen. Ihre Tochter und ihr Mann würden 80 % der Haushaltsarbeiten

übernehmen (S. 2 oben) . Es widerspreche den Fakten und allen ärztlichen Berichten der letzten 21 Jahre, wenn sie (lediglich) als zu 20

% körperlich und zu 10 % psychisch beeinträchtigt beurteilt werde (S. 2 Mitte, vgl. auch S. 3 unten). Verschiedene – im Einzelnen näher dargelegte – Aussagen in den aktenkundigen Gutachten seien überhaupt nicht nachvollziehbar (S. 2 unten, S. 3 oben). Zudem seien nicht bei allen behandelnden Ärzten Berichte eingeholt worden (S. 3 Mitte).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht erneut verneinte

und in diesem Zusammenhang insbesondere die Frage, ob das von ihr eingeholte Gutachten der E._____

in medizinischer Hinsicht eine hinreichende Entscheidungsgrundlage bildet. 3. 3.1

Bei einer – wie vorliegend erfolgten – Neuanmeldung zum Leistungsbezug finden die Grundsätze zur Rentenrevision analog Anwendung (vgl. vorstehend E. 1.3). Daher ist zunächst eine anspruchrelevante Veränderung des Sachverhalts erforderlich; erst in einem zweiten Schritt ist der (Renten-) Anspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C_4/2024 vom 27. November 2024 E. 3.3 mit Hinweisen).

Die Beschwerdegegnerin hat sich

in der angefochtenen Verfügung nicht zur Frage nach dem Vorliegen einer revisionsrelevanten Veränderung des Sachverhalts geäußert . Die se Frage ist im vorliegenden Verfahren vorab von Amtes wegen zu prüfen . 3. 2

Nach Ergehen der mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 16. August 2012 bestätigten abschlägigen Rentenverfügung vom 26. Mai 2010 (Urk. 11/26) wurde der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Neuanmeldung

im Juli 2013

erneut materiell geprüft. Zur Abklärung der medizinischen Situation holte die IV-Stelle damals insbesondere das polydisziplinäre Gutachten der

D._____

vom 28. November 2016 ein und verneinte mit Verfügung vom 4.

Mai 2017

einen Rentenanspruch abermals

(Urk.

11/129) . Dieser Entscheid blieb unangefochten und erwuchs somit in Rechtskraft.

Vergleichsgrundlage zur Beurteilung der Frage, ob eine anspruchrelevante

Veränderung des Sachverhalts stattgefunden hat (vgl. vorstehend E. 1. 4) , bilden

demnach die Verhältnisse im Zeitpunkt der Verfügung vom 4. Mai 2017 (vgl. vorstehend E.

1. 5) . 4 . 4.1

In medizinischer Hinsicht stellte die Beschwerdeführerin in der Verfügung vom 4. Mai 2017

auf das Gutachten der D.____ vom 28.

November 2016

(Urk.

11/122/1-52) ab . Dieses umfasste die Disziplinen Neurologie

(S.

E. 5

Februar 2024 , Urk. 11/177). Nach einer Mitteilung vom 12. Juni 2023, wonach berufliche Eingliederungsmassnahmen aufgrund des Gesundheitszustands nicht möglich seien (Urk. 11/161), stellte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 15. Februar 2024 einen abschlägigen Rentenentscheid in Aussicht (Urk. 11/182) . Am 19. April 2024 erhob die Versicherte Einwände (Urk. 11/198) und reichte

Stellungnahmen ihrer behandelnden Ärzte sowie weitere Berichte ein (Urk. 11/192-196).

Nach Konsultation ihres RAD (Urk. 11/201 S. 2-3) verfügte die IV-Stelle am 30. Mai 2024 wie vorbeschieden (Urk. 11/202 = Urk. 2). 2.

E. 5.2

Dr. med. Rafie I.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im ärztlichen Zeugnis vom 7. März 2022 (Urk. 11/135) fest, die Beschwerdeführerin stehe seit dem 28. Oktober 2019 in seiner Behandlung . Die Anmeldung zur Abklärung eines Anspruchs auf IV-Leistungen sei aufgrund folgender Diagnosen erfolgt: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, chronische posttraumatische Belastungsstörung, chronische Schmerzen. Ab dem 1. Januar 2022 bis am 31.

Dezember 2022 bestehe eine Leistungsminderung von 100 % in der angestammten Tätigkeit als Aushilfe. 5. 3

Im Bericht vom 24. Januar 2023 über die Konsultation vom 10. Januar 2023 in der Schmerzprechstunde der Schmerzlinik J.____ (Urk. 11/162/6-7) wurden folgende (Ober-) Diagnosen genannt (S. 1 Mitte): - chronisches therapieresistentes generalisiertes Schmerzsyndrom - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

Es wurde ausgeführt, 2014 sei die Beschwerdeführerin zum ersten Mal vorstellig geworden. Damals sei die Diagnose einer Fibromyalgie postuliert worden , und die Beschwerdeführerin habe eine Infusionstherapie erhalten, die etwas geholfen habe (S. 1 unten). Aktuell sei ein weiterer Infusionstherapieversuch mit Ketamin, Lidocain und Magnesium sowie eine diagnostische Blockade des Ramus dorsalis bei Verdacht auf spondylogene Schmerzen besprochen worden (S. 2 Mitte) .

Letztere wurde am 16. Oktober 2023 durchgeführt (vgl. Urk. 11/195/5-6) . Weitere (therapeutische) Infiltrationen erfolgten – soweit aktenkundig - am 16. und 27 .

Oktober 2023 (vgl. Urk. 11/195/5-8).

Im Bericht vom 15. Mai 2023 (Urk. 11/162/1-5) wurde angegeben, die Beschwerdeführerin erscheine einmal pro Woche zur Infusionstherapie in der Schmerz klinik J.____ (Ziff. 1.2).

Eine Arbeitsunfähigkeit sei nicht attestiert worden (Ziff.

1.3). 5 . 4

Am 2. Juni 2023 (Urk. 11/160) berichtete Dr. I.____ (vorstehend E. 5.2) , die Beschwerdeführerin aktuell alle ein bis zwei Wochen zu behandeln (Ziff. 1.2) .

