

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00149 vom 5. Juni 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-06-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00149

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00149 du 5 juin 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00149 del 5 giugno 2021

Erwägungen

E. 1

1. Dezember 2012; Urk. 8/54) . Am 7. Januar 2013 erliess die IV-Stelle einen Vorbescheid (Urk. 8/58). Dagegen erhob die Versicherte Einw ä nd e (Urk. 8/61 , Urk. 8/64 , Urk. 8/77). Am 2. Oktober 2013 teilte die IV Stelle mit, es sei zurzeit keine Arbeitsvermittlung möglich (Urk. 8/85).

In der Folge veranlasste die IV-Stelle eine polydisziplinäre Begutachtung der Versicherten (Expertise vom 12. September 2016, Urk. 8/137) und e ine Abklärung im Haushalt (Urk. 8/138). M it Verfügung vom 2 7. Februar 201 7 verneinte die I V Stelle einen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung (Urk. 8/142). Am 1 8. Juni 2018 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, es seien keine Eingliederungs massnahmen möglich (Urk. 8/149). Nach durchgeführtem Vorbescheid verfahren (Urk. 8/172 , Urk. 8/178 , Urk. 8/181, Urk. 8/182 , Urk. 8/192) sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 29. Januar 2020

ab 1. August 2013 eine

Viertelsrente (Urk. 8/205) , von 1. November 2013 bis 3 1. Dezember 2017 eine halbe Rente (Urk. 8/211) , und ab 1. Januar 2018 eine Viertelsrente zu

(Urk. 8/217 = Urk. 2; Verfügungsteil 2 Urk. 8/195)

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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 ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

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

b.

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

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

E. 1.3

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung (BGE 125 V 413 E. 2d; Urteil des Bundesgerichts 8C_780/2007 vom 27. August 2008 E. 2.3; vgl.

Meyer/ Reichmuth , Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 11 zu Art. 30–31). Rechtsprechungsgemäss bildet eine solche Verfügung insgesamt den Anfechtungs- und Streitgegenstand und unterliegt integral der gerichtlichen Prüfung, selbst wenn nur einzelne Punkte davon bestritten sind (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_440/2017 vom 25. Juni 2018 E. 5.1 [in BGE 144 V 153 nicht publiziert] und 9C_50/2011 vom 25. Mai 2011 E. 2.1).

Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine abgestufte oder befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben. Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Abstufung oder Aufhebung der Rente zu erfassen (BGE 131 V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; Urteile des Bundesgerichts 8C_765/2007 vom 11. Juli 2008 E. 2 und I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen). Dabei ist in anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht irrelevant, ob eine rückwirkende Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente in einer oder in mehreren Verfügungen gleichen Datums eröffnet wird (BGE 131 V 164 Regeste; Urteil des Bundesgerichts 8C_489/2009 vom 23. Oktober 2009 E. 4.1 mit Hinweis).

E. 1.4

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.5

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; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines renten begründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und wider spruchs frei 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).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 1.6

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ein Beweisverfahren bleibt daher entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Insbesondere in Fällen, in welchen nach der Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, bedarf es in aller Regel keines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1). 1. 7

Sowohl bei der erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch bei der Rentenrevision und im Neuanmeldungsverfahren ist die Methode der Invaliditätsbemessung (Art. 28a IVG) zu bestimmen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 117 V 198 E. 3b).

Die für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganzjährig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen (vgl. Art. 27 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum

Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 144 I 28 E. 2.3, 141 V 15 E. 3.1, 137 V 334 E. 3.2, 125 V 146 E. 2c, 117 V 194 E. 3b).

Die Beantwortung der Statusfrage erfordert zwangsläufig eine hypothetische Beurteilung, die auch die hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen hat. Diese Entscheidungen sind als innere Tatsachen wesensmässig einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in der Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (vgl. BGE 144 I 28 E. 2.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_42/2021 vom 5. März 2021 E. 3.3 mit Hinweis en). 1.

