

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01155 vom 23. März 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-03-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.01155

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01155 du 23 mars 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01155 del 23 marzo 2009

Erwägungen

E. 1

1.1 Die am 1. November 1988 in '___' geborene, am 15. Dezember 1988 in die Schweiz eingereiste, hierzulande inzwischen niedergelassene (Niederlassungsbewilligung C) und über einen Oberschulabschluss verfügende X. ___ musste sich am 19. Februar 2003 einer Skoliose-Operation Th2-Th12 unterziehen (Urk. 10/1).

1.2 Im März 2004 wurde X. ___ von ihrem Vater bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von IV-Leistungen in Form von Berufsberatung, Beiträgen an die Mehrkosten der erstmaligen beruflichen Ausbildung und Arbeitsvermittlung ("Lehrstellensuche") angemeldet (Urk. 10/2). Die IV-Stelle zog daraufhin medizinische Berichte bei (von Dr. med. Y. ___, Innere Medizin FMH, '___', vom 29./30. März 2004 [Urk. 10/6/1-6], samt Operations-, Austritts- und Verlaufsberichten der Klinik Z. ___ vom 19. Februar 2003 [Urk. 10/6/9], 28. Februar 2003 [Urk. 10/6/7-8] und 3. März 2004 [Urk. 10/6/10]). Im Hinblick auf den im August 2004 bevorstehenden Eintritt der Versicherten in die A. ___ (10. Schuljahr) wurde das auf berufliche Massnahmen gerichtete Leistungsbegehren mit Verwaltungsverfügung vom 14. Juli 2004 (Urk. 10/11) abgewiesen (vgl. Verlaufsprotokoll der Berufsberatung vom 14. Juli 2004 [Urk. 10/12]; vgl. auch Urk. 10/7-9).

Anfang November 2004 erfolgte im Spital B. ___, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, auf Zuweisung von Dr. Y. ___ eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL; Bericht von Dr. med. C. ___ und Physiotherapeutin D. ___ vom 9. November 2004 [Urk. 10/13 = 10/14]). In der Folge wurde von der IV-Stelle am 12. Juli 2005 eine vom 22. August bis 18. November 2005 dauernde berufliche Abklärung in der Abteilung für berufliche Eingliederung des Spitals E. ___ angeordnet (Urk. 10/21; vgl. Feststellungsblatt vom 8. April 2005 [Urk. 10/16] und Verlaufsprotokoll der Berufsberatung vom 13. Juli 2005 [Urk. 10/20]; vgl. auch Urk. 10/15, 10/17-19 und 10/22). Nach Eingang des entsprechenden Berichts vom 13. Dezember 2005 (gezeichnet: Diplom-Psychologe F. ___; Urk. 10/27) erachtete die Verwaltung mit Verfügung vom 4. April 2006 (Urk. 10/29) weitere berufliche Massnahmen zur Zeit für nicht angezeigt; dies mit dem Hinweis, dass zwecks Prüfung der sich mit Erreichen des 18. Altersjahres stellenden Rentenfrage zu gegebener Zeit ein entsprechender Antrag eingereicht werden könne (vgl. Verlaufsprotokoll der Berufsberatung vom 4. April 2006 [Urk. 10/28]).

Im Mai 2006 wurde seitens der Versicherten ein neuerliches Gesuch um Gewährung von Berufsberatung gestellt (Urk. 10/30), worauf sich die IV-Stelle am 16. Oktober 2006 von Dr. Y. ___ Bericht erstatten liess (Urk. 10/31/1-4; unter Beilage der Berichte der Klinik Z. ___ vom 22. März 2005 [Urk. 10/31/7] und 4. April 2006 [Urk. 10/31/5-6] sowie des

bereits aktenkundigen [Urk. 10/13 = 10/14] EFL-Berichts des Spitals B.____ vom 9. November 2004 [Urk. 10/31/8-18]). Am 19./20. Dezember 2006 gab die Verwaltung bei Dr. med. G.____, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, '____', ein rheumatologisches Gutachten in Auftrag (Urk. 10/34-35), welches am 20. Januar 2007 erstattet wurde (Urk. 10/40/1-13; samt Stellungnahme von Dr. C.____, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin am Spital B.____, vom 10. Januar 2007 [Urk. 10/40/14-15]). Gestützt darauf sowie nach Vornahme berufsberaterischer Abklärungen (Verlaufsprotokoll vom 4. April 2007 [Urk. 10/49]) wurde mit Vorbescheiden vom 4. und 5. April 2007 (Urk. 10/47-48) die Verneinung des Anspruchs auf berufliche Massnahmen und IV-Rente in Aussicht gestellt (Feststellungsblatt vom 5. April 2007 [Urk. 10/44]; vgl. Urk. 10/45-46). Nach Kenntnisnahme der Stellungnahme der inzwischen durch Rechtsanwalt Michael Ausfeld, Zürich, vertretenen Versicherten vom 8. Mai 2007 (Urk. 10/53; vgl. Urk. 10/50-52) wurde am 20./21. Juli 2007 im angelegten Sinne verurteilt (Urk. 10/59-60 = 2/1-2; vgl. Fallzusammenfassung vom 21. Juli 2007 [Urk. 10/58]).

1.3 Nachfolgend wurde der Versicherten mit Verwaltungsverfügung vom 26. Juli 2007 (Urk. 10/61) antragsgemäss (vgl. Urk. 10/53) die unentgeltliche Rechtsverteidigung für das Vorbescheidverfahren gewährt.

E. 2

2.1 Mit Eingabe vom 7. September 2007 (Urk. 1; samt Beilagen [Urk. 3/1-2]) liess die weiterhin durch Rechtsanwalt Ausfeld vertretene Versicherte beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Beschwerde erheben und in der Sache selbst die Aufhebung der angefochtenen Verfügungen vom 20. und 21. Juli 2007 sowie Verpflichtung der Verwaltung zur Ausrichtung einer IV-Rente und Gewährung beruflicher Massnahmen beantragen (S. 2); in prozessualer Hinsicht liess sie um ausgangsgemässe Regelung der Kosten- und Entschädigungsfolgen sowie Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und unentgeltlichen Rechtsvertretung nachsuchen (S. 2).

2.2 Mit Formular vom 20. September 2007 (Urk. 5; samt Beilagen [Urk. 6/1-2]) liess die Beschwerdeführerin ihr Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege substantiieren.

Die IV-Stelle beantragte mit Vernehmlassung vom 21. November 2007 (Urk. 9; samt Aktenbeilage [Urk. 10/1-61]) die Abweisung der Beschwerde, worauf mit Gerichtsverfügung vom 26. November 2007 (Urk. 12) der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege gewährt (Disp.-Ziff. 1) und gleichzeitig der Schriftenwechsel geschlossen wurde (Disp.-Ziff. 2).