Zu ihm in Behandlung begeben habe sie sich aufgrund einer zunehmenden depressiven und Angstsymptomatik , welche ihren Angaben zufolge seit Jahren bekannt sei

(Ziff. 2.2). Es seien

folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen (Ziff. 2.5): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) bei/mit Diagnoseliste gemäss Rheumatologie

Dr. I.____ führte aus, der bisherige klinische Verlauf habe sich sehr wechselhaft gestaltet, mit wiederholten deutlichen Zustandsverschlechterungen in Form von depressiven Episoden und einer Angstsymptomatik. Zwischen den depressiven Episoden sei bisher keine vollständige Remission zu verzeichnen gewesen. Die Beschwerdeführerin habe eine anhaltende Depression mit mittelgradigen Episoden entwickelt (S. 8 Mitte). Die psychiatrische Störung verursache eine klinisch signifikante Beeinträchtigung in den familiären, sozialen und beruflichen Bereichen (S. 10 unten; vgl. auch S. 1 Mitte). Es sei keine angepasste Tätigkeit zumutbar (Ziff. 4.2). Die Einschränkung bei der Verrichtung von Haushaltsarbeiten sei je nach psychischem Zustand und Schmerzintensität sehr unterschiedlich ausgeprägt und sollte interdisziplinär abgeklärt werden (Ziff. 4.5). 5 . 5

Dr. med. K.____ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Fachärztin für Rheumatologie, berichtete am

E. 5.4

) wird

sodann lediglich der anlässlich des Erstgesprächs vom 28. Oktober 2019 erhobene Befund wiedergegeben (Urk. 11/160 Ziff. 2.4). Dr. I.____

berichtete zwar wohl von einem klinisch wechselhaften Verlauf, untermauerte dies aber nicht

mit objektiven psychopathologischen Befunden . Aus seinen Ausführungen geht abgesehen davon hervor, dass (letztlich) mit einer Aufdosierung

des Antidepressivums

Remeron auf 45mg /d eine allmähliche Verbesserung des depressiven Zustands erreicht werden können , wobei Angaben in qualitativer sowie zeitlicher Hinsicht fehlen . Eine nicht weiter objektivierte Zustandsverschlechterung wurde sodann für die Zeit der «aktuellen» Corona-Pandemie-Krise festgehalten (Urk. 11/160 S. 8 oben) . Zum weiteren Verlauf, insbesondere auch nach der erneuten Anmeldung zum Leistungsbezug vom Juni 2022, lassen sich dem Bericht jedoch keine befundunterlegten Angaben entnehmen. Der Feststellung des behandelnden Psychiaters, wonach die Beschwerdeführerin in eine anhaltende Depression mit mittelgradigen Episoden entwickelt habe, welche zu signifikanten Beeinträchtigungen insbesondere auch der Arbeitsfähigkeit führe (vgl. vorstehend E. 5.4),

mangelt es damit an einer nachvollziehbaren Begründung.

Im Übrigen gilt es hinsichtlich Berichten von behandelnde n

Arztpersonen ganz grundsätzlich auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des Bundesgerichts 8C_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 m.w.H.). Davon kann vorliegend nicht die Rede sein. Die Schilderungen von Dr. I.____

lassen vielmehr gerade auch die besondere Vertrauensstellung erkennen, die er als langjähriger und in der Muttersprache behandelnder Psychiater bei der Beschwerdeführerin genießt. So sind Themen in der Behandlung insbesondere auch Konflikte in der Ehe und der Familie (vgl. Urk. 11/160 S. 6 f.) sowie auf die Familie und die finanzielle Situation bezogene Sorgen (Urk.

11/160 S. 9 unten) und damit (grundsätzlich) invaliditätsfremde psychosoziale Faktoren. Ein Konflikt mit dem ältesten Sohn aus erster Ehe, der

nach vielen Jahren der Trennung als Asylsuchender in die Schweiz eingereist war und mit seiner Ehefrau vorübergehend bei der Beschwerdeführerin gewohnt hatte, war es denn auch, der sich negativ auf das psychische Befinden der Beschwerdeführerin auswirkte

(vgl. Urk. 11/160 S. 6 unten). Anlässlich der Konsultation in der Schmerzprechstunde der Schmerzklinik J.____ vom 10.

Januar 2023 bestätigte die Beschwerdeführerin ebenfalls, dass grosser psychologischer Stress zu einer Zunahme der Schmerzen geführt habe (Urk. 11/195/2 oben). Der Bericht des behandelnden Psychiaters vom 2. Juni 2023 liefert insgesamt keine hinreichend konkreten Indizien dafür, dass die Depressivität der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung in der D.____ massgeblich zugenommen und zu einer relevanten Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit geführt hätte.

Daran vermag auch die Stellungnahme von

Dr.

I.____

vom 22.

April 2024 (vorstehend E. 5.8) nichts zu ändern. Die im psychiatrischen Teilgutachten der E.____ erhobene biographische und soziale Anamnese sowie die Anamnese zum Tagesablauf und zur Freizeitgestaltung (Urk. 11/177 S.

63 f.) fällt zwar relativ knapp aus, ist mit Blick darauf, dass der Gutachterin diverse Vorakten vorlagen, welchen sich diesbezüglich Angaben entnehmen lassen -

darunter mehrere psychiatrische Gutachten sowie Berichte der behandelnden Psychiater – , jedoch als hinreichend zu beurteilen. Angaben der Beschwerdeführerin zu den Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens sind sodann nur insofern relevant, als sie sich mittels psychopathologischer Befunde untermauern lassen, was vorliegend nicht der Fall ist. Beziehungs- und Familienkonflikte zählen schliesslich grundsätzlich zu den invaliditätsfremden psychosozialen Faktoren und stehen - wenn sie (wie vorliegend) nicht zu einer ausgewiesenen Beeinträchtigung der psychischen Integrität als solcher führen, welche ihrerseits eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirkt, oder einen selbständigen Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner Folgen verschlimmern - der Annahme einer Invalidität entgegen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_213/2022 vom 4. August 2022 und 9C_311/2021 vom 23. September 2021 E. 4.2, je mit Hinweisen). Die von der Beschwerdeführerin im Mai/Juni 2023 unternommene Reise in ihr Heimatland stellte im psychiatrischen Teilgutachten schliesslich lediglich ein in die Würdigung einflussender Aspekt dar (vgl. Urk. 11/177 S. 68). Die Ausführungen des behandelnden Psychiaters zu den Umständen der Reise vermögen mit Blick auf die Befundlage die gutachterliche Schlussfolgerung hinsichtlich der (fehlenden) wesentlichen Veränderung des psychischen Gesundheitszustands

seit der Begutachtung in der D.____

nicht in Frage zu stellen.