E. 2

Die Versicherte erhob am 27. Februar 2020 Beschwerde gegen die Verfügung vom 29. Januar 2020 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr ab dem 1. Januar 2018 eine ganze Rente zuzusprechen. In prozessualer Hinsicht beantragte sie die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung (Urk. 1 S. 1). Am 17. April 2020 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung vom 29. Januar 2020 (Urk. 2) damit, dass aus näher genannten Gründen (vgl. Verfügungsteil 2 S. 1. f.) a b 1. August 2013 zuerst Anspruch auf eine Viertelsrente

und ab 1. November 2013 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente (drei Monate nach erstmaligem Rentenanspruch) bestehe. Zur Berechnung des Invaliditätsgrades ab 1. Januar 2018 führte die Beschwerdegegnerin aus, ohne gesundheitliche Einschränkung wäre die Beschwerdeführerin ab Geburt des Kindes in einem Pensum von 70 % tätig gewesen. Die Qualifikationsänderung könne ab Januar 2018 berücksichtigt werden. Aus medizinischer Sicht sei der Beschwerdeführerin die Ausübung einer Tätigkeit mit einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50 % weiterhin möglich und zumutbar. Das Anforderungsprofil an eine angepasste Tätigkeit habe weiterhin Gültigkeit. Die Einschränkung im Haushalt betrage gemäss Abklärung vor Ort 22 %. Ein Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 42 %. Mit Wirkung ab 1. Januar 2018 bestehe Anspruch auf eine Viertelsrente . Aus psychiatrischer Sicht sei eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar. Aufgrund somatischer Beschwerden sei seit Januar 2018 im Längsschnitt von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Höhere Arbeitsunfähigkeiten als 50 % seien nicht länger andauernd gewesen (Verfügungsteil 2 Seite 2 f.) . Da die somatischen Einschränkungen aus beiden Fachbereichen teilweise addiert worden seien, könne kein weiterer Leidensabzug geltend gemacht werden (Verfügungsteil 2 Seite 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich auf den Standpunkt (Urk. 1),

die Rentenzusprachen ab 1. August 2018 bis und mit 31. Dezember 2017 würden nicht angefochten (S. 2). Aufgrund von ärztlichen Zeugnissen lasse sich zusammenfassend feststellen, dass die Beschwerdeführerin sowohl 2018 wie 2019 im Umfang von 88 % arbeitsunfähig gewesen sei (S. 4). Es sei ein Leidensabzug von mindestens 20 % zu

gewähren. Ein Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 70 % (S. 5). Aus näher genannten Gründen fehle die Nutzbarkeit der Restarbeitsfähigkeit (S. 6). Der Schluss der Beschwerdegegnerin, es habe sich nur um gewisse Krankheitsschübe gehandelt, sei unhaltbar (S. 7).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist ein Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine höhere Rente ab 1. Januar 2018. 3. 3.1

Am 12. September 2016 (Urk. 8/137) erstatteten die Fachärztin und Fachärzte des Instituts Y. ihr polydisziplinäres Gutachten,

welches unter Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer allgemeinmedizinischen (S. 7 ff. Ziff. 3), psychiatrischen (S. 11 ff. Ziff. 4.1), neurologischen (S. 18 ff. Ziff. 4.2),

gastroenterologischen (S. 21 f. Ziff. 4.3), und einer otorhino laryngologischen

(S. 22 ff. Ziff. 4.4) Untersuchung erging. Die konsensuale Beurteilung ergab folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 27 Ziff. 5.1): - intermittierende Schwindelattacken bei Morbus Menière

- Tinnitus rechts - Morbus Crohn

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien die folgenden Diagnosen (S. 27 Ziff. 5.2): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) - anamnestisch Verdacht auf Autoimmunhypophysitis ohne Nachweis einer Hypophyseninsuffizienz (2009, 2011) - mögliches residuelles

radikuläres Syndrom S1 links bei anamnestischen Lumbalgien - anamnestisch Status nach Nebenniereninsuffizienz

Aus allgemeininternistischer Sicht (S. 7 ff.) stünden ein anhaltend aktiver Morbus Crohn sowie ein Morbus Menière im Vordergrund. Hierzu sei auf die entsprechenden fachärztlichen Teilgutachten verwiesen. Aus allgemeininternistischer Sicht sei die Explorandin ohne Berücksichtigung des Morbus Crohn und des Morbus Menière ganztägig arbeitsfähig in jeglicher Tätigkeit (S. 10 Ziff. 3.4).

