

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00478 vom 23. Dezember 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-12-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2024.00478](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00478)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00478 du 23 décembre 2025

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00478 del 23 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. Nach den allgemeinen Grundsätzen des materiellen intertemporalen Rechts sind bei der Rechtsänderung in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtsätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen. In Anwendung dieses intertemporalrechtlichen Hauptsatzes ist bei einem dauerhaften Sachverhalt, der teilweise vor und teilweise nach dem Inkrafttreten der neuen Gesetzgebung eingetreten ist, der Anspruch auf eine Invalidenrente für die erste Periode nach den altrechtlichen Bestimmungen und für die zweite Periode nach den neuen Normen zu prüfen (BGE 150 V 323 E. 4; Urteil des Bundesgerichts 8C\_23/2025 vom 1. Juli 2025 E. 3.2).

Aufgrund der Anmeldung im Juni 2019 fiel vorbehaltlich des Ablaufs des Wartejahres ( Art. 28 Abs. 2 lit . b IVG) ein Beginn des Rentenanspruchs ab Januar 2020 in Betracht ( Art. 29 Abs. 1 u. 3 IVG). Da die Beschwerdeführerin beschwerdeweise erst ab 1.

Januar 2022 eine Rente beantragt, rechtfertigt es sich, auf die ab dann in Kraft stehenden Bestimmungen

des IVG abzustellen, weswegen diese nachfolgend in der ab dann geltenden Fassung zitiert und

( soweit erforderlich ) mit Hinweisen zur früheren Rechtslage sowie den seither hinzugeetretenen Änderungen ergänzt werden .

### E. 1.2

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

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

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

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

Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1 bis und 1 ter nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1 bis IVG). Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50-69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad unter 50 % gelten die in Art. 28b Abs. 4 IVG genannten prozentualen Anteile zwischen 25 und 47.5 % an einer ganzen Rente (Abs. 4). Ein rentenbegründender Mindestinvaliditätsgrad von 40 % galt dabei bereits unter der bisherigen Rechtslage ( Art. 28 Abs. 2 IVG in der bis 31. Dezember 2021 geltenden Fassung ).

### **E. 1.3**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG

( wie bisher) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichenen Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

Per 1. Januar 2022 wurde die Festsetzung der Vergleichseinkommen sodann in Art. 25 bis 26 bis IVV geregelt und per 1. Januar 2024 nochmals angepasst, wobei der Verordnungsgeber weitestgehend die bis herige Rechtsprechung des Bundesgerichts kodifizierte. Auf Einzelheiten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der konkreten Invaliditätsbemessung eingegangen. 2.

### **E. 2**

vom Z.\_\_\_\_

(nachfolgend: Z. \_\_\_\_ ) erstattet wurde (Urk. 7/100-10

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdeführerin hielt

dafür, ihr Verhalten sei vom begutachtenden Psychiater eingehend und kritisch gewürdigt und bei der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit angemessen berücksichtigt worden. Eine neurologische Problematik sei im Verlaufsgutachten

nochmals bestätigt worden. Folglich sei auf die in den Z.\_\_\_\_ -Gutachten festgelegten Arbeitsfähigkeiten abzustellen (Urk. 1 Ziff. 5). Das Valideneinkommen sei unter Berücksichtigung ihrer

Nebenverdienste auf Fr.

60'413.-- festzusetzen. Beim Invalideneinkommen sei zu beachten, dass während der Präsenzzeit von 6 Stunden pro Tag nur eine Leistungsfähigkeit von 80 % bestehe, womit ihre Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit bloss 57.55

% (= 5 x

## **E. 2.2**

Die Beschwerdegegnerin erwog indessen, die psychiatrischen Einschränkungen seien nicht konsistent. Die Beschwerdeführerin schöpfe die therapeutischen Möglichkeiten nicht aus und nehme die Medikamente nicht regelmässig ein. Zudem lägen psychosoziale Belastungen, vorab eine finanziell schwierige Situation, vor. Die gutachterlich empfohlenen Massnahmen seien nicht umgesetzt worden. Eine genaue Exploration der täglichen Aktivitäten sei nicht möglich gewesen. Zusätzlich werde ein sekundärer Krankheitsgewinn vermutet. Es könne daher nur die somatische Arbeitsunfähigkeit von 20 % berücksichtigt werden (Urk.

## **E. 5**

). Das Gutachten legte die IV-Stelle dem regionalen ärztlichen Dienst (RAD) zur Prüfung vor (Urk. 7/109/11-14). Anschliessend

kündigte sie der Versicherten mit Vorbescheid vom 10. März 2022 die Verneinung eines Anspruchs auf Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 7/110), wogegen diese

Einwand erhob und eine gesundheitliche Verschlechterung geltend machte

(Urk. 7/116).

Gleichzeitig begann die Versicherte eine ambulante Psychotherapie (Urk. 7/123, vorab S. 2) und liess sich vom 11. Mai bis 3. Juni 2022 auch stationär in der Klinik A.\_\_\_\_ B.\_\_\_\_ behandeln (Urk. 7/134; Urk. 7/137).

## **E. 5.1**

Die Beschwerdegegnerin verneinte indessen die (sozialversicherungs-)rechtliche Relevanz der vom begutachtenden Psychiater attestierten Arbeitsunfähigkeit von 40%. Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt zunächst 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 objektiven 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. 6**

Ziff. 4; Urk. 2/1) . 3. 3.1

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung des Z.\_\_\_\_ - Gutachtens vom 26.

Januar 2022 wurde ausgeführt, gemäss den Akten sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Buchbinderin vor allem eine gehende und stehende, selten auch sitzende Arbeit mit Heben

und Tragen von Lasten bis 10 kg, selten bis 25 kg. Um dem somatischen Beschwerdekern bei bildgebend degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule (LWS) und bei einem Zustand nach LWS-Eingriff Rechnung zu tragen, wäre es sinnvoll, das Tätigkeitsprofil anzupassen mit vermehrt auch sitzenden Arbeitsphasen und keinen Lasten über 10 kg. Nach eingehender Konsensbesprechung komme man zum Schluss, dass die ange stammte Tätigkeit als Stanzerin seit dem Jahr 2019 nicht mehr möglich sei ( Urk. 7/105/12 f. ).