Das Gleiche gilt hinsichtlich seiner Ausführungen zur diagnostischen Einordnung des Leidens. Abgesehen davon, dass

Dr. I.____ in seinem Bericht vom 2. Juni 2023 (vorstehend E.

5.4) eine vollständige Remission zwischen den depressiven Episoden verneinte, womit – wie auch die E.____-Psychiaterin feststellte (Urk. 11/177 S. 68 oben) – die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung nicht nachvollziehbar ist, und dass sowohl der D.____-Psychiater (Urk. 11/122 S. 34 unten) als auch die E.____-Psychiaterin (Urk.

11/177 S. 66 oben) nicht vom Vorliegen einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung ausgingen, ist darauf hinzuweisen, dass im revisionsrechtlichen Kontext eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des Leidens per se nicht genügt, um auf einen verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen (vorstehend E. 1.4). Konkrete Indizien, die für eine erheblich veränderte Befundlage seit der Begutachtung in der D.____ sprechen würden, lassen sich auch der Stellungnahme von Dr.

I.____ vom 22. April 2024 nicht entnehmen.

E. 5.7

) führte in seiner Stellungnahme vom 29. Mai 2024 (Urk. 11/201 S. 2 f.) aus, in den von der Beschwerdeführerin im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingereichten Berichten der Schmerzlinik J.____ vom 24. Januar 2023 (Urk. 11/195/1-2 = Urk. 11/162/6-7; vorstehend E. 5.3), von M.____ vom 22. April 2024 (vorstehend E. 5.9) und von Dr.

K.____ vom 15. September 2023 (Urk. 11/196) würden keine neuen, bislang nicht beachteten medizinischen Diagnosen auf somatischem Fachgebiet genannt.

E. 5.11

RAD-Arzt Dr. med. N.____ , Facharzt für Neurologie und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seiner Stellungnahme vom 29. Mai 2024 (Urk. 11/201 S. 3) aus, im von der Beschwerdeführerin im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingereichten Bericht von Dr. I.____ vom 22. April 2024 (vorstehend E. 5.8) würden die bereits bekannten Diagnosen nochmals aufgeführt und begründet. Den Gutachtern hätten je doch bereits entsprechende Unterlagen vorgelegen, weshalb nicht von neuen medizinischen Tatsachen gesprochen werden könne. Die psychiatrische Gutachterin habe begründet, weshalb die Berichte des psychiatrischen Behandlers nicht nachvoll zogen werden könnten. Dr. N.____ hielt fest, i m Wesentlichen sei von einer seit Jahren unveränderten Symptomatik auszugehen, welche in den von unterschied lichen Gutachtenstellen erstatteten Beurteilungen immer weniger schwer eingestuft worden sei als von den jeweiligen Behandlern. 6 . 6 . 1

Die Beschwerdegegnerin hat den Gutachtern der E.____ die im Neuan meldungsverfahren hinsichtlich der medizinischen Situation Beweisgegenstand bildende Frage nach einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustands unterbreitet (vgl. Urk. 11/169 S. 4 Mitte) . Im Folgend e n ist zunächst die Beweis kraft des Gutachtens hinsichtlich einer anspruchserheblichen Veränderung der Befundlage (vgl. vorstehend E. 1.4) zu prüfen.

E. 6

Die bei der B emessung des Invaliditätsgrades für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich ; vgl. Art. 28a IVG) entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, be stimmt

sich nach den erwerblichen Verhältnissen, in denen sich die versicherte Person befinden würde, wenn sie nicht gesundheitlich beeinträchtigt wäre (Art. 24 septies Abs. 1 IVV). 1.

E. 6.2

Die Gutachter der E.____

verneinten sowohl aus allgemein-internistischer als auch aus neurologischer Sicht eine relevante Veränderung des Gesundheits zustands seit der Verfügung vom 4. Mai 2017 (Urk. 11/177 S 14 Ziff.

4.9) . Im neurologischen Gutachten wurde –

insbesondere auch anhand der Ergebnisse der v ora nge gangenen diesbezüglichen A bklärungen - nachvollziehbar dargelegt, dass sich für die von der Versicherten neu angegebenen passageren morgend lichen Hypästhesien in den Fingern III bis V beidseits (vgl. Urk. 11/177 S. 41 Mitte) weder klinisch noch anhand der paraklinischen Befunde Hinweise für eine neuroanatomische Ursache erg äben (Urk.

11/177 S. 46 Mitte). Die Schmerz situation mit auf den ganzen Körper ausgeweiteten Schmerzen (vgl. Urk. 11/177 S. 41 oben) wurde aus neurologischer Sicht sodann als unverändert

beurteilt und die Schmerzen

weiterhin im Rahmen eines generalisierten Schmerzsyndroms gewertet bei anamnestisch und klinisch weiterhin fehlenden Hinweisen für eine neuroradikuläre Schmerzursache. Auch das Vorliegen fokalneurologischer Defizite wurde verneint (Urk. 11/177 S. 46 oben). Hinsichtlich der geklagten Kopfschmerzen (vgl. Urk. 11/177 S. 41 oben) stellten die neurologischen Gutachterinnen

schliesslich unveränderte Schilderungen im Vergleich zu den Schilderungen anlässlich der neurologischen Begutachtung durch die

D.____ fest und werteten die Beschwerden

weiterhin im Rahmen chronischer Spannungskopfschmerzen, mit dem Hinweis, dass sich die Schmerzqualität und -intensität seit der neurologischen Begutachtung vom Oktober 2016 nicht verändert habe (Urk. 11/177 S. 46 unten).

E. 6.3

Auch aus rheumatologischer Sicht wurde

im Gutachten der E.____

eine andauernde wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands seit der Verfügung vom 4. Mai 2017 verneint (Urk.

11/177 S. 37 oben).

Gemäss dem rheumatologischen Gutachter ergaben sich keine neuen relevanten diagnostischen Gesichtspunkte oder deutlich abweichende Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit angestammt/angepasst (Urk. 11/177 S. 14 unten, vgl. auch Urk.

