

BL_GERICHTE 720 21 374 / 224 vom 6. Dezember 2006

BL Gerichte, 2006-12-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_21_374___224

FR: BL_GERICHTE 720 21 374 / 224 du 6 décembre 2006

IT: BL_GERICHTE 720 21 374 / 224 del 6 dicembre 2006

Regeste

IV-Rente

Erwägungen

E. 1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, so dass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 29. Oktober 2021 ist demnach einzutreten.

E. 2

Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft. Die vorliegend angefochtene Verfügung erging vor dem 1. Januar 2022. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 129 V 354 E. 1 mit Hinweisen) sind daher die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 sowie des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Februar 2022, 8C_455/202, E. 2). Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet. 3.1 In formeller Hinsicht ist zunächst der Verfahrensantrag zu beurteilen, die Tochter M.____, der Hausarzt, Dr. med. N.____, der behandelnde Psychiater, Dr. med. E.____, die Spitexmitarbeiterin, O.____, und P.____, Bekannte der Beschwerdeführerin, seien zum Sachverhalt zu befragen. 3.2 Ein Antrag auf Durchführung einer Parteiverhandlung kann auch zum Zwecke einer Parteibefragung oder -anhörung gestellt werden oder im Zusammenhang mit weiteren Beweisanträgen wie der Einvernahme eines Zeugen, der Anhörung eines Sachverständigen oder der Vornahme eines Augenscheins erfolgen. In all diesen Fällen handelt es sich um Beweisanträge; somit auch beim Antrag auf Befragung der genannten Personen. Für die Beurteilung der Rentenberechtigung und damit des invalidisierenden Gesundheitsschadens sind die medizinischen Berichte ausschlaggebend. Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass ihre Tochter, ihre Bekannte sowie die

behandelnden Ärzte und die Spitexmitarbeiterin Auskunft über den Verlauf und das Ausmass der Erkrankung geben könnten. Sowohl der Verlauf als auch das Ausmass der Gesundheitsbeeinträchtigungen werden von den behandelnden Fachärzten und den Gutachtern der GA eins GmbH ausführlich beschrieben. Dies gilt ebenso für den Tagesablauf und die ausserordentliche Mithilfe der Kinder. In Anbetracht dessen sind weitere Ausführungen dazu seitens der Betreuungspersonen zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde nicht erforderlich, weshalb der Beweisanspruch abzuweisen ist. 4.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). 4.2 Nach Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2). 4.3 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 7.1). 4.4 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50% und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist. 4.5 Für

die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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 ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 15 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (BGE 114 V 310 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29).

E. 5

Die Neuanmeldung wird - wie auch das Gesuch um Leistungsrevision - nur materiell geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten rechtskräftigen Entscheidung in einem für den Rentenanspruch erheblichen Mass verändert haben (Art. 87 Abs. 3 IVV; BGE 130 V 71 E. 2.2). Gelingt ihr dies nicht, so wird auf das Gesuch nicht eingetreten. Ist die anspruchserhebliche Änderung glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (SVR 2014 IV Nr. 33 E. 2); sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG vorzugehen. Stellt sie fest, dass der IV-Grad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (SVR 2008 IV Nr. 35 E. 2.1; BGE 117 V 198 E. 3a).

6.1 Um den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person beurteilen zu können, ist die Verwaltung - und im Beschwerdefall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2, 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

6.2 Sämtliche Beweismittel, somit auch medizinische Berichte und Sachverständigengutachten, unterliegen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 125 V 351 E. 3b/bb). Demgegenüber kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zwar nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, praxisgemäss haben sie aber nicht dieselbe Beweiskraft wie ein gerichtliches oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der

versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.3, 135 V 465 E. 4.4 und 4.7). 7.1 Zu prüfen ist, ob die IV-Stelle zurecht gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der GA eins GmbH vom 8. Februar 2021 zwar von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Aufhebung der Invalidenrente im Jahr 2017 ausgegangen ist, aber aufgrund einer attestierten Arbeitsfähigkeit von 80% ab Februar 2020 lediglich eine befristete ganze Invalidenrente vom 1. August 2019 bis 1. Mai 2020 (Art. 88a Abs. 1 IVV) zugesprochen und darüber hinaus einen Anspruch abgelehnt hat. 7.2 Grundlage der rentenaufhebenden Verfügung vom 15. Mai 2017 bildete das bidisziplinäre Gutachten von Dr. C. ____ und Dr. D. ____ vom 2./6. Dezember 2016. Diagnostiziert wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Fibromyalgie mit zervikothorakal betontem paravertebralem Schmerzsyndrom, ein Hohlrücken und altersentsprechende degenerative Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule (HWS). Aus rheumatologischer Sicht sei die Versicherte für leichte und mittelschwere Tätigkeiten voll arbeitsfähig. Auch aus psychiatrischer Sicht wurde eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert. Dr. D. ____ stellte zwar die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.4). Diese sei aber gegenwärtig remittiert und folglich ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ferner könne die Diagnose einer Schmerzstörung nicht gestellt werden. Die abschliessende gesamtmedizinische Konsensbesprechung ergab demzufolge eine volle Arbeitsfähigkeit der Versicherten in einer angepassten Tätigkeit. 7.3 Im Rahmen der Neuanschuldung beauftragte die IV-Stelle die GA eins GmbH mit der Erstellung eines polydisziplinären Gutachtens mit den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie. Im Gutachten vom 8. Februar 2021 stellten die Fachspezialisten nach Konsensbeurteilung als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.00); eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) mit rezidivierenden Stürzen ohne Schwindel und Bewusstseinsverlust unklarer Ätiologie; eine chronische Schwindelsymptomatik mit Gangataxie multifaktoriell bedingt bei mikrovaskulär bedingter Leukenzephalopathie; ein chronisches Zervikalsyndrom mit Zervikobrachialgie beidseits mit Hypalgesie unklarer Ätiologie im Bereich des ulnarseitigen Ober- und Vorderarms, der ulnarseitigen Hand sowie der Finger III-V ohne Nachweis von Paresen im Bereich der oberen Extremitäten; ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit linksseitiger Lumboischialgie und diskret abgeschwächtem Achillessehnenreflex (ASR) rechts ohne Nachweis von Paresen sowie eine Hypalgesie in sockenförmiger Verteilung im Bereich beider Füsse. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), mit chronischem, unspezifischem, multilokulärem Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9), mit chronischen Kopfschmerzen von brennendem Charakter (ICD-10 R51) und mit Geruchs- und Geschmackstörung unklarer Ätiologie (ICD-10 R43.8); ein unvollständiges metabolisches Syndrom mit arterieller Hypertonie (ICD-10 I10), kompensiert mit medikamentöser Behandlung; Diabetes mellitus Typ 2 (ICD-10 E11.7), aktuell ohne medikamentöse Therapie gut eingestellt; eine diabetische Polyneuropathie (ICD-10 G63.12); Übergewicht sowie eine Hypothyreose unklarer Ätiologie (ICD-10 E03.9), kompensiert mit medikamentöser Substitution. In Konklusion erkannten die Experten, dass körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten sowie solche mit längerem Gehen und Stehen nicht mehr möglich seien. Körperlich leichte, wechselbelastende Verweistätigkeiten ohne Sturzgefahr und mit der Möglichkeit, bei Schwindel absitzen zu können, seien 7-8 Stunden täglich zumutbar. Die Arbeits- und