A aufgrund des Lumbovertebralsyndroms mit Lumboischialgie rechts und des Zervikalsyndroms mit Zervikobrachialgie links sollten keine rein stehenden oder gehenden Tätigkeiten, keine knienden Tätigkeiten und keine Überkopftätigkeiten durchgeführt werden. Leichte körperliche, rückenadaptierte Tätigkeiten sowie organisatorische, administrative Tätigkeiten könnten jedoch ganztags durchgeführt werden. Dabei sei infolge der Schmerzsymptomatik von einem erhöhten Pausenbedarf von 20 % auszugehen. Zusätzlich sei während einer Migräne attacke, welche anamnestisch aktuell ein- bis zweimal pro Woche auftrete und zwei Stunden dauere, von einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Der lumbale Rückeneingriff sei am 25. Februar 2019, die Wundrevision ca. einen Monat später erfolgt. Postoperativ sei von einer sechsmonatigen vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. In einer ideal adaptierten Tätigkeit bestehe [somit] ab Oktober 2019 eine Einschränkung von 20 % bezogen auf ein vollschichtiges Arbeitsvolumen (vgl. Urk. 7/105/13 ). 3.2

An dieser Einschätzung der bisherigen Leiden hielten die Gutachter des Z.\_\_\_\_ auch in der Konsensbeurteilung des

Verlaufsgutachten s vom 18. März 2024 fest und berücksichtigten alsdann zusätzliche Einschränkungen aufgrund inzwischen neu hinzugetretener Leiden . Konkret führten sie aus, die Beschwerdeführerin sei bereits im Gutachten vom 26.

Januar 2022 in der angestammten Tätigkeit als arbeitsunfähig erachtet worden

(Urk.

7/159/14). In einer ideal adaptierten Tätigkeit bestehe seit dem Jahr 2022 gesamtmedizinisch eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % ( Urk. 7/159/15).

A aufgrund der bildgebend feststellbaren degenerativen LWS- Veränderungen und dem Zustand nach LWS-Eingriff sei aus orthopädischer Sicht abermals anzuraten, das Tätigkeitsprofil anzupassen mit vermehrt auch sitzenden Arbeitsphasen und ohne Lasten über 10

kg. Dieses Arbeitsprofil sei medizinisch-theoretisch spätestens sechs Monate nach dem LWS-Eingriff vom 25.

Februar 2019 vollschichtig zumutbar

( Urk. 7/159/14) .

Aus neurologischer Sicht seien keine schweren körperlichen Tätigkeiten oder Überkopftätigkeiten mehr durchführbar . Leichte, rückenadaptierte Tätigkeiten seien möglich. Aufgrund der [seit ca. zwei Jahren bestehenden, vgl. Urk. 7/159/99 Mitte] Schwindelsymptomatik mit Gangunsicherheit seien Arbeiten auf Leitern und Gerüsten bzw. mit Absturzgefahr zu vermeiden. Für die Zeit der Migräneattacken , welche anamnestisch viermal pro Woche zu unterschiedlichen Zeiten auftreten und ein bis zwei Stunden dauern würden , bestehe eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit. In einer

adaptierten Tätigkeit bestehe aufgrund der Schmerzsymptomatik

ein erhöhter Pausenbedarf und somit weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % bezogen auf ein vollschichtiges Arbeitsvolumen (Urk. 7/159/14 f.). Infolge der Depression und der Schmerzstörung komme es zudem zu einer erhöhten Ermüdbarkeit. Der vermehrte Erholungsbedarf führe zu einer Reduktion der Arbeitsfähigkeit von 40 %. Es bestehe eine leichtgradige Leistungseinschränkung. Von dieser Arbeitsfähigkeit könne seit dem Jahr 2022 ausgegangen werden, d.h. seit fachärztlich [erhobene] psychiatrische Befunde vorlägen. Man sehe keine Teiladditivität [der in den einzelnen Fachgebieten attestierten] Arbeitsunfähigkeiten, da die aus psychiatrischer Sicht festgehaltene Einschränkung die Schmerzproblematik gebührend berücksichtige (Urk. 7/159/15). 4. 4.1

Die Beschwerdeführer in

bemängeln

die interdisziplinär beurteilte Gesamtarbeitsfähigkeit, die ihres Erachtens 57,55 % statt 60 %

betragen müsste. Wie sich aus dem psychiatrischen Teilgutachten

ergibt, beträgt die zumutbare Präsenzzeit sechs Stunden pro Tag, entsprechend

einem Teilzeitpensum von 70

% bezogen auf eine reguläre 42 - Stunden - Woche. Infolge der zusätzlich bestehenden,

leichtgradigen Leistungseinschränkung attestierte der begutachtende Psychiater

jedoch eine Arbeitsfähigkeit von nur 60

%

(vgl. Urk. 6/159/59). Diese berücksichtigt also auch das verminderte Rendement und entspricht der (interdisziplinär festgelegten bzw. als führend beurteilten

psychiatrischen) Arbeitsunfähigkeit von 40 % gemäss Konsensbeurteilung (vgl. E. 3. 2).

4.2

Daran ändert der schmerzbedingt erhöhte Pausenbedarf aus neurologischer Sicht nichts, wurde dieser doch explizit mit Bezug auf ein Vollzeitpensum auf 20 %

geschätzt. Es leuchtet ein, dass die Leistungsfähigkeit aus neurologischer Sicht

in einem Teilzeitpensum etwas höher

ist und deshalb auch die neurologisch bedingte

Leistungsminderung mit der bereits aus psychiatrischer Sicht berücksichtigten Einschränkung von rund 14 % während der zumutbaren Präsenzzeit von 70 %

( $60 = 70 \times [1 - 0.143]$ ) hinreichend berücksichtigt ist. Die interdisziplinär gezogene Schlussfolgerung, sämtliche Schmerzen seien mit der psychiatrischen

Einschränkung (im Sinne eines reduzierten Arbeitspensum von 70 %

mit einem Rendement von knapp 86 %) ausreichend berücksichtigt, ist somit überzeugend und stellt keinen Widerspruch zum psychiatrischen oder neurologischen Teilgutachten dar.