2.3 Mit Zuschrift vom 30. November 2007 (Urk. 13; samt Beilage [Urk. 14]) stellte die Beschwerdeführerin Antrag auf Beizug eines schriftlichen Berichts über eine auf Veranlassung der Sozialberatung H.____ bei der Institution I.____, '____', im Gange befindliche berufliche Abklärung, welcher mit Gerichtsverfügung vom 4. Dezember 2007 (Urk. 16) abgewiesen wurde.

Mit Eingabe vom 27. Februar 2008 (Urk. 18) liess die Beschwerdeführerin den Bericht der Institution I.____ vom 11. Februar 2008 (Urk. 19) einreichen. Die Beschwerdegegnerin liess die ihr mit Gerichtsverfügung vom 28. Februar 2008 (Urk. 20) eingeräumte Möglichkeit zur Stellungnahme ungenutzt verstreichen (vgl. Urk. 21).

2.4.4. Am 4. März 2009 wurde der als unentgeltlicher Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin eingesetzte Rechtsanwalt Ausfeld zur Einreichung einer Honorarnote (spezifizierte Aufstellung seiner Tätigkeit und Auslagen, evtl. verbunden mit einem Antrag zur Höhe der beanspruchten Entschädigung) eingeladen (Telefonnotiz vom 4. März 2009 [Urk. 22]), ansonsten die Entschädigungsfestsetzung von Amtes wegen aufgrund der Akten erfolge. Rechtsanwalt Ausfeld liess sich dazu nicht vernehmen.

E. 3

ingeschränkte Seitneigung; lumbale Schmerzprovokation bei Reklination; unauffälliger Neurostatus) und völlig unauffälligem röntgenologischem Untersuchungsbefund (unveränderte Lage des Osteosynthesematerials; fehlende Lockerungszeichen; kein Infekt; unverändert gute Korrektur der Skoliose) als erfreulich bezeichnet. Bedauert wurde die berufliche Situation, wobei auf die besondere Wichtigkeit sozio-integrativer Massnahmen hingewiesen wurde.

In der von Dr. G.____ im Rahmen der rheumatologischen Begutachtung beigezogenen Stellungnahme vom 10. Januar 2007 (Urk. 10/40/14-15) legte Dr. C.____ gestützt auf eine am 9. Januar 2007 erfolgte Folgeuntersuchung dar, bei im Wesentlichen unveränderter Beschwerde- und stabiler klinischer Situation bestehe ein hauptsächlich thorakovertebrales Syndrom mit deutlicher Belastungsabhängigkeit bei Status nach Skoliose-Aufrichte-Operation, Beweglichkeitseinschränkung und maladaptivem Krankheitsverhalten im Sinne einer Schonungstendenz. Demnach dürfte wahrscheinlich auch bei leichten Tätigkeiten eine gewisse Einschränkung bestehen. Zwar sei eine wechselbelastende (Sitzen und Stehen) Ganztagsaktivität mit vermehrten Pausen (von zwei Stunden) und Gewichtslimiten von 7.5 kg (selten) beziehungsweise 5 kg (manchmal) zumutbar, doch erscheine eine Einarbeitung im Rahmen einer 50%igen Teilzeitaktivität mit Steigerung über sechs Monate hinweg in Anbetracht des vorhandenen maladaptiven Krankheitsverhaltens als sinnvoll.

Der von der Beschwerdeführerin auf Veranlassung ihres Rechtsvertreters aufgesuchte Schmerztherapeut Prof. Dr. J.____ konnte bei der am 21. August 2007 durchgeführten Untersuchung lediglich eine eingeschränkte Beweglichkeit im Bereich der BWS erheben (FBA vorne über 40 cm); Beweglichkeitseinschränkungen im Bereich von HWS und LWS wie auch im Bereich der grossen Gelenke wurden ebenso verneint wie Sensibilitätsstörungen oder motorische Ausfälle, und der Fersen- und Zehenspitzenang wurde als normal bezeichnet. Die von der Beschwerdeführerin geklagten, als stets vorhanden beschriebenen, als variierend intensiv geschilderten und als teilweise stechend/brennend charakterisierten Schmerzen wurden als chronifiziert eingeschätzt; mit einer Zurückbildung sei nicht zu rechnen. Die von Prof. Dr. J.____ abgegebene Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit lautete dahin, dass die Beschwerdeführerin für schwere körperliche Arbeit als zu 100 % arbeitsunfähig und für eine behinderungsangepasste, wechselbelastende Tätigkeit schmerzbedingt als zu 50 % arbeitsfähig zu betrachten sei. In therapeutischer Hinsicht empfahl Prof. Dr. J.____ eine analgetische Medikation (Tramadol ®) und zusätzliche Weiterführung einer antidepressiven Medikation (Surmontil ®) sowie darüber hinaus die bedarfsweise Verabreichung/Einnahme von Dafalgan ® (Stellungnahme vom 22. August 2007 [Urk. 3/2]).

3.2.3.3 Den aktenkundigen Unterlagen über die von der Beschwerdegegnerin sowie der Sozialberatung H. ___ initiierten beruflichen Abklärungen ist im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