11/177 S. 31 vierter Abschnitt). Der Gutachter wies darauf hin, dass bereits in den polydisziplinären Vorgutachten von 2014 und 2016 ein chronisches multilokales muskuloskelettales Schmerzsyndrom beschrieben worden sei (Urk.

11/177 S. 14 unten).

Die Beschwerdeführerin habe im Vergleich zum rheumatologischen Vorgutachten aus dem Jahr 2014 und dem orthopädischen Gutachten aus dem Jahr 2016

unverändert über Nackenschmerzen mit Ausstrahlungen in den Kopf und den rechten Arm sowie über Schmerzen im Bereich des lateralen Epicondylus rechts geklagt (Urk. 11/177 S. 31 zweiter Abschnitt). Bei der rheumatologischen Untersuchung habe sie diverse – im Einzelnen näher dargelegte – Druckdolenz sowie Polyarthralgien angegeben.

Synovialitiden oder Tendovaginitiden hätten nicht palpirt werden können. Elektrophysiologisch hätten sich im Juni 2013 und im Dezember 2023 keine Hinweise für eine Wurzelaffektion C5-C8 rechts beziehungsweise ein peripheres Entrapment des Nervus

ulnaris oder Nervus medianus beidseits ergeben (Urk. 11/171 S. 31 dritter Abschnitt). Betreffend die

vor etwa zwei bis drei Jahren hinzugetretenen

lumboischialgiformen Schmerzen links (vgl. Urk.

11/177 S. 21 unten) wies der Gutachter darauf hin, dass sich diesbezüglich trotz in der Bildgebung vom 18. Januar 2023 (vgl. Urk. 11/164/19)

beschriebener Affektion der Nervenwurzel L5 > L3 und L4 in der aktuellen r h e u m a tologischen Begu t achtung keine radikulären Reiz- oder sensomotorischen Ausfallsymptome gefunden hätten (Urk. 11/177 S. 14 unten, Urk. 11/177 S. 31 unten). Hinsichtlich der von Dr. K.____ erstmals im Bericht vom 11. August 2023 (vorstehend E. 5.5) neu dokumentierten grenzwertig erhöhten und auch in der aktuellen Begu t achtung leicht erhöhten ser ologischen Entzündungsparameter (vgl. Urk.

11/177 S. 27 unten)

erläutert e r , dass sich zumindest aktuell weder anamnestisch noch klinisch oder bildgebend Anhaltspunkte für das Vorlie g en einer entzünd li c h en rheumatischen Systemerkrankung ergäben (Urk. 11/177 S.

E. 6.4

Aus psychiatrischer Sicht wurde sowohl im psychiatrischen Teilgutachten der D.____ als auch im psychiatrischen Teilgutachten der E.____ eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) diagnostiziert, wobei der D.____ -Psychiater

die Diagnose als solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/122 S. 34 unten) und die E.____ -Psychiaterin

die Diagnose als solche mit Auswirkung auf die A r beitsfähig keit (Urk. 11/177 S. 69 Z i ff. 6.3.2) anführte.

Der

D.____ -Psychiater verneinte eine stärker ausgeprägte Störung unter Verweis auf die durchaus vorhandene emotionale Erreichbarkeit und auf starke Persönlichkeitsanteile, welche die Beschwerdeführerin durch gezielte Angabe von tatsächlich nicht oder nur unzureichend eingenommenen Medika menten bew ies en habe (Urk. 11/122 S. 33 Mitte, S. 34 unten). Der Gutachter stellte eine erhebliche Diskrepanz zwischen den angegebenen Medikamenten und den aufgrund des gemessenen Medikamentenspiegels tatsächlich eingenommenen Medikamenten fest (Urk. 11/122 S. 32 Mitte, S. 33 Mitte) . Weiter konstatierte er , dass der Beschwerdevortrag geprägt gewesen sei von Unschär f e und teilweise falschen Angaben (Urk. 11/122 S. 3 4 oben). Betreffend die differentialdiag nostisch in Betracht gezogene ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) hielt er fest, dass er diese Diagnose beim gezielten Vorgehen der Beschwerdeführerin in der heutigen Untersuchung nicht stellen könne und dass allenfalls akzentuierte Züge (ängstlich-selbstunsicher, vermeidend) bestünden (Urk. 11/122 S. 34 unten) .

Gemäss den Ausführungen im Gutachten der E.____ konnte eine Ver schlechterung des Gesundheitszustands seit der letzten Begutachtung im Jahr 2016 psychiatrisch nicht bestätigt

werden (Urk. 11/177 S.

10 Mitte) . Aus dem psychiatrischen Teilgutachten geht hervor, dass die Beschwerdeführerin zwar an gab , dass ihre Traurigkeit seit 2016 zugenommen habe und sie sich sozial zurückziehe (Urk. 11/177 S. 62 oben). Gleichzeitig wies die E.____ - Psychia terin aber auch darauf hin, dass die Beschwerdeführerin ihre Angabe, wonach sich ihr Zustand seit der letzten Begutachtung im Jahr 2016 verschlechtert habe,

auch auf wiederholte Nachfrage nicht habe begründen können (Urk. 11/177 S. 68 Mitte). Dass sich der psychische Gesundheitszustand seit der Begutachtung in der D.____ wesentlich verschlechtert haben soll,

ist denn auch anhand eines Vergleichs der Befundlage nicht erkennbar, dies namentlich mit Blick auf die gutachterlichen Feststellungen zur Aufmerksamkeit und Konzentration (gemäss D.____ -Psychiater: trotz deutlicher Verlangsamung und Zähigkeit weitgehend erhaltene Aufmerksamkeit und Konzentration, nur zeitweise Eindruck des Abschweifens, Urk. 11/122 S. 31 Mitte; gemäss E.____ -Psychiaterin: Auffassung nicht erschwert, nicht beeinträchtigt wirkende Konzentration, Urk.