Leistungsfähigkeit liege ab Februar 2020 bei 80%. Die Einschränkung von 20% sei durch den vermehrten Pausenbedarf aufgrund der psychiatrischen und neurologischen Befunde begründet. 7.4 Aus orthopädischer Sicht ist in dem Sinne eine Verschlechterung seit 2017 eingetreten, als das Zumutbarkeitsprofil insoweit angepasst werden musste, dass nur noch leichte, wechselbelastende Tätigkeiten möglich sind. Die aktuelle Neuanmeldung vom 4. Dezember 2018 erfolgte jedoch nicht in erster Linie wegen der körperlichen Beschwerden, sondern zur Hauptsache infolge einer zunehmenden depressiven Symptomatik und vermehrt auftretenden Schwindelattacken. Der psychiatrische Gutachter, Dr. med. Q.____, geht ebenfalls davon aus, dass die rezidivierende depressive Störung sich im Laufe der letzten ein bis zwei Jahre wieder verstärkt habe. Zur psychischen Situation führte er näher aus, dass die Versicherte über Schmerzen im Bewegungsapparat klage, deren Ausmass mit somatischen Befunden nicht hinreichend objektiviert werden könne und mit einer Somatisierungsstörung zu erklären sei. Die leichte depressive Episode sei gekennzeichnet durch eine depressive Verstimmung mit verminderter Freude, Interessenverlust, Schlafstörungen, vermindertem Appetit und vermindertem Selbstwert mit Insuffizienzgedanken sowie einer Panikstörung aufgrund relativ häufigem Auftreten "anfallsartiger Angst" mit vegetativen Symptomen. Die Störungen manifestierten sich auf dem Hintergrund von emotionalen und psychosozialen Belastungsfaktoren. Es sei nicht davon auszugehen, dass die Versicherte unter einer optimalen Behandlung in absehbarer Zeit wieder einer Erwerbstätigkeit nachgehen werde, da nicht nur ein chronischer Verlauf, sondern auch eine ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung sowie ein sekundärer Krankheitsgewinn vorliege. Die Prognose für die Wiederaufnahme einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit sei deshalb ungünstig. Die Versicherte sei vom 19. Dezember 2019 bis 21. Januar 2020 in der F.____ hospitalisiert gewesen. Die Depression sei also deutlich rezidivierend und punktuell seien höhergradige Arbeitsunfähigkeiten im Verlauf im Rahmen einer jeweils stärker ausgeprägten affektiven Symptomatik und Angstsymptomatik nicht ungewöhnlich. Gemittelt über den Verlauf könne eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 20% hingegen nicht begründet werden. Die psychischen Funktionen seien recht gut erhalten, eine schwere psychische Störung bestehe nicht. Belastend, aber nicht medizinisch begründet, sei auch die nicht einfache psychosoziale Situation mit finanzieller Abhängigkeit von den erwachsenen Kindern. Als Ressourcen seien ihre Reisefähigkeit und ihre Fähigkeit, angelernte Arbeiten durchzuführen, zu nennen. Nicht zu vergessen sei zudem, dass sie drei Kinder grossgezogen habe. Die seit etwa vier Jahren bestehende Schwindelsymptomatik mit Gangataxie bezeichnet Dr. med. R.____ in seinem neurologischen Teilgutachten als chronisch und multifaktoriell bedingt. Daneben beständen rezidivierende Stürze ohne Schwindel und Bewusstseinsverlust unklarer Ätiologie, wobei das Schwarzwerden vor den Augen möglicherweise orthostatisch bedingt sei. Das Ausmass der Schwindelproblematik könne organisch nicht begründet werden. Einfache Tätigkeiten in vorwiegend sitzender Stellung seien der Versicherten ganztags zumutbar. Es sei jedoch von einem erhöhten Pausenbedarf und einer verminderten Leistungsfähigkeit von 20% auszugehen. Insofern liegt auch infolge der Schwindelproblematik eine Gesundheitsverschlechterung seit Aufhebung der Invalidenrente vor. 8.1 Dem von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung (BGE 134 V 231 E. 5.1) entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4). Zweck interdisziplinärer Gutachten ist es,

alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen (BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Dasselbe gilt mit Blick auf die mitunter schwierige Abgrenzung der im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG versicherten Zustände von invaliditätsfremden Faktoren. Der abschliessenden, gesamthaften Beurteilung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit kommt dann grosses Gewicht zu, wenn sie auf der Grundlage einer Konsensdiskussion der an der Begutachtung mitwirkenden Fachärzte erfolgt (BGE 143 V 124 E. 2.2.4; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juli 2019, 8C_128/2019, E. 4.1 mit weiteren Hinweisen). 8.2 Bei der Würdigung des Gutachtens darf das Gericht seine eigene Meinung ohne überzeugende Begründung nicht über diejenige der sachverständigen Person stellen, wobei aber zu prüfen ist, ob das Gutachten für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist und auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, ob es die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Behörde sie prüfen und nachvollziehen kann und ob die sachverständige Person nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche ihr die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, deutlich macht (Ueli Kieser , ATSG-Kommentar, 4. Auflage, Zürich/Bern/Genf 2020, Art. 44 Rz. 78 mit Hinweisen). 8.3 Das Gutachten der GA eins GmbH vom 8. Februar 2021 erfüllt die von der Rechtsprechung formulierten Voraussetzungen sowohl in formeller wie auch in materieller Hinsicht, um volle Beweiskraft entfalten zu können. Die Teilgutachten in den im Vordergrund stehenden Disziplinen Psychiatrie und Neurologie erscheinen umfassend und schlüssig. Sowohl aus psychiatrischer Sicht als auch aus neurologischer Sicht wurde eine Verschlechterung der Gesundheitssituation erkannt und eine Arbeitsunfähigkeit definiert. Dr. Q.____ als psychiatrischer Gutachter begründet nachvollziehbar, weshalb eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit nicht ausgewiesen ist, auch wenn im Verlauf punktuell höhere Arbeitsunfähigkeiten auftreten können. Dies wird durch die zwei stationären Behandlungen in der F.____ bestätigt, welche gut eineinhalb Jahre auseinanderliegen (vom 19. Dezember 2019 bis 21. Januar 2020 und vom 14. Oktober 2021 bis 11. November 2021). Dies ändert jedoch nichts daran, dass grundsätzlich eine 80%ige Arbeitsfähigkeit besteht. Ferner sind die Einschätzungen mit Blick auf die dargestellten Inkonsistenzen und Ressourcen sowie die psychosozialen Belastungsfaktoren plausibel. Dr. Q.____ weist auf die Krankheits- und Behinderungsüberzeugung sowie den sekundären Krankheitsgewinn hin, den auch Dr. R.____ in seinem neurologischen Gutachten anspricht und ebenfalls von einer Leistungseinbusse von 20% ausgeht.