Im Bericht des Spitals E. ___ vom 13. Dezember 2005 (Urk. 10/27) über die dort erfolgte 3-monatige Abklärung (22. August bis 18. November 2005) wurde zu den erzielten Resultaten ausgeführt, dass die typische Reaktion der Beschwerdeführerin auf unter Arbeitsbelastungen zunehmende Schmerzen der Wunsch nach Schonung (Pausen, Arbeit abbrechen, heimgehen, liegen) gewesen sei. Es sei im Abklärungsverlauf nur schwer möglich gewesen, dieses Muster zu durchbrechen und die Beschwerdeführerin neue Erfahrungen machen zu lassen; die Beschwerdeführerin habe darauf beharrt, dass sie alles Vorgeschlagene bereits versucht habe beziehungsweise dies sowieso nichts bringe (ausprobieren verschiedener Haltungen, kürzere Pausen statt Abbruch, mehr Bewegung, Kräftigung der Muskulatur etc.). Durch Gespräche und klares, konfrontatives Feedback sei es der Beschwerdeführerin aber zunehmend besser gelungen, ihre starre Haltung gegenüber Veränderungen aufzulockern. Bezüglich Absenzen wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin an sieben ganzen und elf halben Tagen (Nachmittagen) gefehlt habe, was einer Absenzenquote von etwa 20 % entspreche. Das Arbeitsverhalten wurde dahingehend beschrieben, dass sich die Beschwerdeführerin um gute Arbeitsleistungen bemüht habe, jedoch durch ihre Schmerzen und ihren Umgang damit deutlich eingeschränkt gewesen sei, wobei sich im Tagesverlauf ein deutlicher Konzentrationsabfall gezeigt habe. Die Beschwerdeführerin sei bemüht gewesen, die gestellten Aufgaben zu erledigen, aber gleichzeitig nicht bereit gewesen, über ihre recht starren Grenzen hinauszugehen oder etwas auszuprobieren. Ihre anscheinend auf Glaubhaftmachung der Schmerzen gerichtete Verteidigungshaltung habe eine konstruktive Auseinandersetzung mit der Schmerzproblematik über längere Zeit verhindert, indem die Beschwerdeführerin auf ihrer überwiegend defensiv-schonenden Haltung beharrt habe. Erst als die Beschwerdeführerin gemerkt habe, dass sie ihre beruflichen Ziele so nicht erreichen könne, habe sich ihre Haltung geändert und habe sie Unterstützung annehmen und sich auf die Suche nach anderen Lösungen im Umgang mit den Schmerzen machen können. Betreffend Auftragserteilung wurde dargelegt, dass nebst einigen deutlichen, die Einsetzbarkeit limitierenden schulischen Defiziten so gravierende, sich auf das Arbeitstempo, auf die Konzentrationsleistung und infolgedessen auf die Arbeitsqualität, auf die Beweglichkeit und auf das mögliche Arbeitspensum auswirkende schmerzbedingte Defizite beständen, dass weitere berufliche Massnahmen zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht sinnvoll seien. Die Beschwerdeführerin könne auch hinsichtlich einfacher, körperlich nicht belastender Tätigkeiten kein volles Arbeitspensum leisten und fehle trotz benütziger zusätzlicher Pausen immer wieder ganze oder halbe Tage. Ausserdem sei die Beschwerdeführerin gedanklich sehr stark mit den Schmerzen und deren Auswirkungen auf ihre Leben befasst, so dass sie ein hohes Mass an Betreuung bei der Auseinandersetzung mit Schmerzen und beruflichen Perspektiven brauche. Zum weiteren Vorgehen wurde festgehalten, dass sich für eine berufliche Eingliederung zunächst die gesundheitliche Situation verbessern müsse, mithin in erster Linie die körperliche Belastbarkeit. Man habe der Beschwerdeführerin geraten, die im Spital E. ___ begonnenen ambulanten schmerztherapeutischen Konsultationen fortzusetzen und darüber hinaus psychotherapeutische Unterstützung im Hinblick auf die Auseinandersetzung mit der Schmerzproblematik und der persönlichen Situation zu suchen.

Im Bericht der Institution I.____ vom 11. Februar 2008 (Urk. 19) über die 26. November 2007 begonnene und noch bis 22. Februar 2008 andauernde Abklärung wurde dargelegt, die Beschwerdeführerin habe anfangs nur zwei bis drei Stunden arbeiten können und sich anschliessend wegen starker Rückenschmerzen hinlegen müssen. Die Arbeitszeit habe aber relativ schnell auf 50 % erhöht werden können, mit der Möglichkeit, sich in der regulären Arbeitspause im Sanitätszimmer für 15 Minuten hinzulegen; so habe in den ersten zwei Monaten konstant 50 % (morgens während vier Stunden) gearbeitet werden können, wobei es an fünf Arbeitstagen Absenzen wegen starker Schmerzen gegeben habe. Im dritten Monat sei das Arbeitspensum versuchsweise auf 60 % gesteigert worden, was zu mehr Absenzen und zur Beurteilung geführt habe, dass die Beschwerdeführerin mit 50 % an eine Grenze der Präsenzzeit gestossen sei. Zur Zeit könne die Beschwerdeführerin eine Leistungsfähigkeit von 50 % erreichen; wenn ihr Arbeitsplatz eingerichtet sei, arbeite die Beschwerdeführerin zuverlässig und vermöge eine Arbeitsleistung von 60-70 % zu erbringen. Längerfristig müsse versucht werden, die Präsenzzeit und die Leistungsfähigkeit zu steigern, wobei die Beschwerdeführerin selbst Fortschritte machen wolle, insbesondere auch im Umgang mit der Behinderung; Hilfsmittel am Arbeitsplatz seien nötig und zudem sei die Beschwerdeführerin, welche maximal 3 bis 5 kg tragen könne, auf fremde Hilfe angewiesen (z.B. beim Einrichten des Arbeitsplatzes).

E. 3.1

3.1.1.1. Mit Verwaltungsverfügung vom 20. Juli 2007 (Urk. 2/1 = 10/59) hat die Beschwerdegegnerin (weitere) berufliche Massnahmen verweigert, ohne vorgängig ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt zu haben. Begründet hat sie ihren abschliessenden Entscheid mit der fehlenden subjektiven Eingliederungsfähigkeit, das heisst damit, dass sich die Beschwerdeführerin zur Absolvierung beruflicher Massnahmen momentan selbst nicht in der Lage fühle. Die so begründete Leistungsabweisung hat die Beschwerdegegnerin mit dem Hinweis versehen, dass die Beschwerdeführerin ein neues Gesuch in Briefform einreichen könne, wenn sich die Verhältnisse geändert hätten. Im Beschwerdeverfahren beruft sich die Beschwerdegegnerin nun auf eine fehlende objektive Eingliederungsfähigkeit, wobei es sich aber um ein offenkundiges redaktionelles Versehen handelt, wird doch gleichzeitig auf das objektive Vermögen zur rentenausschliessenden (Selbst-)Eingliederung abgestellt.