5.

## E. 6.1

Die psychiatrische Begutachtung wurde in Auftrag gegeben, nachdem die Beschwerdeführerin am 29. März 2022 (also nach Zustellung des negativen Vorbescheids vom 10. März 2022, Urk. 7/110) eine ambulante psychiatrische Behandlung im C.\_\_\_\_ begonnen hatte (Urk. 7/123/2) und vom 11. Mai bis 3. Juni 2022 in der Klinik A.\_\_\_\_ B.\_\_\_\_ stationär psychiatrisch behandelt worden war (Urk. 7/134).

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 11. März 2024

wurde

ausgeführt, die diagnostischen ICD-10- Kriterien einer mittelgradigen depressiven Episode (gekennzeichnet durch depressive Verstimmung mit verminderter Freude, Interessensverlust, Schlafstörungen, erhöhter Ermüdbarkeit und Konzentrationsstörungen sowie durch verminderte Selbstwert mit Insuffizienz- und Schuldge danken) seien erfüllt und ebenso diejenigen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

(gekennzeichnet durch ausgeweitete Schmerzen im Bewegungsapparat) bei deutlicher Überzeugung, wegen der Schmerzen nicht mehr arbeiten zu können. Die Depression sei rezidivierend mit auch erfolgter stationärer Behandlung und habe sich vor dem Hintergrund einer somatischen Problematik mit Kopf- und Rückenschmerzen sowie operativen Eingriffen manifestiert. Die Beschwerdeführerin zeige zwar ein etwas demonstratives Verhalten mit nach aussen gerichteter Beschwerdedarstellung, die sonst normal verlaufene Sozialisation mit früher voller Leistungsfähigkeit spreche bei im Querschnittsbefund sonst wenig auffälligen Persönlichkeitsmerkmalen [aber] gegen eine Persönlichkeitsstörung (vgl. Urk. 7/159/55 f.).

Der begutachtende Psychiater stellte weiter fest, dass die Beschwerdeführerin angebe, ihr sei nichts mehr möglich im Haushalt und sie könne nicht mehr arbeiten.

Sie habe eine deutlich nach aussen gerichtete Beschwerdedarstellung gezeigt. Eine bewusstseinsferne Verdeutlichung bestehe sicher. Ein bewusstseinsnahes, aggravatorisches Verhalten sei zumindest teilweise möglich. So sei ihr Blutdruck bei der internistischen Untersuchung mit 130/70 mmHg gut eingestellt gewesen und sie habe einen regelmässigen Puls gehabt. Indes habe sie in der Exploration angegeben, ihr Blutdruck sei ca. 160/100 mmHg und sie leide unter Herzrasen (vgl. Urk. 7/159/49). Es bestünden zudem Verhaltensfaktoren und psychosoziale Belastungen, die krankheitsfremd seien. Belastend sei neben der chronischen gesundheitlichen Problematik die nicht einfache finanzielle Situation mit auch finanzieller Abhängigkeit vom Ehemann. Die Beschwerdeführerin könne sich zudem (bei ausgeprägter Krankheits- und Behinderungsüberzeugung) nicht vorstellen, auch mit Beschwerden zu arbeiten. Sie verhalte sich diesen gegenüber passiv und erwarte von der Umgebung Hilfe. Es werde ihr auch praktisch alles abgenommen, so dass ein sekundärer Krankheitsgewinn entstehe und regressives Verhalten verstärkt werde. Mittlerweile sei sie deconditioniert. Saroten, das sich günstig auf die Schmerzen und Schlafstörungen auswirken könnte, nehme sie nicht ein. Die angedachte stationäre Rehabilitation sei zu empfehlen. Ebenso könne der Besuch einer Tagesklinik sinnvoll sein. Die therapeutischen Möglichkeiten seien nicht ausgeschöpft. Eine anhaltende höhergradige Arbeitsunfähigkeit könne somit nicht begründet werden (vgl. Urk. 7/159/56 f.).

## E. 6.2

Der RAD-Arzt dipl. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychotherapie und Psychiatrie sowie Neurologie, hielt am 22. März 2024 zum jüngsten Z.\_\_\_\_-Gutachten fest, die Beschwerdeführerin leide unter einer komplexen psychosomatischen Gesundheitsstörung. Die bisherigen Behandlungen seien weitgehend lege artis erfolgt, jedoch sei die Therapie-Adhärenz der Beschwerdeführerin in Frage zu stellen. Es bestünden sowohl körperliche wie auch psychische funktionelle Leistungseinschränkungen, eine Tendenz zu Regression und eine Beschwerdeverdeutlichung. Zur Frage, ob sich der Gesundheitszustand noch wesentlich ändern könne, hob er hervor, dass neben der Verdeutlichung der körperlichen und psychischen Beschwerden ein sekundärer Krankheitsgewinn anzunehmen sei und trotz ausgeprägter Beschwerdepräsentation die verordneten Medikamente nicht ausreichend eingenommen würden (vgl. Urk. 7/165/7).

Er gewichtete die se Aspekte nicht selbst, erachtete das Gutachten

aber insgesamt als nachvollziehbar und in den medizinischen Schlussfolgerungen plausibel (vgl. Urk. 7/165/6).

Am 26. April 2023 hatte derselbe RAD-Arzt

betont, dass die geplante Rehabilitation nicht durchgeführt worden und davon auszugehen sei, die Begutachtung wäre durch das Fachgebiet der Psychiatrie ergänzt worden, wäre die Beschwerdeführerin seinerzeit affektiv auffällig gewesen (vgl. Urk. 7/165/4).