E. 9

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. Q.____ nicht beweiskräftig sei, weil er weder Rücksprache mit dem behandelnden Psychiater, den Fachärzten der F.____ noch den Familienangehörigen genommen habe, ist darauf hinzuweisen, dass es allein im fachärztlichen Ermessen der sachverständigen Person liegt, ob sie weitere medizinische Berichte hinzuzieht, ob sie Rücksprache mit den behandelnden Fachpersonen nimmt oder ob sie auch fremdanamnestiche Abklärungen tätigt. Es ist nicht Aufgabe der sachverständigen Person, ihre Diagnosen mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt zu diskutieren (Urteile des Bundesgerichts vom 20. August 2018, 8C_137/2018, E. 4.2.2, und vom 3. Februar 2020,

9C_830/2019, E. 4.3; Kieser , a.a.O., Art. 44 Rz. 80). 10.1 Die Beschwerdeführerin ist ferner mit der psychiatrischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. Q.____ nicht einverstanden. Sie stützt sich dabei insbesondere auf die Beurteilungen ihres behandelnden Psychiaters, Dr. E.____. Danach sei sie voll arbeitsunfähig. 10.2 Der Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachperson einerseits und der Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits sind unterschiedlich; deshalb kann das Gutachten nicht stets infrage gestellt werden, wenn die behandelnden Arztpersonen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen; vorbehalten bleiben Fälle, in denen wichtige Aspekte benannt werden, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Kieser , a.a.O., Art. 44 Rz. 80). Ferner ist bei der Beweiswürdigung zu beachten, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteile des Bundesgerichts vom 29. Dezember 2017, 8C_629/2017, E. 4.3, vom 7. August 2018, 8C_200/2018, E. 6.3 und vom 5. April 2019, 9C_668/2018, E. 3.5; Kieser , a.a.O., Art. 44 Rz. 76). 10.3 Die Versicherte ist seit Mai 2005 in Behandlung bei Dr. E.____. In seinem Bericht vom 27. Mai 2019 führte er aus, dass die Beschwerdeführerin an einer schweren, chronifizierten depressiven Störung (ICD-10 F33.2) leide und seit Jahren 100% arbeitsunfähig sei. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei ausgeschlossen, sie sei auf die Hilfe ihrer Kinder angewiesen. Bereits in seiner Stellungnahme vom 13. Juni 2018 habe er geschrieben, dass sich ihr Zustand seit dem Rentenaufhebungsentscheid im Jahr 2017 verschlechtert habe. Sowohl das depressive Geschehen als auch die Angst- und Panikstörung hätten zugenommen. Es sei grotesk, der Versicherten eine volle Arbeitsfähigkeit zu attestieren. Zu verweisen sei namentlich auf den Austrittsbericht des S.____ vom 25. April 2018. Die Versicherte habe sich dort vom 5. April 2018 bis 21. April 2018 zur Schmerzbehandlung stationär aufgehalten. In seinem Schreiben vom 24. Juni 2020 betonte Dr. E.____ erneut, dass die Beschwerdeführerin eine schwer kranke Frau sei. Schliesslich berichtete er am 13. April 2021, dass seine Patientin unter schweren depressiven Episoden leide und in zunehmenden Masse seit 2019 auch an einer generalisierten Angststörung mit Panikattacken (ICD-10 F41.1 und F41.0). Leider habe der stationäre Aufenthalt in der F.____ vom 19. Dezember 2019 bis 24. Januar 2020 zu keiner Besserung des Zustandes geführt. Im Gegenteil sei der Aufenthalt in der Klinik eine weitere Überforderung gewesen. Sie sei nach wie vor 100% arbeitsunfähig. 10.4 Zur Stellungnahme zu den anderslautenden Arztberichten aufgefordert, hielt Dr. Q.____ am 15. Juni 2021 an seinem psychiatrischen Teilgutachten fest. Die darin attestierte leicht eingeschränkte Arbeitsfähigkeit sei mit den geltenden versicherungsmedizinischen Kriterien begründet (Diagnosen aufgrund objektiver Befunde, Verlaufsbeurteilung, Konsistenzprüfung, Einschätzung der Belastungen und Ressourcen). Dr. E.____ vertrete die Auffassung, dass trotz einer erneuten stationären Behandlung keinerlei Verbesserung eingetreten sei. So verlasse die Versicherte kaum mehr ihre Wohnung, allein durch die Anwesenheit ihrer drei Kinder sei sie seit zwei Jahren zunehmend überfordert, sie habe in ihrer Rückzugstendenz ein ausgeprägtes Ruhebedürfnis, sie sei äusserst schreckhaft und auf ihre Schmerzen fixiert. Diese seien quälend und eine Art "Kommunikationsritual". Zum sekundären Krankheitsgewinn, der hier offensichtlich vorliege und im psychiatrischen Gutachten beschrieben worden sei, äussere er sich nicht. Weshalb sie stationär habe behandelt werden müssen, gehe ebenfalls nicht aus seinen Berichten hervor. Offenbar sei nunmehr wieder