3.1.2. Der grundsätzlich bis zur erfolgreichen Eingliederung bestehende Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen nach Art. 8 Abs. 1 IVG setzt insbesondere die subjektive Eingliederungsbereitschaft der versicherten Person voraus. Vorbehalten bleibt zwar das Prinzip der Verhältnismässigkeit, wonach die Leistung nur solange erbracht werden muss, als der dafür notwendige Aufwand nicht unverhältnismässig ist. Jedoch erlaubt der klare Wortlaut von Art. 21 Abs. 4 ATSG selbst bei offensichtlich fehlender Eingliederungsbereitschaft der versicherten Person keine Abweichung vom Grundsatz, dass sie ohne Rücksicht auf ihr Verhalten auf die Folgen ihrer Widersetzlichkeit aufmerksam gemacht werden muss. Sinn und Zweck des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens ist einerseits, die versicherte Person nicht Folgen eines Verhaltens tragen zu lassen, über dessen Auswirkungen sie sich möglicherweise keine Rechenschaft abgelegt hat. Andererseits soll sie innerhalb der gesetzten Frist und im Wissen um die angedrohten Folgen ihre bisherige Verweigerungshaltung aufgeben können. Im Hinblick auf die Zielsetzung der Eingliederungsmassnahmen, einen Zustand wiederherzustellen oder zu verbessern, darf die

KÄ¼rzung oder Verweigerung von Leistungen ohne RÄ¼cksicht auf das Verhalten der versicherten Person zwingend erst dann angeordnet werden, wenn diese gemahnt und ihr unter Bezugnahme auf das von ihr geforderte Verhalten und Ansetzen einer angemessenen Bedenkzeit schriftlich mitgeteilt worden ist, welche Folgen ihre Widersetzlichkeit nach sich ziehen kÄ¼nne; das Gleiche gilt im Ä¼brigen auch fÄ¼r die Einstellung einer einmal zugesprochenen Massnahme wegen angeblich fehlender subjektiver Eingliederungsbereitschaft (vgl. zum Ganzen: Urteile des BGer vom 6. Mai 2008 [9C_494/2007] und 28. April 2007 [I 928/06] sowie des EVG vom 3. Oktober 2005 [I 265/05], 29. MÄ¼rz 2005 [I 776/04] und 11. Januar 2005 [I 605/04] je unter Hinweis auf BGE 122 V 218).

3.1.3Ä¼ Nach den insoweit zutreffenden AusfÄ¼hrungen der Beschwerdegegnerin hat die BeschwerdefÄ¼hrerin gegenÄ¼ber der Berufsberatung zwar zu erkennen gegeben, dass sie sich zur Absolvierung (weiterer) beruflicher Massnahmen zur Zeit nicht in der Lage fÄ¼hlt und die primÄ¼re PrÄ¼fung der Rentenfrage wÄ¼nscht (vgl. Verlaufsprotokoll vom 4. April 2007 [Urk. 10/49, insbes. 10/49/1 und 10/49/5). Dennoch verstÄ¼sst es nach dem Gesagten gegen Bundesrecht, dass die Beschwerdegegnerin die DurchfÄ¼hrung eines fÄ¼rmlichen Mahn- und Bedenkzeitverfahrens unterlassen und die sofortige Leistungsverweigerung mit dem blossen Hinweis auf die MÄ¼glichkeit einer spÄ¼teren Neuanmeldung verbunden hat. In Anbetracht des jugendlichen Alters der BeschwerdefÄ¼hrerin sind an die AufklÄ¼rung Ä¼ber das zur Schadenminderung geforderte Verhalten besonders hohe Anforderungen zu stellen. Im Ä¼brigen zeigt die Beteiligung an der von der Sozialberatung H. ___ in die Wege geleitete AbklÄ¼rung bei der Institution I. ___ (vgl. Urk. 14 und 19), dass es der BeschwerdefÄ¼hrerin keineswegs zum Vornherein, offensichtlich und eindeutig an jeder subjektiven Eingliederungsbereitschaft fehlt.

E. 3.2

3.2.1Ä¼ Im rheumatologischen Gutachten von Dr. G. ___ vom 20. Januar 2007 (Urk. 10/40/1-13), auf welches sich die Beschwerdegegnerin bei ihrer Beurteilung des zumutbaren (Rest-)LeistungsvermÄ¼gens in erster Linie stÄ¼tzt, wurden - gestÄ¼tzt auf eine am 16. Januar 2007 durchgefÄ¼hrte klinische Untersuchung, die von der Beschwerdegegnerin zur VerfÄ¼gung gestellten Vorakten, von der BeschwerdefÄ¼hrerin mitgebrachte RÄ¼ntgenunterlagen sowie die eingeholte (Zusatz-)Auskunft von Dr. C. ___ vom 10. Januar 2007 (Urk. 10/40/14-15) - chronische, belastungsabhÄ¼ngige thorakale RÄ¼ckenschmerzen bei:

- genereller Dekonditionierung;
- Haltungs- und Belastungsinsuffizienz;
- FlachrÄ¼cken;
- Status nach operativer Korrektur einer idiopathischen Skoliose Th2-Th12 (mit Pedikelschrauben am 19. Februar 2003);
- maladaptivem Schon- und Vermeidungsverhalten;
- psycho-sozialen Belastungsfaktoren (fehlende berufliche Perspektiven);

diagnostiziert (Urk. 10/40/9). Zur Arbeits(un)fÄ¼higkeit wurde festgehalten, dass der BeschwerdefÄ¼hrerin aufgrund der objektivierbaren Befunde aus rheumatologischer Sicht