Der RAD-Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hatte ihm die Sache damals zur

fachärztlichen Beurteilung überwiesen, da er eine relevante psychische Beeinträchtigung bezweifelte. So hatte er am 5. Dezember 2022 hervorgehoben, dass die Erstkonsultation unmittelbar nach Vorlage des Rentenbescheids erfolgt sei, eine diskutierte stationäre Rehabilitation nie veranlasst worden sei und die ambulante Behandlung mit ein bis zwei Konsultationen im Monat und einer Medikation mit Baldrian und 75 mg Saroten zur angegebenen vollständig invalidisierenden Störung nicht adäquat sei. Darüber hinaus fänden sich weder in den neurologischen/neurochirurgischen Berichten noch dem neurologischen Gutachten Hinweise auf eine organische, affektive Störung. Es lägen auch keine Berichte über eine frühere psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung vor, die eine rezidivierende depressive Störung bestätigen könnte. Der Bericht des C.\_\_\_\_/F.\_\_\_\_ stelle auf die subjektiven Angaben ab, ohne diese zu validieren (vgl. Urk. 7/165/4).

### **E. 6.3**

Es ist vorab zur diagnostischen Einordnung

festzuhalten, dass die Behandler im Austrittsbericht der Klinik A.\_\_\_\_ B.\_\_\_\_ vom 11. Juni 2022 (Urk. 7/137/1) sowie im Bericht des C.\_\_\_\_ vom 1. November 2022 (Urk. 7/123/8) ebenfalls eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, diagnostizierten. Soweit sie diese auf die Leukenzephalopathie und das Arnold-Chiari 1-Syndrom zurückführten, erläuterte der begutachtende

Psychiater nachvollziehbar, dass ohne den Nachweis einer organischen Ätiologie in den entsprechenden Fachrichtungen keine psychoorganische Störung diagnostiziert werden könne und überdies ohnehin dieselben Kriterien gelten würden (vgl. Urk. 7/159/53).

Besagte somatische Befunde

wurden denn auch weit vor dem Jahr 2022 bekannt (vgl. Urk.

7/74/14) und sind soweit stabil (vgl. Urk. 7/159/100).

Mit Blick auf die

einheitlich postulierte « rezidivierende » depressive Störung bleibt anzumerken, dass früher eine depressive Episode bei fehlender (oder zumindest nicht dokumentierter, vgl. Urk.

7/137/2)

Therapie nicht nachgewiesen sind. Hierfür kann es

nicht genügen, dass die Beschwerdeführerin auf den Neurochirurgen niedergeschlagen und antriebsvermindert wirkte (vgl. Urk.

7/18/2) oder (bei feinen Narben an den Unterarmen) über einen Suizidversuch im Jahr 2017 berichtet wurde, der weder eine Versorgung im Spital erforderte (vgl. Urk. 7/159/44 oben) noch einen

längeren Arbeitsausfall bewirkte (vgl. Urk. 7/39/19)

noch von der damaligen Hausärztin erwähnt wurde

(vgl. Urk.

7/74).

Schliesslich fällt auf, dass die Behandler weder eine Schmerzstörung noch eine Beschwerdeverdeutlichung thematisierten. Aufgrund der

Z.\_\_\_\_ - Gutachten

bestehen jedoch keine Zweifel daran, dass die somatischen Befunde allein das Schmerzgebaren nicht zu erklären vermögen.

#### **E. 6.4**

Hervorzuheben ist alsdann,

dass der begutachtende Psychiater bereits bei der Befunderhebung auf eine nicht authentische Beschwerdeschilderung hinwies. So gab er an, dass die Beschwerdeführerin habe [in der Exploration vom 11. März 2024 von 8.30 bis 9.42 Uhr, Urk. 7/159/40] einen wechselnden, eher verminderten Appetit angegeben,

hab aber

zugenommen. Etwas inkonsistent hätten sich auch die

Konzentrationsstörungen gezeigt; so habe sie etwa Alter / Jahrgänge ihrer Kinder gut, die berufliche Karriere indes nicht gut angeben können und sei schlecht über ihre Medikation orientiert gewesen.

Das Gespräch habe trotz der Beschwerden durchgeführt und die Anamnese erhoben werden können. Dabei sei die Beschwerdeführerin stets gleich konzentriert gewesen und habe am Schluss nicht müder als zu Beginn des Gesprächs gewirkt (vgl. Urk. 7/159/55 f.).

Dabei betonte die Beschwerdeführerin

im Gespräch ihre Schmerzen und ihre Vergesslichkeit, was auf den Gutachter demonstrativ wirkte (vgl. Urk. 7/159/51).

Recht wenig ergiebig war gemäss begutachtendem Psychiater auch die Exploration der täglichen Aktivitäten. Die Beschwerdeführerin habe betont, gar nichts mehr machen zu können, überall auf den Ehemann und den zuhause wohnenden Sohn angewiesen zu sein ( dazu Urk. 7/159/47 f.: hilft nichts im Haushalt, kauft nicht ein, wird bei der Körperpflege unterstützt, schaut kein Fernsehen, hat keine Kolleginnen, bekommt keinen Besuch [erträgt selbst Familienangehörige

kaum ], kann allein keine öffentlichen Verkehrsmittel benützen und lässt sich überall vom Ehemann mit dem Auto hinfahren; arbeitet der Ehemann, warte sie einfach zuhause ).

Der Ehemann habe sie gar am Arm führen müssen; sie sei « demonstrativ » sitzen geblieben und habe gewartet, bis er sie im Zimmer geholt habe. Dabei habe sie wie bei der Ankunft in der Praxis

einen deutlich verlangsamten Gang gezeigt, der nach der Untersuchung vom Fenster aus beobachtet wesentlich weniger verlangsamt gewesen sei. Im Wartezimmer sei sie

auch ruhig neben dem Ehemann gesessen, im Untersuchungszimmer indes psychomotorisch angespannt gewesen, habe sich leicht hin und her bewegt, die Beine gerieben und die Augen zusammengekniffen. Immerhin sei sie in einer stationären Behandlung gewesen, während der man sie sicher nicht ständig am Arm führen können. Trotz

subjektiv starker Beschwerden mit Schmerzen und Schlafstörungen nehme sie

das Antidepressivum Saroten nicht regelmässig ein, wie aus dem nicht nachweisbaren Medikamentenspiegel zu schliessen sei. Auch habe sie keine Schmerzmittel für die

neurologische Begutachtung am Nachmittag dabei gehabt, obwohl vor der besagten Untersuchung keine Möglichkeit bestanden

habe,

nachhause gehen zu können

(vgl. Urk. 7/159/54 ; Urk. 7/159/49 f.).