Aus psychiatrischer Sicht wurde festgehalten (S. 11 ff.), an objektiven psychopathologischen Befunden hätten sich im psychiatrischen Untersuchungsgespräch depressive Verstimmungen und leichte Konzentrationsstörungen ergeben. Es bestehe eine nicht einfache finanzielle Situation mit Abhängigkeit vom Einkommen des Ehemannes, aber auch von ihrer Familie, dem Vater. Ein deutliches aufmerksamkeitssuchendes Verhalten oder ein Suchtleiden bestehe nicht. Deutlich auffällige Persönlichkeitszüge für die Achse-II-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bestünden nicht und gegen diese Diagnose spreche vor allem auch der Verlauf mit vor der Erkrankung sonst normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit. Es bestünden Ressourcen für angelernte Tätigkeiten mit auch Berufserfahrung. Sie besitze auch eine abgeschlossene Ausbildung in Krankenpflege (S. 14 f. Ziff. 4.1.3.1). Zum sozialen Kontext wurde ausgeführt, es bestehe eine chronische somatische Beschwerdesymptomatik, die sich bis heute trotz Behandlungen nicht gebessert habe. Dies könne psychisch zu Verunsicherung und Enttäuschung führen. Es bestünden lebensgeschichtliche Belastungen mit erlebter häuslicher Gewalt seitens des Vaters in der Kindheit und Jugend. Die Beschwerdeführerin stamme aus der Türkei, sei

dann in Deutschland gewesen, wo sie eingeschult worden sei, dann wieder in der Türkei und schliesslich in der Schweiz, wo sie die Schule abgeschlossen und eine Ausbildung zur Krankenpflegerin absolviert habe. Sie habe neben ihren häuslichen Aufgaben an verschiedenen Stellen gearbeitet. In der Schule habe sie Schwierigkeiten gehabt, auch mit Mobbing. Eine Handelsschule habe sie dann wegen ihrer somatischen Probleme nicht zu Ende führen können. Auch eine SRK-Ausbildung für die Tätigkeit bei der Z.____, die auch ihr Vater bereits bezahlt habe, habe sie nach dem ersten Tag nicht weiterführen können wegen des Morbus Crohn und nachdem sie dann nicht mehr zur Schule gegangen sei. Sie habe eine erste Ehe mit einem gewalttätigen Mann hinter sich, von dem sie geschlagen worden sei. Nun sei sie seit über zwei Jahren Mutter eines Sohnes und kümmere sich um ihre Aufgaben als Hausfrau und Mutter im gemeinsamen Haushalt zusammen mit dem zweiten Ehemann und dem gemeinsamen Sohn. Ihr Leben habe sich positiv verändert. Die Beziehung zum Vater habe sich verbessert. Die Beschwerdeführerin habe Kontakte innerhalb der Familie. Sie habe auch gute Kontakte zu einem langjährigen Kollegen. Sie habe auch eine Kollegin, die ein kleines Kind habe, mit der sie sich gerne treffe. Der Ehemann arbeite in der zweiten Tageshälfte und kümmere sich am Vormittag um das Kind, damit sie am Morgen ausschlafen könne. Sie erhalte auch Hilfe im Haushalt und bei der Betreuung des Sohnes von der Mutter (S. 15 f. Ziff. 4.1.3.2). Es sei eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung erfolgt. Die Behandlung habe abgeschlossen werden können. Eine psychopharmakologische Medikation erhalte sie nicht (S. 16 Ziff. 4.1.3.3).