11/177 S. 65 unten), zum Willen und Antrieb (gemäss E.____ -Psychiater: zur Willensäusserung fähig, Antrieb vermindert, Urk. 11/122 S. 32 oben; gemäss E.____ -Psychiaterin: Willenskräfte ausreichend strukturiert und regelrecht, keine Ambivalenz oder Ambitendenz, subjektive Angabe einer gesteigerten Erschöpfbarkeit, Urk. 11/177 S. 65 unten) sowie zur Affektivität (gemäss D.____ -Psychiater: depressiv verstimmt mit Zähigkeit, Mattigkeit und Verlangsamung, Urk. 11/122 S. 31 unten; gemäss E.____ -Psychiaterin: themenbezogen in gedrückter Stimmungslage, über neutrale Themen wenig modulierbar, leichte Affektlabilität, Urk. 11/177 S. 66 oben). Immerhin erachtete die E.____ -Psychiaterin einen zumindest leichten sozialen Rückzug als ausgewiesen (Urk.

11/177 S. 66 oben), während der D.____ -Psychiater keinen Rückzug aus allen sozialen Aktivitäten feststellen konnte (Urk. 11/122 S. 27 oben).

Abgesehen davon

äusserte auch die

E.____ -Psychiaterin den Verdacht auf eine Beschwerdebetonung aufgrund ungenauer Angaben und Diskrepanzen (Urk.

11/177 S. 67 Ziff. 6.2). Weiter wies sie darauf hin, dass die von der Beschwerdeführerin genannten Schmerzmedikamente im Rahmen der Spiegelbestimmung nicht nachweisbar gewesen seien und daher nicht von einer regelmässigen Einnahme dieser Medikamente auszugehen sei. Hinsichtlich des Antidepressivums

Escitalopram ging sie aufgrund des Medikamentenspiegels zwar von einer Einnahme wie von der Versicherten angegeben (10 mg täglich) aus, wies allerdings darauf

hin, dass der therapeutische Bereich nicht erreicht sei (Urk. 11/177 S. 66 unten, S. 67 Ziff. 6.2). Soweit die E.____ -Psychiaterin der Beschwerdeführerin - in Abweichung zur im psychiatrischen Teilgutachten der D.____ attestierten uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit im Haushalt sowie einer Verweistätigkeit ohne Stress, Zeitdruck sowie besonderer Verantwortung (Urk. 11/122 S. 35 oben)

- eine 10%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Sinne einer 10%igen Leistungsminderung bei vollschichtigem Arbeitspensum attestierte aufgrund einer sich im Mini-ICF-APP ergebenden leichten Beeinträchtigung der Durchhaltefähigkeit im Rahmen der depressiven Symptomatik (Urk. 11/177 S. 71 f. Ziff.

8.1-2),

kann darin angesichts der nicht wesentlich veränderten Befundlage keine revisionsrelevante Veränderung erblickt werden. 6. 5

Nach dem Gesagten ist in medizinischer Hinsicht gestützt auf die nachvollziehbaren Feststellungen im Gutachten der E.____ nicht von einer anspruchserheblichen Veränderung der Befundlage seit der Verfügung vom 4.

Mai 2017 auszugehen. Zum gleichen Schluss gelangten auch die RAD-Ärzte.

So verneinte RAD-Arzt Dr. L.____ eine relevante Änderung des somatischen Gesundheitszustands (vorstehend E. 5.7) und der RAD-Psychiater Dr. N.____ ging hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustands von einer

seit Jahren im Wesentlichen unveränderten und weniger schweren Symptomatik als von den jeweiligen Behandlern eingestuft

aus (vorstehend E. 5.11).

E. 6.6

Aus den aktenkundigen Berichten der behandelnden Somatiker ergeben sich keine Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit der gutachterlichen Schlussfolgerung

hinsichtlich der

(fehlenden) wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands sprechen würden. Der von der Beschwerdeführerin im Vorbescheidverfahren eingereichte Bericht der Schmerzlinik J.____ vom 24.

Januar 2023

(vorstehend E. 5.3) war bereits aktenkundig

und fand ebenso Eingang ins rheumatologische Teilgutachten wie der Bericht der Rheumatologie in Dr. K.____ vom 11. Oktober 2023 (vorstehend E. 5.5; vgl. Urk. 11/177 S. 30 Mitte, S. 31 Mitte). Dem Bericht der Schmerzlinik J.____ lassen sich keine Hinweise auf eine wesentlich veränderte Befundlage entnehmen (vgl. Urk. 11/162/7 Mitte) und seitens der dortigen Ärzte wurde der Beschwerdeführerin auch keine Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk.

11/162/2 Ziff. 1.3). Die sich aus dem Bericht von Dr.

K.____

(neu) ergebende grenzwertige Erhöhung der BSR wurde im Gutachten gewürdigt,

und es wurde überdies auf die gemäss Dr. K.____ unauffällige Rheuma- und Infektionsserologie hingewiesen (Urk. 11/177 S. 31). Im Übrigen attestierte auch Dr.

K.____ der Beschwerdeführerin eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit im Haushalt. Soweit sie in Bezug auf leidensangepasste Tätigkeiten von einer (reduzierten) Zumutbarkeit von sechs Stunden täglich ausging, ergaben sich aus ihrem Bericht keine Anhaltspunkte dafür, dass die Einschätzung mit einer

im Vergleich zum Zeitpunkt der D.____-Begutachtung verschlechterten Befundlage

zu begründen wäre. Der von der Beschwerdeführerin nachgereichte Bericht von Dr.

K.____ vom 15.

September 2023 (Urk. 11/196) enthält schliesslich

im Wesentlichen Empfehlungen zum weiteren therapeutischen Vorgehen (S. 3 f.) und lässt hinsichtlich der in das Fachgebiet von Dr. K.____ fallenden Gesundheitsstörungen keine wesentlich veränderte, sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Befundlage seit Erstattung des D.____-Gutachtens erkennen. Letzteres

gilt auch für den Bericht des Somatikers Dr. M.____ vom 22. April 2022 (vorstehend E. 5.9)

E. 6.7

Im Bericht des behandelnden Psychiaters

Dr.

I.____ vom 2. Juni 2023

(vorstehend E.