eine ambulante Behandlung möglich. Im psychiatrischen Teilgutachten sei diesbezüglich dargelegt worden, dass im Rahmen des rezidivierenden Verlaufs der Depression vorübergehende (punktuelle) höhergradige Arbeitsunfähigkeiten vorkommen könnten, nicht aber gemittelt im Verlauf. Ferner gehe Dr. E. ____ nicht auf Inkonsistenzen, psychosoziale Faktoren und noch erhaltene psychische Funktionen seiner Patientin ein. Eine Zustandsverschlechterung sei jedenfalls nicht ausgewiesen. 10.5 Dr. Q. ____ hat in seinem psychiatrischen Teilgutachten alle Aspekte der Krankheit berücksichtigt und gewürdigt. Insbesondere liegt eine objektive Befunderhebung und Auseinandersetzung mit Inkonsistenzen und Ressourcen vor. Unstrittig ist, dass die Versicherte auf ihre Beschwerden fixiert ist, darin sind sich sowohl Gutachter als auch behandelnder Arzt einig. Dr. E. ____ attestiert der Versicherten im Gegensatz zu Dr. Q. ____ durchgängig eine schwere Depression mit voller Arbeitsunfähigkeit. Seine Beurteilung ist von den subjektiven Angaben der Versicherten geprägt, eine objektive, differenzierte Betrachtungsweise lässt er hingegen vermissen. So hält er in absoluter Weise fest, dass die Versicherte seit Jahren schwer krank sei und nicht mehr arbeiten könne. Dr. Q. ____ anerkennt, dass die Versicherte nicht voll leistungsfähig ist, lässt die mitwirkenden psychosozialen, invaliditätsfremden Belastungsfaktoren jedoch ausser Acht und wertet ihre Ressourcen höher als sie selbst. Dass die Versicherte über solche verfügt, ergibt sich auch aus dem Austrittsbericht der F. ____ vom 28. November 2021 (vgl. E. 11.5). Mit Blick auf den rezidivierenden Verlauf der Krankheit bestätigt Dr. Q. ____ weiter, dass punktuell höhergradige Arbeitsunfähigkeiten vorkommen können, was mit den zwei stationären Aufenthalten in der F. ____ bestätigt wird. Im Ergebnis sind den Berichten von Dr. E. ____ keine Aspekte zu entnehmen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Es handelt sich dabei um eine andere Betrachtungsweise des gleichen Sachverhalts, die hingenommen werden muss, da das psychiatrische Teilgutachten lege artis ergangen ist. 11.1 Zu prüfen ist, ob die weiteren ärztlichen Berichte in den Akten der Beurteilung von Dr. Q. ____ beweisrechtlich entgegenstehen. 11.2 Die Versicherte war vom 5. April 2018 bis 21. April 2018 im S. ____ zur Behandlung. Der stationäre Aufenthalt erfolgte nicht aufgrund einer psychischen Dekompensation, sondern infolge einer Schmerzexazerbation eines lumbospondylogenen Schmerzsyndroms sowie einer Periathropathia humeroscapularis rechtsseitig. Die Zuweisung erfolgte seitens der behandelnden Rheumatologin, Dr. med. T. _____. Anlässlich des Aufenthalts wurde gleichwohl festgestellt, dass die Versicherte in psychiatrischer Hinsicht im Rahmen der rezidivierenden Problematik belastet sei. Eine eingehende Auseinandersetzung mit dem psychischen Beschwerdebild fand hingegen nicht statt (Austrittsbericht vom 25. April 2018). 11.3 Vom 19. Dezember 2019 bis 24. Januar 2020 hielt sich die Versicherte wegen einer schweren depressiven Episode (ICD-10 F32.2) ohne psychotische Symptome stationär in der F. ____ auf. Sie habe zum Teil Anschluss gefunden, sei um freundlichen und offenen Kontakt bemüht gewesen und habe sich teilweise ins Stationsleben eingefügt. Sie habe sich eher zurückhaltend an den Aktivierungstherapien und Gruppentherapien beteiligt. Es habe sich gezeigt, dass sie sich mit dem anspruchsvollen Programm der Abteilung rasch überfordert gefühlt habe, auch aufgrund der bestehenden Sprachbarriere. Die Ängste, Panikattacken und Schlafstörungen hätten im Verlauf an Intensität aber abgenommen. Der Austritt sei im Einvernehmen und in stabilisiertem Zustand erfolgt. Über die Arbeitsfähigkeit wurden keine Angaben gemacht (Austrittsbericht vom 31. Januar 2020). 11.4 Auf Nachfrage des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin wurde seitens der F. ____ am 29. April 2020 eine Einschätzung der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin

abgegeben. Bei der Versicherten liege eine chronische psychische Störung vor, die durch die multiplen somatischen Beschwerden, vor allem die starken Schmerzen, erschwert werde. Sie zeige eine eingeschränkte Durchhaltefähigkeit aufgrund von Gedächtnis-, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen. Sie sei in ihrer Arbeitsfähigkeit - auch nach Klinikaustritt - zu 100% eingeschränkt. Die Prognose sei infolge der Schwere der Störung schlecht. 11.5 Die Versicherte war vom 14. Oktober 2021 bis 11. November 2021 erneut stationär in der F.____ zur Behandlung. Diagnostiziert wurden eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2); eine Somatisierungsstörung, differenzialdiagnostisch eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.0); psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika; ein Abhängigkeitssyndrom, aktuell erfolgreicher Benzodiazepinentzug (ICD-10 F13.2); eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) sowie eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1). Die stationäre Aufnahme der Versicherten sei auf der offenen Kriseninterventionsstation erfolgt bei Dekompensation der Angst- und Depressionssymptome im Rahmen einer schon länger bestehenden generalisierten Angststörung und einer ausgeprägten Somatisierungsstörung. Bei Eintritt sei sie niedergestimmt gewesen und ausgesprochen ängstlich im Kontakt mit den Mitpatientinnen und -patienten. Sie habe sich zurückgezogen und über körperliche Schmerzen und gastrointestinale Beschwerden geklagt. An den Angeboten des multimodalen Therapiekonzeptes, bestehend aus medikamentöser Unterstützung, Einzel- und Gruppentherapien sowie Kreativtherapien habe sie regelmässig teilgenommen. Anfangs habe sie sich oft ins Zimmer zurückgezogen und den Kontakt mit den Mitpatientinnen und -patienten sowie dem Behandlungsteam gemieden. Im Verlauf habe sich dies deutlich gebessert und sie habe sich in gutem Kontakt zu anderen gezeigt. Die Benzodiazepine seien wegen der fehlenden Wirksamkeit und des langjährigen Konsums mit Abhängigkeit ausgeschlichen worden. Dies sei problemlos gelungen ohne Angstsymptomatik. Im Verlauf habe sie vereinzelt Panikattacken gehabt, die zum Teil ohne Medikamente selbstlimitierend gewesen seien, aber mit 25 mg Quetiapin erfolgreich hätten behandelt werden können. Nach Ausschleichen der Benzodiazepine sei die Versicherte wacher und besser spürbar im Kontakt gewesen. Die chronifizierte Schmerzen seien bisher täglich mit 4 g Paracetamol behandelt worden. Dieses Medikament sei ebenfalls erfolgreich ausgeschlichen worden, um eine Schädigung der Leber und arzneimittelinduzierten Kopfschmerzen entgegenzuwirken. Im weiteren Verlauf habe die Versicherte nur noch selten Analgetika benötigt. Die Schmerzsymptomatik habe nicht zugenommen. Eine Besprechung möglicher Depressions- und Angstauslöser sei nur eingeschränkt möglich gewesen. Dies wohl bei stark negativem Selbstbild und dysfunktionalen Denkmustern. Ressourcen hätten nur zögerlich erarbeitet und aktiviert werden können. Sie sei im Gespräch klagsam und auf das Negative behaftet gewesen. Eine Umlenkung auf positive Aspekte und Perspektiven sei nur schwer gelungen. Die Situation mit ausgeprägtem Vermeidungsverhalten sei chronifiziert. Mit der Zeit habe sich die Gesamtsituation aber deutlich gebessert. Somatisch habe es keine akuten Probleme gegeben und sie sei aufgestellter und kontaktfreudiger gewesen. Die Panikattacken seien ebenfalls weniger ausgeprägt und teilweise von der Versicherten selbst regulierbar gewesen. Auffallend sei die starke Abhängigkeit von den Kindern. Die Versicherte werde nie allein gelassen, verlasse das Haus nicht ohne Begleitung. Zur Unterstützung sei eine Psychiatriespitex installiert worden. Zusammenfassend könne der aktuelle Klinikaufenthalt als psychische Dekompensation einer schon lange andauernden Symptomatik gesehen werden. Es sei wohl zu einer Exazerbation gekommen, weil zwei der drei Kinder in naher