Zusammenfassend wurde aus psychiatrischer Sicht ausgeführt, es bestehe diagnostisch eine leichte depressive Episode, gekennzeichnet durch depressive Stimmung mit verminderter Freudeempfindungsfähigkeit, erhöhter Ermüdbarkeit,

Konzentrationsstörungen und Schlafstörungen mit Morgentiefs. Sie leide vor allem auch unter einer Antriebstörung. Sie kümmere

sich

aber gerne um ihren Sohn und sei mit den Aufgaben als Hausfrau und Mutter beschäftigt, womit sie sich ausgelastet fühlt. Damit gehe es ihr besser. Sie sei auch nicht mehr in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Eine antidepressive Medikation erhalte sie auch nicht. Es bestünden schwere chronische somatische Probleme mit Morbus Crohn und Morbus Menière, die sich trotz Behandlungen nicht gebessert hätten. Dadurch könne es psychisch zu Verunsicherung und Enttäuschung kommen. Dadurch könnten auch lebensgeschichtliche Enttäuschungen reaktiviert werden. Es bestünden lebensgeschichtlich frühe Belastungen durch einen gewalttätigen Vater, es bestünden auch spätere Belastungen mit erlebter Gewalt in der ersten Ehe. Es bestünden aber auch psychosoziale Faktoren, die eine Rolle spielten. Auf diesem Hintergrund komme es zur depressiven Störung. Die Explorandin fühle sich ausserhäuslich nicht mehr arbeitsfähig, obschon sie Hoffnung auf eine Besserung angegeben habe. Gegenwärtig müsse sie sich aber auch noch um ihren Sohn kümmern, der die Mutter noch brauche. Die Prognose sei aufgrund des chronischen Verlaufs und der deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung ungünstig (S. 16 f. Ziff. 4.1.3.5). Die Selbsteinschätzung der Explorandin, nicht mehr arbeiten zu können, könne mit objektiv erhebbaren psychiatrischen Befunden nicht objektiviert werden (S. 17 Ziff. 4.1.5).

Zu früheren ärztlichen Einschätzungen wurde unter anderem ausgeführt, es sei auch der Verdacht auf eine instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ gestellt worden. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung könne auch aufgrund der heutigen Untersuchung nicht bestätigt werden. Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung zeigten seit früher Jugend deutliche Auffälligkeiten, da sich die Störung dann auf Dauer manifestiere. Eine Persönlichkeitsstörung bleibe im Verlauf wenig veränderbar. Die Explorandin habe aber einen normalen Schulabschluss gemacht, habe auch eine Berufsausbildung als Krankenpflegerin und dann immer wieder ausserhäuslich gearbeitet. Sie zeige im Querschnittsbefund auch keine deutlichen Auffälligkeiten in der Persönlichkeit. Insbesondere fehlten die typischen Symptome einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. So betreibe sie keinen multiplen Substanzkonsum, sie pflege auch nicht wechselnde Beziehungen mit Männern, zeige auch keine Instabilität im Selbstbild, sie wisse vielmehr, was sie wolle und zeige auch keine selbstschädigenden Handlungen. Im Vorgutachten sei auch eine posttraumatische Belastungsstörung aufgeführt worden. Auch diese Diagnose könne aufgrund der heutigen Untersuchung nicht bestätigt werden. Für diese Diagnose fordere die ICD-10 das häufige Auftreten traumatischer Erinnerungen in sich aufdrängenden Gedanken und zwar so, als ob das traumatische Ereignis unmittelbar stattfinde, aber auch einen emotionalen Rückzug mit Abstumpfung der Umgebung gegenüber oder Phasen von Erregtheit. Dies sei bei der Explorandin nicht der Fall (S. 17 f. Ziff. 4.1.6). Es bestehe in allen ihren Fähigkeiten entsprechenden Tätigkeiten, die auch somatisch angepasst seien, eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung. Auch gemittelt über den Verlauf könne hier eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht bestätigt werden (S. 18 Ziff. 4.1.7).

Im neurologischen Teilgutachten wurde ausgeführt, die 33-jährige Explorandin klage vor allem über Beschwerden von Seiten eines seit 15 Jahren bekannten Morbus Crohn und eines seit sieben Jahren angenommenen Morbus Menière. Diese fielen in die entsprechenden Fachgebiete. Betreffs letzterem finde sich unter der Frenzelbrille ein Kopfschüttel- und Lagerungsnystagmus, letzterer mit Schwindelgefühl einhergehend. Bei der klinischen Untersuchung finde sich noch eine Seitendifferenz des ASR zu Ungunsten von links. Dies möge einem residuellen

radikulären Syndrom S1 bei früheren

Lumbalgien entsprechen, bleibe aber funktionell ohne Belang. Im Übrigen ergebe sich auf neurologischem Gebiet keine wesentliche die Arbeitsfähigkeit einschränkende Erkrankung (S. 20 Ziff. 4.2.4).