E. 6.8

Nach dem Gesagten mangelt es in medizinischer Hinsicht an einer anspruchrelevanten Veränderung des Sachverhalts seit der Verfügung vom

4. Mai 2017 und damit an einem Revisionsgrund. Die Beschwerdegegnerin hat bei den in der Neuanmeldung vom 21. Juni 2022 angeführten (Urk. 11/136 Ziff. 6.3) und den im Bericht von Dr. I.____ vom 2. Juni 2023 (Urk. 11/160 Ziff. 1.4) genannten Fachärzten Berichte eingeholt, und es ist nicht ersichtlich beziehungsweise wurde von der Beschwerdeführerin nicht dargetan, inwiefern von der Einholung eines aktuellen Berichts bei der Schmerzlinik J.____ neue Erkenntnisse zu erwarten wären (vgl. Urk. 5 S. 3 Mitte). Hinsichtlich der weiteren Vorbringen (Urk. 5 S. 2 f.) kann auf das Gesagte verwiesen werden, mit der Ergänzung, dass das von der Beschwerdegegnerin anlässlich der Erstanmeldung eingeholte psychiatrische Gutachten aus dem Jahr 2009 im vorliegenden Neuanmeldungsverfahren nach dem (erneuten) abschlägigen Rentenentscheid vom 4. Mai 2017 nicht weiter relevant ist.

E. 6.9

Hinsichtlich der erwerblichen Gegebenheiten bleibt festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 4. Mai 2017 (Urk. 11/129) keine Feststellungen zu dem für die Methodenwahl relevanten Status traf, was angesichts der im Gutachten der D.____ attestierten 100%igen Arbeitsfähigkeit im Haushalt sowie in leidensangepassten Tätigkeiten auch entbehrlich war.

Im Urteil vom 16. August 2012 hatte das hiesige Gericht die Beschwerdeführerin als zu 50 % im Erwerbs- und zu 50

% im Haushaltsbereich Tätige qualifiziert (Urk.

11/54 E. 5.1-3) und dabei namentlich die Vorbringen der Beschwerdeführerin hinsichtlich ihrer Bemühungen zur Integration in den ersten Arbeitsmarkt in den Jahren 2006 bis 2008 gewürdigt. Auf diese Bemühungen wies die Beschwerdeführerin auch im vorliegenden Verfahren hin (Urk. 5 S. 1 Mitte). Eine anspruchserhebliche Veränderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts ist damit aber nicht dargetan. Selbst wenn davon auszugehen wäre, dass die Beschwerdeführerin neu als Erwerbstätige und der Invaliditätsgrad damit

nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs zu bemessen ist, ist anzumerken, dass diesfalls sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen gestützt auf die gleichen statistischen Tabellenlöhne zu ermitteln wäre und für eine rentenbegründende Erwerbs einbusse von mindestens 40 % eine entsprechende Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen sein müsste, wovon vorliegend gestützt auf die nach vollziehbaren Feststellungen im Gutachten der E. ___ nicht ausgegangen werden kann.

E. 6.10

Zusammenfassend fehlt es an einer anspruchrelevanten Veränderung des Sachverhalts seit Erlass der Verfügung vom 4. Mai 2017 und damit an einem Revisionsgrund

(analog Art. 17 Abs. 1 ATSG). Die Beschwerdegegnerin hat daher den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente im Ergebnis zu Recht verneint .

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7 .

E. 7

Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis ; Urteil des Bundesgerichts 9C_16/2025 vom 24. April 2025 E. 4.3.1). Den von Versicherungs trägern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärztinnen und Spezialärzte darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4).

E. 7.1

Die Voraussetzungen zur Bewilligung der (sinngemäss beantragten, vgl. Urk. 5 S. 3 unten) unentgeltlichen Prozessführung gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) sind vorliegend erfüllt.

E. 7.2

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr.

7 00.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen ,

z ufolge g ewährter unentgeltliche r Prozessführung jedoch einst w eilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Die Beschwerdeführer in ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (§ 16 Abs. 4 GSVGer). Das Gericht beschliesst :

In Bewilligung des Gesuchs vom

E. 9

ff.), Psychiatrie (S. 28 ff.), Orthopädie (S. 36 ff.) und Allgemeine Innere Medizin (S.

46 ff.) . Im Gutachten wurde das Vorliegen von Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bezogen auf die Tätigkeit als Hausfrau verneint (S. 19 unten, S.

22 oben). Sodann wurden folgende -

hier ver kürzt angeführte - Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit genannt (S.

22 Mitte): - chronisches Zervikobrachialsyndrom rechts bei degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule (HWS), neurologisch ohne Hinweis auf Radikulopathie - leichtes Schulter-Arm-Syndrom bei einer kleinen Unterflächenläsion der Supraspinatussehne am Ansatz im mittleren Drittel - leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) - Fehllhaltung der Wirbelsäule bei einem Rundrücken und Hohlkreuz mit muskulärer Dysbalance und Übergewicht - beginnendes Lumbalsyndrom - weitgehend abgeklungene Epicondylitis radialis rechts - funktionelle Abdominalbeschwerden - verdeutlichendes Verhalten bis teilweise Aggravation

Aus interdisziplinäre r

Sicht attestierten die Gutachter der Beschwerdeführerin eine volle Arbeitsfähigkeit in der (aus psychiatrischer Sicht ideal angepassten ; vgl. S. 23 oben , S. 35 Mitte) angestammten Tätigkeit als Hausfrau - unter Berücksichtigung des Fähigkeitsprofils. Eine entsprechende Arbeitsfähigkeit attestierten sie auch für eine leidensadaptierte alternative Tätigkeit (S.

21 unten). Zum Fähigkeitsprofil führten die Gutachter aus, a uf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei dieses gegenwärtig allenfalls für Tätigkeiten unter Stress und Zeitdruck sowie besonderer Verantwortung zu 50

% eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, leichte bis teilweise mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gegenständen bis 12 kg, in rü ckenschulgerechter Haltung, in temperierten Räumen, im Wechsel zwischen Gehen, Sitzen und Stehen , zu verrichten. Vermieden werden sollten teilweise mittelschwere bis schwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten über 12 kg, ausserhalb des Körperlotes, ständige n Zwangshaltungen, Vibrationen, ruckartige n , plötzliche n Bewegungs ausschläge n und stärkere m Überstrecken der HWS sowie Tätigkeiten des rechten Armes über Schulter- und Kopfhöhe. Weiter sollte die Beschwerdeführerin keiner Kälte, Nässe oder Zugluft ausgesetzt werden (S. 22 unten, S. 23 oben). 4.2

Gestützt auf das Gutachten der D.____ ging RAD -Arzt Dr. med. H.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Facharzt für Neurologie, in seiner Stellungnahme vom 5.