## **E. 6.5**

Im Vergleich dazu hatte die Beschwerdeführerin in der neurologischen Begutachtung vom 22. Dezember 2021 noch angegeben, sie könne an guten Tagen einkaufen und in der Wohnung leichte Sachen erledigen. Manchmal koche sie und lese in Zeitschriften oder auf dem Handy (vgl. Urk. 7/99/16).

Zu Beginn des stationären Aufenthalts im Mai 2022 zeigte sie sich zwar zurückgezogen, mit Kopfschmerzen und wenig aktiv. Im Verlauf imponierte sie jedoch etwas stabiler und zunehmend motivierter. Sie konnte Ziele für den Aufenthalt definieren und war sehr engagiert, diese zu erreichen. Im weiteren Prozess zeigte sie sich selbstbewusster bezüglich eigener Bedürfnisse, Selbstfürsorge und Auseinandersetzung mit der physischen und psychischen Beweglichkeit. Sie berichtete über eine Verbesserung von Stimmung und Antrieb, zeigte sich positiv eingestellt /

optimistisch; ihre Zukunftsängste waren regredient. Sie wurde nach nur drei Wochen im gegenseitigen Einvernehmen entlassen (vgl. Urk. 7/137).

Noch im November 2022 berichteten die ambulanten Behandler, dass sich die Beschwerdeführerin wegen der Schmerzen [nur] alle zwei Tage ins Zimmer zurückziehe und Mühe mit dem Verstehen der Inhalte beim Lesen bzw. TV-Schauen bekunde, was die Ausübung dieser Tätigkeiten voraussetzt. Zudem konnte die Beschwerdeführerin damals noch kochen, Wäsche waschen sowie in der Nähe spazieren gehen (vgl. Urk. 7/123/7-9).

Es ist hervorzuheben, dass dabei weder der behandlungsanamnestisch ausgewiesene Leidensdruck (weder verordnete noch vorgeschlagene Therapien wurden umgesetzt) noch die Befunde anlässlich der zweiten polydisziplinären Z. \_\_\_\_ - Begutachtung auf eine gesundheitliche (somatische oder psychische) Verschlechterung seit Beginn der psychiatrischen Behandlung schliessen lassen. 6. 6

In den übrigen Teilgutachten fanden sich überdies weitere Inkonsistenzen. In der orthopädischen Begutachtung

wurde ne in äusserst verlangsamtes Gangbild mit Abstützen am Ehemann oder an Möbeln sowie

ein leichte s Schonhinken rechts beobachtet. Weiter konnte eine Schulterbeweglichkeit links beim Aus- und Anziehen beobachtet werden.

Das Hinlegen und Erheben von der Untersuchungs liege erfolgte enorm umständlich mit Stöhnen, Schmerzangabe und völlig unbeholfen, aber nicht « en bloc » bzw. nicht typisch rückenadaptiert. Klinisch waren an den Extremitäten weder

Muskelatrophien/ -asymmetrien noch eine seitenungleiche Beschwiellung an Händen oder Füssen feststellbar. Dennoch gab

die Beschwerdeführerin beim Untersuchen der linken oberen und der rechten unteren Extremität erhebliche schmerzbedingte Einschränkungen an und klagte bei Untersuchung der Wirbelsäule über diffuse, nicht zuordenbare Druckdolenzen (vgl. Urk. 7/159/70-72). Zudem machte sie geltend, sie könne

nur knapp 200 bis 300 m gehen und 10 Minuten sitzen, bewältigte aber eine Anfahrt zur Begutachtung von 90 Minuten im Auto (vgl. Urk. 7/159/67).

Der Gutachter

schlussfolgerte, die Beschwerdeführerin leide an

zunehmenden Ganzkörperschmerzen, die eine orthopädische Untersuchung erschweren bzw. verunmöglichen würden. Sie müsse sich ständig abstützen, müsse weinen, könne kaum berührt werden und gebe bei praktisch sämtlichen Untersuchungsschritten Schmerzen an, die [aber] äusserst diffus wiedergegeben würden. Aufgrund der bildgebend feststellbaren Veränderungen an HWS und LWS sei [nur] von einer gewissen verminderten Belastbarkeit des Achsenskeletts auszugehen (vgl. Urk. 7/159/75). Bereits im Vorgutachten hatte er eine ausführliche Konsistenzprüfung vorgenommen – mit 5 von 5 positiven Waddellzeichen (Urk. 7/103/15 f.).

Ebenso wurde in der neurologischen Begutachtung mehrere klinische Befunde als organisch nicht nachvollziehbar und sehr wahrscheinlich funktionell überlagert beurteilt (vgl. Urk. 7/159/99 und 7/159/101).

Nicht einordnen bar war etwa die [neu] geklagte Schwindelsymptomatik ; sie wurde als unsystematisch und von unklarer Ätiologie beurteilt (vgl. Urk.

7/159/102). Nicht nachvollziehen konnte der begutachtende Neurologe auch die anamnestisch deutliche Zunahme der migräniformen Kopfschmerzsymptomatik. Er führte aus, in mehreren MR-Untersuchungen, zuletzt am 8. Februar 2024, habe sich keine signifikante Befunddynamik bei bekannter Chiari

Typ I - Konstellation und langstreckiger zervikaler Syringomyelie mit mikroangiopathischer Leukenzephalopathie gezeigt (vgl. Urk. 7/159/100). Der vorgeschlagene Analgetikaentzug bei auch Medikamentenübergebrauchskopfschmerzen sei nicht erfolgt . Zudem sei weiterhin unklar, inwiefern die Arnold-Chiari-Malformation für die seit 25 Jahren persistierende Kopfschmerzsymptomatik verantwortlich sei (vgl. Urk. 7/156/104). Dem ist anzufügen, dass in den Akten

bis zum Jahr 2018 keine relevanten Arbeitsunfähigkeiten dokumentiert sind (vgl. Urk. 7/3918 f. und Urk. 7/74/2) . 6. 7

In einer Zusammenschau der durchwegs

erheblichen Diskrepanzen zwischen bloss diffus

angegebenen , stets massivsten Beschwerden einerseits und kaum objektivierbaren Befunden und einer

fehlenden Beanspruchung von Therapien andererseits ist ein bewusstseinsnahes

Verhalten nicht nur – wie vom begutachtenden Psychiater konstatiert – «zumindest teilweise möglich» (vgl. E.