Zukunft von zu Hause ausziehen würden, um zu heiraten. Die Prognose sei aufgrund der langen Krankheit und der komplexen Problematik eher ungünstig. Die Krisenintervention habe jedoch zu einer deutlichen Besserung der Gesundheitssituation geführt. Nächste Schritte seien ein Alltagstraining mit Hilfe der Psychiatriespitex, eine Weiterführung der ambulanten Psychotherapie und das Finden einer passenden Tagesstruktur im Sinne einer Arbeitsstelle (vgl. Bericht vom 25. Oktober 2021 und Austrittsbericht vom 29. November 2021).

11.6 Aus den Austrittsberichten geht hervor, dass sich die psychische Situation jeweils stabilisierte und die Versicherte in verbessertem Zustand nach Hause konnte. Die Ausführungen im Austrittsbericht vom 29. November 2021 bestätigen im Wesentlichen die Erkenntnisse des Gutachters, dass die rezidivierende Problematik in den letzten ein bis zwei Jahren zugenommen hat und Zeiten mit vollständiger Arbeitsunfähigkeit vorkommen. Ferner wird im Einklang mit Dr. Q.____ die starke Abhängigkeit der Versicherten von den Kindern beschrieben, die letztlich wohl zur stationären Krisenintervention geführt hat. Der Bericht der F.____ zeigt aber klar, dass eine Stabilisierung des Gesundheitszustandes mit der richtigen Hilfe gut möglich ist. So wurde am Ende des Klinikaufenthaltes der Schritt in die Erwerbstätigkeit planbar, auch wenn die Krankheits- und Behinderungsüberzeugung am Ende den Schritt in die Arbeitswelt unrealistisch erscheinen lässt. Bei dieser Ausgangslage erweist sich die Einschätzung von Dr. Q.____, dass die Versicherte grundsätzlich, die psychosozialen Belastungsfaktoren ausser Acht lassend, zu 80% arbeitsfähig ist, als plausibel. Folglich liefern die Berichte der F.____ ebenfalls keine neuen Aspekte, die nicht bereits von Dr. Q.____ in seinem psychiatrischen Teilgutachten behandelt und gewürdigt worden sind. Das psychiatrische Teilgutachten erweist sich somit als voll beweistauglich.

12.1 Die Beschwerdeführerin macht ferner geltend, dass die Schwindelproblematik die Arbeitsfähigkeit zusätzlich beeinträchtigt. Gemäss Bericht der U.____ vom 3. Dezember 2019 wurden T2-hyperintensen Marklagerläsionen ohne weitere Hinweise auf eine chronisch-entzündliche ZNS-Erkrankung nachgewiesen. Die Versicherte leide unter anderem an progredientem Schwindel. Mögliche Ursachen seien eine cerebrale Mikroangiopathie, eine arterielle Hypertension und die chronische Benzodiazepinabhängigkeit. Empfohlen werde die Reduktion des Benzodiazepinkonsums, regelmässige körperliche Aktivität sowie eine psychosomatische Anbindung.

12.2 Mit Verlaufsbericht vom 27. August 2020 wurde ein stabiler Verlauf der im August 2019 diagnostizierten Leukenzephalopathie (Erkrankung der weissen Substanz des Gehirns) beschrieben. Die Genese könne trotz eher untypischem Verteilungsmuster am ehesten als mikrovaskulär angesehen werden. Der Schwindel sei nach wie vor als multifaktoriell bei fortgeführtem Benzodiazepinabusus, cerebraler Mikroangiopathie und orthostatischer Komponente anzusehen. Prof. G.____ diagnostizierte aus neurologischer Sicht ebenfalls einen Verdacht auf orthostatischen Schwindel, chronische Kopfschmerzen sowie eine cerebrale Mikroangiopathie. Zur Arbeitsfähigkeit wurden keine Angaben gemacht (Bericht vom 8. Juli 2021).