Dezember 2016 (Urk. 11/128) von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit sowohl in der Tätigkeit als Hausfrau als auch in einer angepassten Tätigkeit – verstanden als Tätigkeit ohne besonderen Stress und Zeitdruck und ohne besondere Verantwortung – aus (S. 5 unten, S. 6 oben). Entsprechend begründete die Beschwerdegegnerin die Verfügung vom 4. Mai 2017 (Urk. 11/129) . 5 . 5 .1

Im Zusammenhang mit der Neuanschuldung vom 21. Juni 2022 (Urk. 11/136) sind folgende medizinische Berichte aktenkundig:

E. 11

August 2023 (Urk. 11/164/ 6 -12) , die Beschwerdeführerin stehe seit dem 9. Dezember 2022 in ihrer Behandlung, gegenwärtig alle ein bis drei Monate (Ziff. 1.1-2). Sie lei de seit

mehreren Jahren an Schmerzen am gesamten Körper (Ziff. 2.1), aktuell an stark immobilisierenden Schmerzen an der gesamten Wirbelsäule mit Schmerzausstrahlung in den Kopf und in den rechten Arm sowie in den rechten Oberschenkel dorsal. Des Weiteren klagt sie über Polyarthralgien an den Finger- und Handgelenken beidseits und am rechten Knie, über Schmerzen im rechten oberen Sprunggelenk, über Parästhesien in den Händen mit Handschwäche beidseits, eine ausgeprägte Müdigkeit, eine Leistungsminderung, eine Vergesslichkeit, eine Konzentrations- sowie eine Schlafstörung (Ziff. 2.2). Zu stellen seien folgende - hier verkürzt angeführte - Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5): - chronisches Panvertebralsyndrom - ISG-Dysfunktion links - ausgeprägte myofasziale Komponente mit aktivierten Triggerpunkten - Fehlhaltung und Haltungsinsuffizienz - grenzwertige Erhöhung der Blutsenkungsreaktion (BSR) - Rheuma- und Infektionsserologie negativ - chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom, am ehesten Fibromyalgie-Syndrom - chronische Polyarthralgien, chronisches Panvertebralsyndrom - ausgeprägte Müdigkeit, Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit - keine objektivierbaren Synovitiden und Tendovaginitiden

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. K.____ chronische Fersenschmerzen beidseits, chronische Knieschmerzen rechts und eine Migräne (Ziff. 2.6). In ihrer Diagnoseliste (Ziff. 2.5-6) führte sie

überdies die Ergebnisse diverser Bildgebungen an und legte die diesbezüglichen Berichte ihrem Bericht bei; so die Berichte betreffend die Magnetresonanztomographie (MRI) des linken Knies vom 20. November 2021 (Urk. 11/164/16), das MRI der HWS vom 4. November 2022 (Urk. 11/164/17), das MRI des rechten Kniegelenks vom 18. Januar 2023 (Urk. 11/164/18), das MRI der Lendenwirbelsäule (LWS) /des Iliosakralgelenks (ISG) /des Sacrums vom 18. Januar 2023 (Urk. 11/164/19), die 2-Phasen Skelettszintigraphie vom 24. Juli 2023 (Urk. 11/164/15), den Ultraschall des Abdomens vom 31. Juli 2023 (Urk. 11/164/13) sowie das Röntgen des Thorax/der Rippen vom 31.

Juli 2023 (Urk. 11/164/14). Zur Arbeitsfähigkeit führte sie aus, eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei

der Beschwerdeführerin sechs Stunden pro Tag zumutbar (Ziff. 4.2). Für Aufgaben im Haushalt bestehe keine Einschränkung (Ziff. 4.5). 5. 6

Am

5. Februar 2024 erstattete n

die Gutachter der E.____

ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/177), dies basierend auf den Vorakten (S. 77 ff.) sowie den am 4. und 5. Dezember 2023 durchgeführten rheumatologischen (S. 21 ff.), neurologischen (S. 40 ff.), allgemein - internistischen (S. 50 ff.) und psychiatrischen (S. 61 ff.) Untersuchungen samt Zusatzdiagnostik (vgl. S. 2 Ziff. 2.1-2; vgl. auch Urk. 11/178).

Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 11 f. Ziff. 4.3.1): - chronifiziertes multilokuläres muskuloskelettales Schmerzsyndrom im Sinne eines Chronic Wide Spread Pain Syndrome (Fibromyalgie; ICD-10 M79.70), aktuell vor allem lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links, zervikobrachiales Schmerzsyndrom rechts und Epicondylopathia

humeri

radialis rechts, keine Hinweise für entzündliche rheumatische Systemerkrankung - leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie unter anderem eine emotional instabile Persönlichkeitsakzentuierung mit schizotypen Anteilen sowie einen chronischen Spannungskopfschmerz ohne Hinweise für eine sekundäre Kopfschmerzursache (S. 13 Ziff. 4.3.2).

Die Gutachter führten aus, aus interdisziplinärer Sicht ergäben sich im Vergleich zum polydisziplinären Vorgutachten der D.____ keine relevanten neuen diagnostischen Gesichtspunkte. Aus allgemein-internistischer und neurologischer Sicht würden keine neuen Diagnosen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gestellt. Aus rheumatologischer Sicht besteht unverändert ein chronifiziertes multilokuläres muskuloskelettales Schmerzsyndrom im Sinne eines

Chronic Wide Spread Pain Syndrome (Fibromyalgie). Aufgrund der muskulären Dekonditionierung und der in der Bildgebung nachgewiesenen geringgradigen bis höchstens moderaten degenerativen Veränderungen der HWS und LWS werde eine geschätzt 20%ige Minderung der Arbeitsfähigkeit im Haushalt und in leidensangepassten Tätigkeiten bescheinigt. Schwere kraftanfordernde Arbeiten mit der rechten oberen Extremität, das Heben/Tragen schwerer Lasten von mehr als 10 bis 12.5 kg, Wirbelsäulenzwangshaltungen sowie repetitive Wirbelsäulenflexionen/-extensionen und insbesondere -torsionen seien zu vermeiden. Monoton repetitive Belastungen des rechten Vorderarms /der rechten Hand seien infolge der Epicondylopathia

humeri

radialis rechts ungünstig. Die aktuell leicht von den Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit in den Vorgutachten aus den Jahren 2014 und 2016 abweichende

Einschätzung der Arbeitsfähigkeit entspreche aus aktueller rheumatologischer Sicht einer anderen Beurteilung desselben Sachverhalts. Aus psychiatrischer Sicht führe die leichte depressive Episode gemäss Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen (Mini-ICF-APP) zu einer leichten Beeinträchtigung der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit sowie der Selbstbehauptungsfähigkeit. Es werde von einer um 10 % geminderten Leistungsfähigkeit bei vollschichtigem Arbeitspensum in jeglichen beruflichen Tätigkeiten ausgegangen, retrospektiv seit 1. Januar 2022 (S. 11 Ziff. 4.3).