6.1) , sondern offensichtlich.

Hierfür spricht auch, dass die Beschwerdeführerin erst unmittelbar nach Erhalt des negativen Vorbescheids eine Psychotherapie aufnahm (vgl. E. 6.1) und in der zweiten Begutachtung jegliche Betätigung in Abrede stellte respektive ( bei fehlenden Hinweisen auf eine Demenzerkrankung oder Hirnverletzung )

nicht einmal mehr die Frage

beantworten konnte, ob sie jeweils vor oder nach dem Mittagessen aufstehe (vgl. E. 6.4 und 6.5) . Dass die mögliche Sitzdauer deutlich mehr als 10 Minuten betrug, widerlegte sie nicht nur mit der Anfahrt zur Begutachtung , sondern auch während der mehr als einstündigen psychiatrischen Exploration , nach der sie sogar noch demonstrativ sitzen blieb (vgl. E. 6.4) . Ganz anders verhielt sie sich in den somatischen Begutachtungen . In der minimalistischen internistischen

Untersuchung

musste sie sich hinlegen

( Urk. 7/159/34) und in der neurologischen Begutachtung hielt sie sich sogleich wegen Schwindels im Türrahmen fest (vgl. Urk.

7/159/86). Ausserhalb gezielter Untersuchungshandlungen

zeigte sie zudem deutlich geringere

Einschränkungen und wies auch keine den demonstrierten Einschränkungen entsprechende Muskela symmetrien auf

( z.B. infolge jahrelangen Schonhinkens ; etwa E. 6.6 ). Der blosse Verweis des begutachtenden Psychiaters auf die Angaben der Beschwerdeführerin zum Blutdruck und Puls greift somit klar zu kurz.

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

Vorliegend konnten in der psychiatrischen Exploration weder für die depressive Episode noch die Schmerzstörung ausgeprägte diagnoserelevante Befunde

objektiv erhoben werden (vgl. E.

6.4) . Von vorherein nicht aussagekräftig ist bei unzureichender Therapie-Adhärenz (vgl. E. 6.1 und 6.2) der Indikator Behandlungserfolg oder -resistenz. Immerhin ist

anzumerken, dass im Lauf der stationären Behandlung im Mai 2022

innert kurzer Zeit Fortschritte in Bezug auf Teilhabe , Selbstfürsorge und Auseinandersetzung mit den Beschwerden erzielt wurden (vgl. E. 6.5) .

Unter dem Aspekt der Komorbiditäten ist zu beachten, dass (zumindest im Gutachten) zusätzlich zur Depression eine Schmerzstörung diagnostiziert wurde, bei schmerzbedingt aber nur leichtgradiger Leistungseinschränkung (E. 3.2) . Eine Persönlichkeitsstörung wurde explizit verneint (vgl. E. 6.1) . Besonders auffällig ist der Komplex «Sozialer Kontext»: Bei der Beschwerdeführerin besteht

neben der ausgeprägten Krankheitsüberzeugung

ein zu vermutender erheblicher sekundärer Krankheitsgewinn, zumal sie nicht nur ein finanzielles Interesse an der Berentung hat, sondern ihr auch praktisch alles abgenommen wird (vgl. E. 6.4) .

Verwertbare Angaben zu den Einschränkungen in anderen Lebensbereichen macht sie keine, gleichzeitig lässt sich behandlungsanamnestisch ( weder für die psychischen Beschwerden, noch die Schmerzen oder das Kopfweg) ein wesentlicher Leidensdruck nachvollziehen (vgl. E. 6.4 und 6.6) .

Bei

insgesamt nur geringen objektiven Befunden , nicht authentischer Beschwerdeschilderung, fehlender Therapieadhärenz und im Vordergrund stehendem sekundärem

Krankheitsgewinn lassen sich im strukturierten Beweisverfahren keine psychischen funktionellen Auswirkungen bestätigen ; ein klares medizinisches Substrat ist aus dem psychiatrischen Teilgutachten nicht ersichtlich. 7. 7.1

Ein in invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden ist für den hier zu beurteilenden Zeitraum bis 2. Juli 2024 somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Damit hat die Beschwerdeführerin zu Recht einzig die im jüngsten Z. \_\_\_\_ -Gutachten festgestellten, somatisch bedingten Einschränkungen berücksichtigt und ist von einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 80

% in körperlich angepassten Tätigkeiten ausgegangen (vgl. E. 2.2) . 7.2

Außer die somatischen Leiden vermögen keinen Rentenanspruch zu begründen. Das gilt auch dann, wenn zugunsten der Beschwerdeführerin auf den – mit Bezug auf den hypothetischen Rentenbeginn Anfang

2020 aktuellsten , vor Erlass des angefochtenen Entscheids veröffentlichen – Tabellenlohn für Frauen in Hilfstätigkeiten gemäss Schweizerischer Lohnstrukturerhebung (LSE)

2020 , TA1\_tirage\_skill\_level, Kompetenzniveau 1, Zentralwert , und nicht auf den bezogen auf den beantragten Rentenbeginn ab Januar 2022 massgeblichen analogen Tabellenwert

abgestellt wird . Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Arbeitszeit im Jahr 2020 von 41.7 Stunden pro Woche ( vgl. Tabelle T03.02.03.01.04.01 , Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen , Total )

würde bei

einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 80

% ein Invalideneinkommen von Fr.

42'794.20 resultieren ( =

Fr.

$4'276 \cdot 40 \cdot 41.7 \cdot 12 \cdot 0.8$  ) . Dieses liegt leicht unter dem von der Beschwerdeführerin auf Basis der LSE 2018 berechneten Betrag (vgl. Urk.

7/108) . Stellt man besagtes Invalideneinkommen dem von der Beschwerdeführerin geltend gemachten

Valideneinkommen von Fr. 60'413. -- gegenüber (vgl. Art. 26 Abs. 1 IVV) , resultiert ein Invaliditätsgrad von 29 % .