eine die Wirbelsäule belastende Tätigkeit definitiv nicht möglich sei. Demgegenüber sei ihr eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit durchaus auch ganztags zumutbar, allenfalls mit vermehrten Pausen. In Anbetracht der generellen Dekonditionierung und muskulären Insuffizienz sei jedoch eine Einarbeitungszeit mit einem reduzierten Pensum von 50 % sinnvoll; dieses reduzierte Pensum könne dann über einen Zeitraum von sechs Monaten stufenweise auf 100 % gesteigert werden (Urk. 10/40/10). Zu etwaigen Verbesserungsmöglichkeiten führte Dr. G. aus, seit zwei Jahren würden von der Beschwerdeführerin keine Therapien mehr durchgeführt, nachdem sie zuvor weitgehend problemlos eine medizinische Therapie habe realisieren können. Auch den Hausarzt habe sie während über zwei Jahren nicht mehr konsultiert. Die dringend empfohlenen regelmäßigen sportlichen Aktivitäten (wie Schwimmen, Velofahren, Laufen, allenfalls auch Ballsport ohne Wettkämpfe) seien von der Beschwerdeführerin, welche lediglich kaum trainingswirksame Heimübungen mache und nur kürzere Spaziergänge unternehme, nicht durchgeführt worden. Die Beschwerdeführerin richte sich bei ihren wenigen Aktivitäten nach den Schmerzen und verzichte wegen Wirkungslosigkeit weitgehend auf Medikamente. Vorrangig gehe es nun darum, dass die Beschwerdeführerin regelmäßig ärztlich betreut und für ein adäquates eigenverantwortliches Training motiviert werde; möglicherweise lasse sich das passive Verhalten durch eine stationäre Rehabilitation durchbrechen, wobei allenfalls ein ambulantes interdisziplinäres Schmerzprogramm mit psychologischer Betreuung in Frage kommen würde. Die zu gewöhnlichen familiären Dynamiken (wie etwa in Form applizierter Massagen durch die Mutter) schienen das passive Verhalten der Beschwerdeführerin offensichtlich zu unterhalten. Die vorgeschlagenen Massnahmen seien geeignet, für eine adaptierte Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % zu realisieren und auch aufrecht zu erhalten. Solange die Beschwerdeführerin ihr maladaptives Krankheitsverhalten zeige, seien berufliche Massnahmen wohl äusserst fraglich. Zwar betone die Beschwerdeführerin immer wieder ihren Arbeitswillen, doch werde die entsprechende Leistungserbringung stets schmerzbedingt abgelehnt; da von familiärer Seite jeder Druck fehle und die Beschwerdeführerin stattdessen in ihrem passiven Verhalten getragen und gestützt werde, scheine die Motivation fraglich zu sein (Urk. 10/40/10). Unter punktueller Bezugnahme auf Ausführungen zur Anamnese (Aktenlage, Familienanamnese, persönliche Anamnese/jetziges Leiden, Systemübersicht sowie Sozial- und Berufsanamnese; Urk. 10/40/2-6), zu den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin (Urk. 10/40/6-7) und zu den objektiven Befunden (Allgemeinstatus, Rheumastatus, Zusatzbeobachtungen, Zusatzuntersuchungen; Urk. 10/40/8-9) sowie unter Verweis auf die Stellungnahme von Dr. C. vom 10. Januar 2007 (Urk. 10/40/14-15) gelangte Dr. G. in seiner Beurteilung zum Schluss, die Untersuchung der in gutem Allgemeinzustand erschienenen, sich etwas steif bewegenden Beschwerdeführerin sei problemlos gelungen. Die Beschwerdeführerin könne ohne erkennbare Schmerzreaktion gut eine Stunde lang sitzen. Die Untersuchung habe eine schlaffe Haltung bei einem Flachrücken und Zustand nach Skolioseoperation thorakal ergeben. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule sei entsprechend eingeschränkt, nicht aber auffallend schmerzhaft. Dominierend erschienen Defizite, erkennbar als Haltungsinsuffizienz beim Arm-Vorhalte-Test nach Matthias sowie im Global-Test nach Spring. Limitierend erscheine jedoch in erster Linie das Schmerzverhalten der Beschwerdeführerin, die weder in der Untersuchungssituation noch im Alltag trainingswirksame Belastungen auf sich nehme, woran offensichtlich auch die bisherigen

Schnupperlehren und beruflichen Massnahmen gescheitert seien. An der auch ergonomisch dokumentierten eingeschränkten Belastbarkeit des Achsenskeletts sei nicht zu zweifeln, doch würden keine konsequenten, aus Gründen der Schadenminderung zu fordernden Verbesserungsmassnahmen durchgeführt (Urk. 10/40/11-12). In Beantwortung der gestellten Fragen führte Dr. G. ___ abschliessend aus, es beständen ein Zustand nach Skolioseoperation mit Flachrücken und deutlicher Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule sowie muskuläre und konditionelle Defizite, woraus eine eingeschränkte Belastbarkeit des ganzen Achsenskeletts resultiere, was wiederum zu einer Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten sowie zu einer Limitierung auch für leichte Tätigkeiten "bis zu einem gewissen Grade" führe. Eine im Herbst 2004 durchgeführte ergonomische Abklärung habe eine zumutbare Belastbarkeit im Bereich einer sitzenden, leichten Arbeit ergeben. Aktuell spreche Dr. C. ___ von der Zumutbarkeit einer Ganztags-Tätigkeit mit vermehrten Pausen bei Gewichtslimiten von 5 kg (manchmal, bei sitzend-stehender Wechselbelastung) bis 7.5 kg (selten). Dies entspreche (nach eigenem Dafürhalten von Dr. G. ___) der zwischenzeitlich immer zumutbar gewesenen Arbeitsfähigkeit. Die Realisierung der angegebenen Belastbarkeitslimiten werde durch ein maladaptives Krankheitsverhalten erschwert, so dass vorerst eine Teilzeit-Tätigkeit von 50 % sinnvoll erscheine, welche über sechs Monate hinweg gesteigert werden sollte. Die Durchführbarkeit beruflicher Massnahmen hänge wesentlich von der bis jetzt nicht erkennbaren Leistungsbereitschaft und Motivation der Beschwerdeführerin ab. In den aktenkundigen Arztberichten seien keine erheblichen Diskrepanzen in der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit auszumachen (Urk. 10/40/12-13).

3.2.2.2. Aus den weiteren medizinischen Akten ergibt sich zusammenfassend was folgt:

Die bei der Beschwerdeführerin am 19. Februar 2003 in der Klinik Z. ___ durchgeführte operative Korrektur der Skoliose Th2-Th12 (von dorsal, instrumentiert mit USS Stahl-Pedikelschrauben) verlief komplikationslos (Operationsbericht von Dr. med. K. ___ vom 19. Februar 2003 [Urk. 10/6/9] und Austrittsbericht von Dr. K. ___ und Dr. med. L. ___ vom 28. Februar 2003 [Urk. 10/6/7-8]; vgl. Bestätigung von Dr. K. ___ und Dr. med. M. ___ vom 3. März 2004 [Urk. 10/1]). Bei der Verlaufskontrolle vom 20. Februar 2004 wurde ein erfreuliches Resultat bei identischer Lage des Osteosynthesematerials, fehlenden Lockerungszeichen und gehaltener Korrektur festgestellt. Bezüglich der von der Beschwerdeführerin geklagten, bis dahin unmedikamentiert gebliebenen Schmerzen (hochthorakal, gelegentlich nachts) wurde die Weiterführung von Kräftigungsmassnahmen sowie zusätzlich eine eventuelle Analgesie empfohlen. Hinsichtlich der von der Beschwerdeführerin ausgedehnt geschilderten Schwierigkeiten beim Finden einer Lehrstelle konnten die Verantwortlichen der Klinik Z. ___ keine Hilfe anbieten. Indessen hielten sie fest, dass aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht kein Grund für eine IV-Anmeldung bestehe (Bericht der Dres. K. ___ und M. ___ vom 3. März 2004 [Urk. 10/6/10]).