Aus gastroenterologischer Sicht könne aufgrund der Aktenlage sowie der erhobenen

Untersuchungsbefunde ein Morbus Crohn mit primärem Befall des terminalen Ileums und perianaler Fistelung

bestätigt werden mit insbesondere regelmässig auftretenden

Bauchschmerzen sowie anhaltender Diarrhoe. Eine Tätigkeit mit Kundenkontakt oder Forderung regelmässiger Arbeitszeiten sei für die Explorandin nicht möglich. Sie sollte auch ihre Arbeit jederzeit unterbrechen und eine Toilette aufsuchen können in einer körperlich nicht belastenden Arbeit, bei welcher sie nicht ständig sitzen müsse. Unter den Voraussetzungen eines freien Zugangs zu Toilettenanlagen bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 30 % (S. 28 Ziff. 6.2).

Im Rahmen der otorhinolaryngologischen

Untersuchungsbefunde könne eine pantonale Schallempfindungsschwerhörigkeit rechts, bei Normakusis links,

objektiviert werden. Im Rahmen dieser Hörschwellen beständen auditive Schwierigkeiten im Rahmen von Gesprächen mit mehreren Personen, sowie unter gesteigertem Umgebungsgeräuschpegel. Des Weiteren bestehe eine Einschränkung des Richtungshörens. Ferner könne ein mittelgradig kompensierter Tinnitus rechts bestätigt werden. Seitens der vestibulären Funktion zeigten sich aktuell Befunde einer peripheren vestibulären Funktionsstörung rechts, mit vereinzelt Provokationsnystagmen nach links. Unter Berücksichtigung der Beschwerdesymptomatik, sowie der progredienten Hörstörung rechts, bestehe somit eine vestibulo-cochleäre Funktionsstörung, im Sinne eines Morbus Menière rechts.

Dies insbesondere, da eine retrocochleäre Pathologie bereits vorgängig im Rahmen einer bildgebenden Diagnostik mittels Magnetresonanztomographie des Neurocraniums habe ausgeschlossen werden können. Zusammenfassend bestehe somit eine vestibulo-cochleäre Funktionsstörung rechts, im Sinne eines Morbus Menière rechts, mit mittelgradig kompensiertem Tinnitus rechts. Es beständen zurzeit qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, so dass Tätigkeiten, welche ein gutes Sprachverständnis unter Störlärm voraussetzten, für die Explorandin nicht geeignet seien. Des Weiteren sollten Tätigkeiten unter erhöhtem Umgebungsgeräuschpegel, mit Zunahme der auditiven Schwierigkeiten, sowie des Tinnitus, von der Explorandin gemieden werden. Seitens der intermittierenden Schwindelattacken bei Morbus Menière rechts, würden sich zusätzliche qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ergeben, so dass sturzgefährdende Tätigkeiten oder Tätigkeiten mit schnellen Rotationsbewegungen für die Explorandin nicht geeignet seien. Des Weiteren sollte das berufsmässige Führen eines Kraftfahrzeuges von der Explorandin gemieden werden. Unter Berücksichtigung der Anfallshäufigkeit, mit Akzentuierung unter Belastung und konsekutiv anzunehmenden Arbeitsabsenzen sowie Therapieresistenz müsse von einer zusätzlichen quantitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden, welche zum jetzigen Zeitpunkt mit 25 % beziffert werden müsse. Im Rahmen der anamnestischen Angaben, sowie den Akten, könne der Zeitpunkt des Auftretens der aktuell bestehenden otoneurologischen Beschwerdesymptomatik auf das Jahr 2009 zurückgeführt werden, mit Auftreten einer attackenförmigen Drehschwindel symptomatik (S. 25 f. Ziff. 4.4.4, S. 28 Ziff. 6.2).