12.3 Es folgte ein neurologisches Konsil am 29. September 2021 bei Prof. H.____. Er diagnostizierte in neurologischer Hinsicht ein chronisches Kopfschmerzsyndrom, ein episodisch vestibuläres Syndrom sowie einen chronischen Schwankschwindel multifaktoriell. Einerseits bestehe eine ausgeprägte Leukenzephalopathie, welche neben dem bestehenden Benzodiazepinabusus zu einer Aggravation der im Vordergrund stehenden funktionellen Schwindelsymptomatik beziehungsweise zu einer sekundären somatoformen Symptomausweitung beitrage. Bezüglich des episodisch akzentuierten Schwindels sei entweder ein stationärer Analgetikaentzug vorzunehmen oder eine Therapie mit dem Medikament Aimovig

aufzugleisen. Zur Behandlung des chronischen Schwankschwindels sei eine intensiviertere verhaltenstherapeutische Behandlung sowie eine vestibuläre Physiotherapie zu empfehlen. Wichtig wäre, dass die Versicherte durch vermehrte aktive körperliche Betätigung das Vertrauen in die eigene Haltungskontrolle stärken (Bericht vom 8. November 2021). 12.4 Bei Prof. G._____ erfolgte am 30. August 2022 eine Verlaufskontrolle. Er führte aus, dass aktuell klinisch eine psychiatrische Komponente überwiege mit Angststörung und funktioneller Gangstörung. Die Situation habe sich seit dem Auszug der Tochter deutlich verschärft. Zwischenzeitlich bestehe wieder ein täglicher Analgetika-Überkonsum. In der Gesamtschau aller Befunde sei in erster Linie eine stationäre Therapie zum Analgetika-Entzug zu empfehlen. Angaben zur Arbeitsfähigkeit werden auch hier nicht gemacht. 12.5 Alle neurologischen Fachpersonen kommen im Ergebnis zum gleichen Schluss, dass die Schwindelproblematik multifaktoriell sei. Aktuell spielt offensichtlich die psychische Verfassung, welche sich aufgrund des Auszuges der Tochter verschlechtert hat, eine grosse Rolle sowie der Überkonsum von Medikamenten. Vorgesehen ist ein stationärer Entzug zur Verbesserung der Situation. Bereits der Benzodiazepinentzug in der F._____ hatte zu einer deutlichen Verbesserung der Situation geführt, weshalb angenommen werden darf, dass kein bleibender Gesundheitsschaden nach Medikamentenentzug zurückbleiben wird. Der neurologisch bedingte Anteil an der Schwindelsymptomatik erscheint, den medizinischen Akten zufolge, als relativ klein. Im Vordergrund stehen - wie gesagt - andere Ursachen, wie die beschriebene psychosoziale Belastungssituation. Im Ergebnis bestehen bezüglich der Ursachen der Schwindelsymptomatik zwischen Gutachter der GA eins GmbH und den behandelnden Fachpersonen jedenfalls keine grundlegenden Unterschiede. Die von Dr. R._____ attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20% wird von ihnen denn auch nicht in Frage gestellt. 12.6 Im Ergebnis ist nach Würdigung der medizinischen Aktenlage festzuhalten, dass dem Gutachten der GA eins GmbH vom 8. Februar 2021 volle Beweiskraft zukommt und von einer Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 80% ab 1. Februar 2020 auszugehen ist.

E. 13

Die von der IV-Stelle ermittelten Vergleichseinkommen zur Berechnung des Invaliditätsgrades werden nicht bestritten. Darauf kann abgestellt werden. Ob ein leidensbedingter Abzug vom Invalidenlohn vorzunehmen wäre, muss abschliessend nicht beurteilt werden. Ein Abzug von 25% wäre jedenfalls - nachdem bereits eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit von 20% berücksichtigt worden ist, nicht angebracht. Da aber selbst ein Abzug von 20% vom Invalidenlohn nicht zu einem rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 40% führen würde, kann auf eine eingehende Auseinandersetzung damit verzichtet werden. Die Beschwerde ist demgemäss abzuweisen. 14.1 Es bleibt über die Kosten zu befinden. Nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb ihr die Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Da ihr mit verfahrensleitender Verfügung vom 14. Dezember 2021 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden ist, gehen die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- vorläufig zu Lasten der Gerichtskasse. 14.2 Gemäss Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Zufolge der Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung mit verfahrensleitender Verfügung vom 14. Dezember 2021 wird dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ein

Honorar aus der Gerichtskasse ausgerichtet. Für das vorliegende Verfahren werden 11.3 Stunden und 0.3 Stunden Volontariatsarbeit sowie Auslagen von Fr. 205.-- in Rechnung gestellt. Zusätzlich ist eine Stunde für die Parteiverhandlung zu vergüten. Dem Rechtsvertreter ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'927.65 (12,3 Stunden à Fr. 200.-- und 0,3 Stunden à Fr. 140.--zuzüglich Auslagen von Fr. 205.-- und 7,7% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten. 14.3 Die Beschwerdeführerin wird jedoch ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Demgemäss wird erkannt: ://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen. 3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen. Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'927.65 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet. Gegen diesen Entscheid hat die Beschwerdeführerin am 1. Februar 2023 Beschwerde ans Bundesgericht erhoben (Verfahren-Nr. 8C_75/2023).

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