Hausarzt Dr. Y. ___ konstatierte nach der Untersuchung vom 23. März 2004 trotz sehr gutem Operationsresultat chronische Rückenschmerzen (v.a. paraskapulär-thorakal links, mit häufigen Durchschlafstörungen), wobei er allerdings klinisch lediglich eine leichte Druckdolenz im Bereich der BWS links skapulär bei weicher, aber völlig insuffizienter Muskulatur ausmachen konnte; dies trotz angeblich regelmässiger Durchführung instruierter Gymnastikübungen. Im Weiteren gab Dr. Y. ___ an, der

Beschwerdeführerin erneut Physiotherapie verordnet sowie zur konsequenten täglichen Durchführung von Gymnastikübungen zum Aufbau und zur Kräftigung der Rückenmuskulatur geraten zu haben. Darüber hinaus erachtete Dr. Y.____ das Erlernen eines mit repetitivem Heben oder Heben schwerer Lasten verbundenen Berufes als ungeeignet, die Ausübung einer behinderungsangepassten, körperlichen leichten, wechselbelastenden Ganztagsaktivität hingegen als zumutbar (Bericht vom 29./30. März 2004 [Urk. 10/6/3-6]).

Im Rahmen der im Spital B.____ am 9. November 2004 erfolgten EFL-Abklärung wurden ein chronisch rezidivierendes zerviko-thorakales Syndrom (bei Skolioseaufrichtung mittels Osteosynthese Th2-TH12 am 19. Februar 2003) mit Flachrücken und verminderter Belastungstoleranz sowie ein chronisches Ekzem im Rückenbereich diagnostiziert. Gestützt auf die durchgeführten Basistests und weitere Beobachtungen wurde die Zumutbarkeit der Verrichtung einer sitzenden bis leichten Arbeit mit Hantieren von Lasten von höchstens 7.5 kg Gewicht (Heben vom Boden bis zur Taillenhöhe) postuliert; dies mit dem Hinweis, dass vorgeneigtes Stehen und längeres Sitzen bis maximal drei Stunden möglich sowie Ankerkopparbeiten, längeres Stehen und Rotationen im Sitzen maximal während 30 Minuten möglich ausgeführt werden könnten. Aufgrund der eingeleiteten Trainingsmassnahmen sei wohl mit einer gewissen Steigerung der eingeschränkten Belastbarkeit mit positivem Niederschlag vorab im submaximalen Leistungsbereich zu rechnen. Dennoch sei aber auch längerfristig von einem leichten, wechselbelastenden Anforderungsprofil an eine berufliche Tätigkeit auszugehen, wobei bei geeigneter Berufswahl und regelmässig durchgeführten körperlichen Aktivitäten indessen nichts gegen eine Ganztagsaktivität spreche. In der zusammenfassenden Beurteilung wurde festgehalten, es bestehe eine erhebliche, durch eine auf einer passiven Verhaltensstrategie beruhenden Dekonditionierung sicher noch akzentuierte funktionelle Beeinträchtigung bei Status nach Skoliose-Aufrichte-Operation. Das auf einer zu tiefen (Selbst-)Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit beruhende Verhalten der Beschwerdeführerin hänge zu einem erheblichen Teil mit der aktuell fehlenden Zielsetzung zusammen; so wolle die Beschwerdeführerin möglichst rasch eine berufliche Lösung finden, da ihr die aktuelle Situation ("Warteschlange": 10. Schuljahr) nicht behage. Zusätzlich bestehe noch ein Pruritus im Narbenbereich in Form eines vermutlich chronischen Ekzems im Rahmen einer allfälligen Neurodermitis. Das (Haupt-)Problem wurde von den B.____-Verantwortlichen in der verminderten Belastungstoleranz lokalisiert, indem die Rückenbeweglichkeit aufgrund der operativen Versteifung des oberen Rückens stark vermindert sei; die Rotation im Sitzen sei dadurch kaum möglich. Die Kraft der Rumpfmuskulatur wie auch am gesamten Körper sei vermindert; die Rumpf- und Nackenmuskulatur ermüde schnell, und die Beschwerdeführerin sei dekonditioniert, so dass die Testresultate allgemein eher tief ausgefallen seien. Im Übrigen sei die Nackenmuskulatur verspannt und der Tonus der paravertebralen Muskulatur im Kreuz-Bereich leicht erhöht. Die Beschwerdeführerin habe bei den durchgeführten Tests im Wesentlichen eine gute Leistungsbereitschaft gezeigt; die Belastbarkeit liege im Allgemeinen im Bereich einer sitzenden bis leichten Arbeit. Zum weiteren Prozedere wurde das Finden einer Lehrstelle in einem angemessenen Belastungsbereich als Ziel formuliert, und es wurden Empfehlungen zu therapeutischen (Ergonomietraining oder ziel- und funktionsorientiertes MTT zur Steigerung der Leistungsfähigkeit, falls die Berufswahl dies erfordere; beim Training sei auf eine Funktionsorientierung speziell Gewicht zu legen, da ein symptomlimitiertes Training zu

unterschwellig und bei der eher passiven Struktur der Beschwerdeführerin kontraproduktiv sei; während der EFL sei der Beschwerdeführerin gezeigt worden, wie sie sich mit einem Tennisball massieren könne, zudem sei auf Aspekte des Sitzens eingegangen worden), medizinischen (Behandlungsversuch im Bereich des Ekzems mit Hydrocortison, rückfettender Creme und allenfalls vorübergehend einem Antihistaminikum, um die Kratzerei zu reduzieren; ansonsten dermatologisches Konsilium) und beruflichen (Berufsberatung unter Berücksichtigung der EFL-Resultate) Massnahmen abgegeben (Urk. 10/13/1-9 = 10/14/1-9).

Im Verlaufsbericht vom 16. Oktober 2006 (Urk. 10/31/3-4) hielt Dr. Y. ___ fest, er habe die Beschwerdeführerin in der Zwischenzeit lediglich zweimal gesehen, und verwies bei uneränderter Diagnose auf beigelegte Abklärungs- und Kontrollberichte des Spitals B. ___ (Dr. C. ___) vom 22. März 2005 (Urk. 10/31/7; nebst dem bereits aktenkundigen, oben referierten EFL-Bericht vom 9. November 2004 [Urk. 10/31/8-18 = 10/13/1-9 = 10/14/1-9]) beziehungsweise der Klinik Z. ___ (Dr. K. ___ und Dr. med. N. ___) vom 4. April 2006 (Urk. 10/31/5-6).