Aus interdisziplinärer Sicht werde die Arbeitsfähigkeit im Haushalt, in den von der Beschwerdeführerin früher ausgeübten Tätigkeiten sowie in leidensangepassten Tätigkeiten aktuell und retrospektiv seit 1. Januar 2022 mit 70 % beurteilt (S. 13 Ziff. 4.5, S. 14 Ziff. 4.6-7). Leidensangepasst seien Tätigkeiten entsprechend dem aus rheumatologischer Sicht definierten Belastungsprofil und aus psychiatrischer Sicht gut strukturierte Tätigkeiten ohne besonderen Zeitdruck und ohne erhöhte Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit (S. 14 Ziff. 4.7). 5. 7

RAD-Arzt Dr. med. L.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, schlussfolgerte in seiner Stellungnahme vom 7. Februar 2024 (Urk. 11/181 S. 5-7), auf das Gutachten der E.____ könne abgestellt werden (S. 7 Mitte). Zusammenfassend ergebe sich aus allgemein-internistischer, neurologischer und

rheumatologischer Sicht keine relevante Änderung des Gesundheitszustands seit der Verfügung vom 4. Mai 2017. Die ab dem 1. Januar 2022 durch den behandelnden Psychiater attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit sei aus gutachterlicher Sicht nicht nachvollziehbar bei sich ändernden, nicht begründeten Diagnosen im Verlauf

(S.

7 oben). 5 . 8

Auf Ersuchen des Sohnes der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 11/192/7) erstattete Dr. I.____ (vorstehend E. 5.2) am 22. April 2024 eine Stellungnahme (Urk. 11/192 /1-6).

Darin kritisierte er im Wesentlichen, dass das psychiatrische Teilgutachten der E.____ die Migrations- und transkulturellen Hintergründe nicht ausreichend berücksichtige. Ferner bemängelte er, dass es an einer detaillierten

Familien- und Sozialanamnese, einer Erfassung der Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens und der Einschränkungen der Partizipation in verschiedenen Lebensbereichen fehle. Es sei auch nicht auf die Beziehungsanamnese oder die Konflikte mit der Kernfamilie eingegangen worden (S. 1 f. Ziff. 1). Weiter sei hinsichtlich der Hintergründe der von der Beschwerdeführerin unternommenen Reise in den Z.____ vom 25. Mai bis 8. Juni 2023 von falschen Annahmen ausgegangen worden; es habe sich um eine belastende Reise aufgrund eines Todesfalles in der Familie gehandelt (S. 2 f. Ziff. 2). Sodann begründete er, weshalb er an den gestellten Diagnosen gemäss seinem Bericht vom 2. Juni 2023 (vorstehend E. 5.4) festhalte (S. 3 f. Ziff. 3). Unter Verweis auf die nach Mini-ICF-APP weiterhin beeinträchtigten Fähigkeiten bezifferte er die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin als Hausfrau auf mindestens 50 % (S.

4 unten, S. 5 oben). 5 . 9

M.____, Arzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 22. April 2024 (Urk. 11/194), er kenne die Beschwerdeführerin seit 2018 und könne bestätigen, dass sie in all den Jahren wegen einer chronifizierten mittelschweren Depression in fachärztlicher psychiatrischer Behandlung gewesen sei. Von psychiatrischer Seite sei ihr in der langen Zeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Mit Blick auf die gutachterlich attestierte (lediglich) 10%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht regte Dr. M.____ an, die psychiatrische Arbeitsfähigkeit neu zu beurteilen. 5 . 10

RAD -Arzt Dr. L.____ (vorstehend E.

E. 14

unten, Urk. 11/177 S. 31 dritter Abschnitt).

Zur Arbeitsfähigkeit hielt er

schliesslich fest, dass sich auch aus aktuell gutachterlicher Sicht keine objektifizierbaren Pathologien ergäben, welche zu einer relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Haushalt führten. Eine Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit bestehe im Haushalt einzig hinsichtlich körperlich schwerer Haushaltarbeiten. Die volle Inanspruchnahme einer Unterstützung durch die Familienangehörigen sei aus rheumatologischer Sicht nicht nachvollziehbar und nicht erklärbar (Urk. 11/177 S. 31 unten, S. 35 unten). Soweit er – in Abweichung zur im orthopädischen Teilgutachten der D.____

attestierten uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit im Haushalt sowie in einer ideal angepassten Verweistätigkeit (vgl. Urk. 11/122 S. 46 oben)

– von einer um etwa 20 % eingeschränkten Arbeitsfähigkeit im Haushalt sowie in körperlich leidensangepassten Tätigkeiten ausging, dies aufgrund der muskulären Dekonditionierung und der in der aktuellen und vorgängigen Bildgebung festgestellten

geringgradigen bis höchstens moderaten degenerativen Veränderungen

der LWS und der HWS (Urk. 11/177 S. 9 unten, Urk. 11/177 S.

35 f. Ziff. 8.1-2), wies er explizit darauf hin, dass es sich hierbei um eine

andere Beurteilung desselben Sachverhalts

handle

(Urk. 11/177 S. 36 f. Ziff. 3, Ziff.

5). Eine solche ist im revisionsrechtlichen Kontext indes unbeachtlich (vgl. vorstehend E. 1.4).

Entscheidend relevant ist vielmehr, dass gestützt auf die nachvollziehbaren Feststellungen im rheumatologischen Teilgutachten nicht von einer massgeblich veränderten Befundlage auszugehen ist.

E. 17

Juli 2024 wird der Beschwerdeführer in die unentgeltliche Prozessführung gewährt,

und erkennt

sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen.

Die Beschwerdeführer in wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss §

16 Abs. 4 GSVG hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Y.____ - 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 Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
Grieder-Martens Barblan

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