Zusammenfassend bestehe in einer optimal adaptierten Tätigkeit, wie sie in den entsprechenden otorhinolaryngologischen und gastroenterologischen Teilgutachten dargelegt worden seien, eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50 %. Die Einschränkungen aus gastroenterologischer und otorhinolaryngologischer Sicht ergänzten sich überwiegend nicht und seien somit teiladditiv, dies vor allem erklärbar durch die rezidivierenden Ausfälle durch Attacken des Morbus Menières, neben dem täglich erhöhten Pausenbedarf aus beiden Fachrichtungen (S. 29 Ziff. 6.2). Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im oben genannten Ausmass sei seit der Ileozökalresektion im Januar 2013 anzunehmen. Zuvor habe aufgrund der otorhinolaryngologischen Diagnose seit 2009 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 25 % bestanden (S. 29 Ziff. 6.3).

Die Explorandin erachte sich als nicht mehr arbeitsfähig in jeglicher Tätigkeit, was in deutlichem Gegensatz zu der gutachterlichen Beurteilung stehe, wonach eine optimal

adaptierte Tätigkeit zu 50 % zumutbar sein würde . Diese Diskrepanz begründe sich wohl dadurch, dass die Explorandin davon ausgehe , sich vollständig gesund fühlen zu müssen und zu keiner Zeit Beschwerden verspüren zu dürfen, um einer beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können, wogegen die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinisch-theoretischer Sicht auf einer anderen Grundlage festgelegt werde . Ferner seien die Anforderungen an eine geeignete Tätigkeit sehr hoch, sodass die Wahrscheinlichkeit, eine solche Arbeitsstelle zu finden relativ gering sei . Die von der Explorandin angegebene subjektive vollständige Invalidisierung sei mit den von der Explorandin angegebenen Alltagsaktivitäten nicht vereinbar (S. 29 Ziff. 6.5) .

Die Prognose bezüglich Reintegration in den Arbeitsprozess sei aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung der Explorandin, wonach keine Arbeitstätigkeit mehr möglich sein solle, sowie angesichts der relativ hohen Anforderungen an eine geeignete Tätigkeit, als eher ungünstig zu bezeichnen (S. 30 Ziff. 6.9). 3.2

Dr. med. A.____ , Facharzt für Anästhesiologie , Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte mit Stellungnahme vom 30. September 2016 (Urk. 8/169/10-11) aus, gestützt auf das MEDAS-Gutachten Y.____ vom 12. September 2016 sei von folgenden Diagnosen mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen. Intermittierende Schwindelattacken bei Morbus Menière , Schall empfindungsschwerhörigkeit rechts, periphere vestibuläre Funktions störung rechts. Tinnitus rechts, mittelgradig kompensiert. Morbus Crohn, Erstdiagnose 1999, primär Befall des terminalen Ileums und perinale Fistelung. Zum Belastungsprofil wurde Folgendes ausgeführt: Körperlich nicht belastende Tätigkeiten, nicht ständig sitzend, ohne hohe Anforderungen an das Gehör, ohne Sturzgefährdung, ohne schnelle Rotationsbewegungen, ohne Führen eines Kraftfahrzeugs. Es sollten weder regelmässiger Kundenkontakt noch regelmässige Arbeitszeiten nötig sein. Jederzeit müsse ein Arbeitsunterbruch zum Toilettenbesuch möglich sein. Seit 2009 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 25 % (aufgrund der ORL-Befunde), seit Januar 2013 (Ileozökalresektion) eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Im Haushalt bestehe medizin-theoretisch eine Arbeitsunfähigkeit von 15 %. Insbesondere Tätigkeiten in der Höhe (zum Beispiel Fenster putzen) seien nicht zumutbar. 3. 3

Dem Bericht vom 30. September 2016 über die Haushaltabklärung vom 12. Januar 2016 (Urk.

8/138) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin ausgesagt habe, heute bei guter Gesundheit aufgrund der wirtschaftlichen Situation der Familie einer 100%igen ausserhäuslichen Tätigkeit nachzugehen. Sie habe immer gerne gearbeitet. Die Kinderbetreuung würde am Morgen durch ihren Ehemann, welcher immer im Spätdienst arbeite und am Nachmittag von ihrer Mutter , welche ebenfalls in B.____ lebe und sowieso täglich vorbeikomme , abgedeckt werden (S. 4 Ziff. 2.5). Die Abklärungsperson nahm keine Qualifikation der Beschwerdeführerin vor (vgl. S. 4 Ziff. 2.6). Die gewichteten einzelnen Einschränkungen ergaben eine Einschränkung von 21.75 % im Haushalt (S. 8 Ziff. 6.8).