Ein

Abzug vom Tabellenlohn von 10 % , wie er unter der aktuellen Rechtslage vorzunehmen ist (vgl. Art. 26 bis Abs. 3 IVV in der seit 1. Januar 2024 geltenden Fassung) und

bei Bedarf bereits unter der bis 31. Dezember 2023 geltenden Rechtsprechung möglich gewesen wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_424/2024 vom 6.

Februar 2025 E. 6.2 . 2) , würde zu einem Invaliditätsgrad von 36 % führen , der noch immer unter dem Mindestinvaliditätsgrad für eine Rente von 40 % läge. Eine Kumulation von Abzügen unter beiden Regelungen ist ausgeschlossen , zumal jede den Tabellenlohnabzug für ihre Geltungsdauer abschliessend regelt und letztlich die gleichen

Faktoren berücksichtigt.

Bei dieser Sachlage erübrigen sich Abklärungen zu den erstmals im Prozess thematisierten Nebeneinkünften der Beschwerdeführerin . 7.3

Nach dem Ausgeführten ist die Beschwerde in Bezug auf die angefochtene Rentenverfügung vom 2. Juli 2024 ( Urk. 2/1) abzuweisen. 8. 8.1

In der zweiten angefochtenen Verfügung vom 18. Juli 2024 betreffend Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistands im Verwaltungsverfahren erwog die Beschwerdegegnerin, im

Vorbescheidverfahren stünden praktisch immer medizinische Unterlagen zur Diskussion; dies allein könne noch keinen entsprechenden Anspruch begründen. Schwierige medizinische oder rechtliche Fragen hätten sich im konkreten Fall indes nicht gestellt.

Es sei zudem nicht ersichtlich, weshalb es der Beschwerdeführerin nicht weiterhin möglich gewesen sei, sich von der Vereinigung G.\_\_\_\_

vertreten zu lassen (vgl. Urk. 2/2).

Die Beschwerdeführerin hielt indessen dafür, der Rechtsvertreter sei ihr von besagter Vereinigung vermittelt worden, die sich ausser Stande gesehen habe, ihre Interessen gebührend zu wahren. Um herauszuschälen, dass sich die Z.\_\_\_\_-Gutachter intensiv mit den von der Beschwerdegegnerin angeführten Inkonsistenzen / Umständen auseinandergesetzt und diese bei der gutachterlichen Einschätzung bereits

berücksichtigt hätten, sei eine qualifizierte Unterstützung nötig gewesen. Zudem sei ein Einkommensvergleich nötig gewesen, wobei ein solcher im Vorbescheid gefehlt habe ( Urk. 1 Ziff. 7). 8. 2

Wo die Verhältnisse es erfordern, wird der gesuchstellenden Person im sozialversicherungrechtlichen Verwaltungsverfahren ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt ( Art. 37 Abs. 4 ATSG). Kumulative Voraussetzungen sind Bedürftigkeit, sachliche Gebotenheit der Vertretung sowie Nichtaussichtslosigkeit der Rechtsbegehren. Die Notwendigkeit der anwaltlichen Verbeiständung ist im Verwaltungsverfahren, in welchem der Untersuchungsgrundsatz gilt ( Art. 43 ATSG), nur in Ausnahmefällen zu bejahen. Es müssen sich schwierige Fragen rechtlicher oder tatsächlicher Natur stellen. Zu berücksichtigen sind die konkreten Umstände des Einzelfalls, Eigenheiten der anwendbaren Verfahrensvorschriften sowie weitere Besonderheiten des jeweiligen Verfahrens. Neben der Komplexität der Rechtsfragen und der Unübersichtlichkeit des Sachverhalts fallen auch bei der versicherten Person liegende Gründe in Betracht, etwa ihre Fähigkeit, sich im Verfahren zurechtzufinden. Des Weiteren muss eine gehörige Interessenwahrung durch Verbandsvertreter, Fürsorgestellen oder andere Fach- und Vertrauensleute sozialer Institutionen ausser Betracht fallen. Grundsätzlich geboten ist die Verbeiständung auch, falls ein besonders starker Eingriff in die Rechtsstellung des Bedürftigen droht; andernfalls bloss, wenn zur relativen Schwere des Falls besondere tatsächliche oder rechtliche Schwierigkeiten hinzukommen, denen der Gesuchsteller auf sich allein gestellt nicht gewachsen ist ( Urteil des Bundesgerichts 8C\_150/2024

vom 10. Oktober 2024 E. 7.1 mit Hinweisen) . 8. 3

Die Beschwerdeführerin wurde im vorliegenden Verwaltungsverfahren zweimal polydisziplinär begutachtet. In der Verlaufsbeurteilung wurde ihr neu eine psychisch

bedingte Arbeitsunfähigkeit von 40 %

attestiert ; auf den Fachgebieten der Allgemeinen Inneren Medizin, Neurologie und Orthopädie wurde an den bisherigen Arbeitsfähigkeitseinschätzungen festgehalten (vgl. E. 3).

Nachdem die Beschwerdeführerin Einsicht in das Verlaufsgutachten erhalten hatte (vgl. Urk. 7/163 und 7/164), legte ihr die Beschwerdegegnerin im Vorbescheid vom 17. Mai 2024 ausführlich die Gründe dar, weshalb sie die geltend gemachten Beschwerden nicht anerkannte und davon ausging, diese hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. 7/167). Entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin erleichtert dabei die Tatsache, dass die im Gutachten attestierte Arbeitsunfähigkeit im Vorbescheid nicht übernommen wurde, das Verfassen eines Einwands. So musste die Beschwerdegegnerin – anders als bei einem dem Gutachten folgenden Vorbescheid – nicht erst nach Gründen suchen, die Zweifel am Gutachten und damit dem Vorbescheid wecken könnten; vielmehr konnte sie sich auf die Argumentation der Gutachter

zu den von der Beschwerdegegnerin vorgebrachten Inkonsistenzen konzentrieren .