Im B. ___-Bericht vom 22. März 2005 (Urk. 10/31/7) führte Dr. C. ___ aus, die vormalig empfohlene Trainingstherapie sei inzwischen umgesetzt worden (Absolvierung von 18 Sitzungen während zwei Monaten; Durchführungsstelle: Spital O. ___), wobei sich trotz problemloser Durchführbarkeit der meisten Übungen bezüglich der Symptomatik nicht viel geändert habe. Angesichts ihres jugendlichen Alters habe man der Beschwerdeführerin nebst der fortgesetzten Durchführung heimgymnastischer Übungen zwecks Motivationsverbesserung dringend regelmässige sportliche Aktivitäten (wie Schwimmen, Velofahren, Laufen, allenfalls Ballsportarten ohne Wettkampftätigkeit) nahe gelegt. Weitere therapeutische Massnahmen seien hingegen höchstens als Unterstützung, blockweise und "nach Aushandeln der jeweiligen Ziele und 'Gegenleistungen' (z.B. Durchführung sportlicher Aktivitäten)" angezeigt, wobei rein passive Massnahmen zu vermeiden seien.

Im Bericht der Klinik Z. ___ vom 4. April 2006 (Urk. 10/31/5-6) wurde der postoperative Verlauf aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht bei mässigen klinischen Befunden (Wirbelsäule im Lot; minimaler Schulterschiefstand links von 5 mm; Beckengeradstand; reizlose Narbenverhältnisse; Klopf- und Druckdolenz hochthorakal beidseits; residuelle Bewegungseinschränkung mit FBA 50 cm; beidseits zu etwa 1 /

E. 3.3

3.3.1.1. Im Lichte der erwähnten, insoweit im Wesentlichen übereinstimmenden medizinischen Unterlagen und weiteren Akten ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin als Folge des am 19. Februar 2003 operativ korrigierten Haltungsschadens in der Rückenbelastbarkeit beträchtlich eingeschränkt ist (eingeschränkte Belastbarkeit im Bereich des Achsen skeletts). Dies vorab in Bezug auf Gewichtslimiten (Heben und Tragen), Haltung (v.a. Vorneigung), namentlich längerdauernde Haltungen (Sitzen, Stehen), und Beweglichkeit (Rotation). Klar ist, dass infolgedessen körperliche schwere und auch mittelschwere Arbeiten für die Beschwerdeführerin nicht in Frage kommen.

3.3.2.1. Was die zumutbare Gewichtsbelastung, die täglich zumutbare Arbeitszeit und das Leistungsvermögen (Produktivität während der Präsenzzeit) hinsichtlich körperlich leichter, wechselbelastender Tätigkeiten angeht, variieren die aktenkundigen Einschätzungen nun aber erheblich. Aus medizinischer Sicht wurde

zunächst wiederholt von einer zumutbaren Gewichtsbelastung von 5 kg bis 7.5 kg ausgegangen, während im Rahmen der jüngsten Berufsabklärung die Zumutbarkeitslimite bei lediglich 3 bis 5 kg angesetzt wurde. Die Bandbreite des als zumutbar bezeichneten Arbeitspensums liegt zwischen 100 % und (maximal) 50 %. Dabei ist ausgewiesen, dass nebst der körperlich objektivierbaren Wirbelsäulenproblematik nach BWS-Versteifung Th 2-Th 12 (mit Flachsacken und geringfügigen Schiefständen) eine ausgeprägte Dekonditionierung sowie eine Haltungs- und Belastungsinsuffizienz bei übermäßigem Schon- und Vermeidungsverhalten sowie gewissen psycho-sozialen Belastungsfaktoren (familiäres Umfeld, Perspektivlosigkeit) bestehen. Insgesamt steht eine weitreichende, das eigentliche Wirbelsäulenleiden begleitende und überlagernde thorakovertebrale Schmerzsymptomatik im Vordergrund. Ob diese Symptomatik als pathologisch im Sinne einer somatoformen Störung (ICD-10 F45) zu begreifen ist, wurde von den beteiligten Medizinern bislang nicht thematisiert. Bezüglich Überwindbarkeit wurde von den involvierten Ärzten ursprünglich auf eine grundsätzlich volle Arbeitsfähigkeit hinsichtlich einer behinderungsangepassten Ganztagsstätigkeit mit der Möglichkeit zur vermehrten Pauseneinlegung geschlossen. In der Folge wurde dann auf die Ratsamkeit einer Eingewöhnung mit stufenweiser Steigerung von 50 % auf 100 % innert einer 6-monatigen Einarbeitungsfrist hingewiesen oder gar von einer dauerhaft höchstens 50%igen Arbeitsfähigkeit (im Rahmen eines geschätzten Arbeitsplatzes) ausgegangen. Ob und inwieweit die Beschwerdeführerin zur Erbringung der geforderten "Kooperativität" bei der Durchführung sportlicher Aktivitäten zur Belastbarkeitssteigerung (vgl. Urk. 10/31/7) psychisch überhaupt in der Lage ist, lässt sich nicht schlüssig sagen. Im Rahmen der durchgeführten EFL-Abklärung wie auch der erfolgten beruflichen Abklärungen wurde wiederholt auf die zu tiefe Selbsteinschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit und den kontraproduktiven, allzu symptomorientierten Umgang mit der Schmerzproblematik hingewiesen, ohne sich allerdings zur Leidensüberwindbarkeit zu äussern. Seitens des Verantwortlichen des Spitals E.____ wurde eine psychotherapeutische Behandlung im Rahmen einer ambulanten Schmerzprechstunde angeregt (Urk. 10/27/4 "Vorschlag für das weitere Vorgehen"). Während der begutachtende Rheumatologe Dr. G.____ bezüglich des Schmerzgeschehens zwar einerseits das Vorhandensein einer psychischen Alteration dezidiert verneinte (Urk. 10/40/9 "3.3 Zusatzbeobachtungen"), aber andererseits gleichwohl ein ambulantes interdisziplinäres Schmerzprogramm mit psychologischer Betreuung empfahl (Urk. 10/40/10 "6. Möglichkeiten zur Verbesserung"), befürwortete der von der Beschwerdeführerin aufgesuchte Schmerztherapeut Prof. Dr. J.____ nebst einer analgetischen (Tramadol ® und bedarfsweise Dafalgan ®) die Weiterführung einer inzwischen offenbar eingeleiteten antidepressiven Medikation (Surmontil ®; Urk. 3/2 S. 2), was das Vorhandensein einer womöglich krankheitswertigen oder zumindest behandlungsbedürftigen psychischen Komponente nahe legt oder jedenfalls nicht ausgeschlossen erscheinen lässt.