Im Übrigen hatte die Beschwerdegegnerin bereits im Vorbescheid vom 10. März 2022 einen Einkommensvergleich zur in beiden Gutachten

gleichermaßen attestierten

Gesamtarbeitsfähigkeit von 80 % in einer körperlich angepassten Tätigkeit vorgenommen . Die rechtlichen Grundlagen des Einkommensvergleichs wurden ihr wie üblich im Anhang mitgeschickt (vgl. Urk. 7/110). Aus besagtem Einkommensvergleich

war

für die Beschwerdeführerin ohne weiteres ersichtlich, dass beim Valideneinkommen kein Nebenverdienst berücksichtigt worden und

auch kein Abzug vom Tabellenlohn erfolgte war. Es kann auch nicht als besonders anspruchsvoll gelten, das bei einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in angepassten Tätigkeiten mit Fr. 46'558.70 bezifferte Invalideneinkommen auf die neu attestierte Arbeitsfähigkeit von noch 60 % herunterzurechnen. 8.4

Zusammenfassend ist das Vorbescheidverfahren

grundsätzlich anspruchsvoll, da es fast immer zu medizinischen oder rechtlichen Aspekten

Stellung zu nehmen gilt. Dennoch ist zu beachten, dass Art. 37 Abs. 4 ATSG als Ausnahmeregelung konzipiert ist (vgl. auch oberwähntes Bundesgerichtsurteil 8C\_150/2024 E. 7.2) . Der Auffassung, dass besagte Aspekte bei offenkundiger Diskrepanz zwischen gutachterlich attestierter und im Vorbescheid verneinter Arbeitsunfähigkeit schwieriger zu beurteilen wären als üblich, kann indessen nicht gefolgt werden. Zudem können die im ersten Vorbescheidverfahren (in dem sich die Beschwerdeführerin

bereits beraten liess, vgl. Urk. 7/116) gewonnen Erkenntnisse – hier vorab zu den Berechnungsgrundlagen des Einkommensvergleichs – im zweiten

Vorbescheidverfahren

nicht ignoriert werden. Eine besondere Schwere des Falls ist damit nicht dargetan. Damit ist die Beschwerde auch in Bezug auf die Verfügung vom 18. Juli 2024 (Urk. 2/2) abzuweisen.

## **E. 9**

V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). 5. 2

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

Die hierbei im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 5. 3

Rechtsprechungsgemäss regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung liegt vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist

(BGE 141 V 281 E. 2.2.1, 131 V 49 E. 1.2, je mit Hinweisen). Wann ein Verhalten (nur) verdeutlichend und unter welchen Voraussetzungen die Grenze zur Aggravation und vergleichbaren leistungshindernden Konstellationen überschritten ist, bedarf einer einzelfallbezogenen, sorgfältigen Prüfung auf einer möglichst breiten Beobachtungsbasis auch in zeitlicher Hinsicht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_165/2021 vom 2. Juli 2021 E. 4.2.1 mit Hinweisen).

Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vorn herein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG). Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens erübrigt sich (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_48/2024 vom 17. September 2024 E. 7.1 und 9C\_520/2019 vom 22. Oktober 2019 E. 6.1).

Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der

Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2.2, Urteil des Bundesgerichts 8C\_48/2024 vom 17. September 2024 E. 7.1 mit Hinweisen). 6.

### **E. 9.1**

Gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetz es über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) wird einer Partei, der die nötigen Mittel fehlen und deren Begehren nicht aussichtslos erscheint, in kostenpflichtigen Verfahren auf Gesuch die Bezahlung von Verfahrenskosten und Kostenvorschüssen erlassen. Es wird ihr überdies auf Gesuch eine unentgeltliche Rechtsvertretung bestellt, wenn sie nicht in der Lage ist, ihre Rechte im Verfahren selbst zu wahren (Abs. 2).

Die prozessuale Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin kann als ausgewiesen gelten ( vgl. Urk. 3/5). Der Prozess war zudem nicht von vorn herein aussichtslos, zumindest insoweit die Beschwerdegegnerin der medizinischen Einschätzung nicht gänzlich folgte . Anders als Art. 37 Abs. 4 ATSG ist § 16 Abs. 2 GSVGer zudem nicht als Ausnahmeregelung konzipiert, weshalb die Hürden für die Notwendigkeit oder doch Gebotenheit der anwaltlichen Vertretung tiefer und vorliegend erfüllt sind. Folglich ist der Beschwerdeführerin entsprechend ihrem Gesuch vom 2. September 2024

( Urk. 1 Ziff. 8) für das Gerichtsverfahren die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und in der Person von Rechtsanwalt Christe

ein unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen.

### **E. 9.2**

Da in Bezug auf den Rentenanspruch die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu beurteilen war, ist das Verfahren kostenpflichtig ; das Verfahren hinsichtlich der unentgeltlichen Verbeiständung im Verwaltungs verfahren ist hingegen kostenlos ( vgl. Art. 61 lit . f bis ATSG und Art.

69 Abs. 1 bis

IVG) . Die Gerichtskosten sind demnach nach dem Verfahrensaufwand und unab hängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind ermessensweise auf Fr. 800 .-- anzusetzen und ausgangsgemäss der unterliegenden Beschwerdeführer in aufzuerlegen , jedoch zufolge der ihr gewährten unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

### **E. 9.3**

Überdies ist dem unentgeltlichen Rechtsvertreter de r Beschwerdeführer in eine Entschädigung aus der Gerichtskasse auszurichten . Der mit Honorarnote geltend gemachte Betrag von Fr. 2'033.15 inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer (vgl. Urk.

11) ist nicht zu beanstanden.

### **E. 9.4**

Die Beschwerdeführerin ist darauf aufmerksam zu machen, dass sie zur Nachzah lung der von der Gerichtskasse übernommenen Kosten für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet ist , sobald sie dazu in der Lage ist (§ 16 Abs. 4 GSVGer ) . Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuchs vom

2. September 2024 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt sowie Rechtsanwalt Daniel Christe , Winterthur, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für

das vorliegende Verfahren bestellt ; und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Daniel Christe, Winterthur, wird mit Fr. 2'033.15 (inkl. Barauslagen und MWST) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Christe -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für  
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des 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  
FehrBonetti

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