Alles in allem lassen weder die vorhandenen medizinischen Akten noch die aktenkundigen Unterlagen zu den durchgeführten beruflichen Abklärungen eine abschliessende Beurteilung darüber zu, welcher pensen- und leistungsmässige Arbeitseinsatz der Beschwerdeführerin in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit seit Vollendung des 18. Altersjahres konkret zumutbar gewesen wäre und weiterhin zumutbar ist. Die verschiedentlich erwartete Leistungssteigerung ist trotz verschiedener Physiotherapien und einer im Spital O.____ durchgeführten 2-monatigen

Trainingstherapie ausgeblieben. Dass keine Steigerung herbeigeführt werden konnte, ist allerdings auch darauf zurückzuführen, dass die Beschwerdeführerin selbst kein adäquates Heimprogramm (mit konsequenter Absolvierung gymnastischer Übungen über die Schmerzgrenze hinaus) aufrechterhalten und in letzter Zeit auch keine medizinisch-therapeutischen Behandlungen mehr absolviert, geschweige denn die längst empfohlenen regelmässigen sportlichen Aktivitäten in Angriff genommen hat, was nach allgemeiner Erfahrung zu einer anhaltenden Dekonditionierung mit zunehmender Haltungs- und Belastungsinsuffizienz führt. Das schlechte Ergebnis der beruflichen Massnahmen im Spital E. ___ und insbesondere bei der Institution I. ___ ist aufgrund der vorhandenen medizinischen Unterlagen nicht in allen Teilen nachvollziehbar. So ist nicht klar, ob die schmerzbedingten Ausfälle bei Steigerungsversuchen des Arbeitspensums über 50 % hinaus medizinisch objektiv begründet oder lediglich Ausdruck des mehrfach als kontraproduktiv bezeichneten subjektiven Schon- und Vermeidungsverhaltens sind. Entgegen der Einschätzung von Prof. Dr. J. ___ kann aus einer chronifizierten Schmerzproblematik noch nicht auf eine auf Dauer angelegte, bestenfalls 50%ige Belastbarkeit im Rahmen eines geschätzten Arbeitsplatzes geschlossen werden; dazu muss die Ausschöpfung sämtlicher Verbesserungsmöglichkeiten und Unüberwindbarkeit der Schmerzproblematik auch aus psychiatrischer Sicht ausgewiesen sein. Ebenso wenig lässt sich gestützt auf die Beurteilung von Dr. G. ___ auf eine stets vorhanden gewesene und weiterhin vorhandene 100%ige Arbeitsfähigkeit schliessen. Erst auf der Grundlage einer interdisziplinären, orthopädische und rheumatologische sowie insbesondere auch psychische Belange umfassenden Begutachtung wird sich sagen lassen, ob, inwieweit und in welchem zeitlichen Rahmen es der Beschwerdeführerin medizinisch-theoretisch zumutbar ist und war, ihr Schmerzleiden zu überwinden, ihre konditionelle und muskuläre Belastbarkeit zu steigern und hierfür als die im Rahmen der beruflichen Abklärungen gezeigten Leistungen zu erbringen.

3.3.3.3. Wohl hat die Beschwerdeführerin seit ihrer Rückenoperation nicht alle in Betracht fallenden Massnahmen zur Leistungssteigerung durchgeführt. Dennoch kann mangels stichhaltiger Anhaltspunkte nicht leichthin davon ausgegangen werden, sie habe den bedenklichen Gesundheitszustand gleichsam vorsätzlich herbeigeführt oder verschlimmert (vgl. Art. 21 Abs. 1 ATSG; BGE 123 V 103 f. Erw. 2d mit Hinweis). Da nun aber die Möglichkeiten zur Verbesserung des Gesundheitszustands und damit des Leistungsvermögens offenkundig längst nicht ausgeschöpft sind, drängt sich im Anschluss an die vertiefte Abklärung des Gesundheitszustands und namentlich des medizinisch-theoretischen Zumutbarkeitsprofils und -potentials gegebenenfalls eine intensive stationäre medizinische und berufliche Trainingstherapie auf. Im Fall der noch jungen Beschwerdeführerin ist zur Vermeidung einer über kurz oder lang zu befürchtenden Dauerinvalidität eine zweckmässige Eingliederung angemessen voranzutreiben. Dabei spielt entgegen der unter den vorliegenden Umständen unbehelflichen Einschätzung von RAD-Arzt Dr. med./Dr. phil. P. ___ vom 19. Februar 2007 (Urk. 10/44/3) auch die Schadenminderungspflicht der Beschwerdeführerin eine wesentliche Rolle, welche ordnungsgemäss angemahnt werden muss. Erst bei ausgewiesener unbotmässiger passiver Haltung oder schuldhafter Unterlassung der notwendigen und zumutbaren Mitwirkung können die Eingliederungsbemühungen eingestellt und kann gegebenenfalls ein womöglich negativer Rentenentscheid gefällt werden. Zunächst sind aber die entsprechenden Entscheidungsgrundlagen zu erweitern und ist das Verhalten der Beschwerdeführerin nötigenfalls formell zu sanktionieren (vgl. oben

Erw. 3.3.1).

E. 4

4.1. Zusammenfassend führt dies zur Gutheissung der Beschwerde in dem Sinne, dass die angefochtenen Verfügungen vom 20. Juli 2007 (betreffend berufliche Massnahmen) und 21. Juli 2007 (betreffend Invalidenrente) aufzuheben sind und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen und eventuell ordnungsgemässer Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens, über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin auf berufliche Massnahmen und Invalidenrente neu verfüge.

4.2. Die Kosten des nach Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 16. Dezember 2005 per 1. Juli 2006 angehobenen sozialversicherungsgerichtlichen Beschwerdeverfahrens sind ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in Verbindung mit Art. 2 ATSG; vgl.  33 GSVGer).

4.3. Entsprechend dem Prozessausgang ist die Beschwerdegegnerin zur Bezahlung einer angemessenen, ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens festzusetzenden Prozessentschädigung an die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin zu verpflichten (Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit  34 GSVGer und  7 f. der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht [GebV SVGer]). Mangels Einreichung einer Honorarnote (vgl. oben Sachv. 2.4) ist die Entschädigung von Amtes wegen aufgrund der Akten auf Fr. 1'300.-- festzusetzen (inkl. Barauslagen und 7.6 % Mehrwertsteuer [MWSt]) und zufolge Gewährung der unentgeltlichen Rechtsvertretung direkt Rechtsanwalt Ausfeld zu entrichten ( 28 lit. a GSVGer in Verbindung mit  89 Abs. 1 des Gesetzes über den Zivilprozess [Zivilprozessordnung/ZPO]).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtenen Verfügungen vom 20. und 21. Juli 2007 aufgehoben werden und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin auf berufliche Massnahmen und Invalidenrente neu verfüge.

2. Die Gerichtskosten werden auf Fr. 600.-- festgesetzt und der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Michael Ausfeld, Zürich, eine Prozessentschädigung von Fr. 1'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Michael Ausfeld
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV)

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5.ââââââââââ 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 siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten 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 des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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