Mit Stellungnahme vom 12. Januar 2017 (Urk. 8/139) qualifizierte die Abklärungsperson die Beschwerdeführerin als zu 70 % im Erwerbsbereich und zu 30 % im Haushaltsbereich (S. 1 Ziff. 2.6). Zur Begründung führte sie aus, die Beschwerdeführerin habe gegenüber dem Gutachter angegeben, sie würde bei guter Gesundheit 70 % ausserhäuslich tätig sein. Damit die Familie ihre Lebensunterhaltskosten decken könne, müsste die Beschwerdeführerin einer ausserhäuslichen Tätigkeit nachgehen. Es könne mit

überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werde, dass die Beschwerdeführerin seit Geburt des Kindes also ab April 2014 einer 70%igen ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit nachgehen würde (S. 1 Ziff. 2.6.1). 3. 4

Im Abklärungsbericht für Hilflosenentschädigung für Erwachsene vom 16. Januar 2017 (Urk. 7/140) wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin sei in allen Bereichen der massgebenden alltäglichen Lebensverrichtungen selbständig. Eine Pflege- und Überwachungsbedürftigkeit sei nicht ausgewiesen. Weiter hätten die Abklärungen ergeben, dass die Voraussetzungen zur Anerkennung der lebenspraktischen Begleitung nicht erfüllt seien (S. 4). 3. 5

Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Gastroenterologie, führte mit Bericht vom 5. Juli 2018 (Urk. 8/156/7-8) aus, mit hoher Sicherheit bestehe wieder ein Schub des Morbus Crohn, welcher jetzt seit über einem Jahr unter Entyvio von luminaler Seite unter Kontrolle gewesen sei (S. 1).

Dr. C.____ führte mit Bericht vom 2. August 2018 (Urk. 8/156/5-6) aus, aktuell sei nicht von einer optimalen Wirkung des Entyvio auszugehen, wobei die Beschwerdeführerin die Infusionen auch nicht ganz regelmässig wahrgenommen habe. Der Vedolizumab-Talspiegel sei wahrscheinlich zu tief. Entsprechend sei das Intervall auf 6-wöchentliche Gaben gekürzt worden (S. 2).

Dr. C.____ führte mit Bericht vom 28. August 2018 (Urk. 8/156/1-4) aus, er behandle die Beschwerdeführerin seit Herbst 2010 (Ziff. 1.1). Sie sei alle sechs bis acht Wochen für Entyvio -Infusionen in Behandlung, alle drei bis sechs Monate erfolgten Kontrollen bei ihm (Ziff. 1.2). Er nannte folgende, hier gekürzt aufgeführten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5): - Morbus Crohn mit perianaler Fistelerkrankung - anamnestisch Persönlichkeitsstörung und Anpassungsstörung

Vom 1. Juli bis 19. September 2018 habe eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (Ziff. 1.3). Selbstverständlich sei im Falle eines jeweiligen Crohn-Schubs die Arbeitsfähigkeit in einem hochprozentigen Rahmen (bis zu 100 %) eingeschränkt, wobei die Arbeitsunfähigkeit jeweils ausschliesslich durch den Hausarzt ausgestellt worden sei und ihm keine Zusammenstellung vorliege. Zwischen den jeweiligen Crohn-Schüben bestehe eine mässiggradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, indem die Beschwerdeführerin durch die auch dann gehäufte Stuhlfrequenz (3 bis 4 Mal pro Tag) und die Sekretion von Seiten der analen Fisteln mit liegenden Setondrainagen eingeschränkt sei. Leider seien diese stabilen Phasen in den letzten Jahren eher selten gewesen. Einerseits wegen ungenügender Wirkung der Medikamente, aber andererseits auch wegen der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin die jeweils vereinbarten Termine nicht optimal wahrnehmen können. Dafür sei wahrscheinlich die zusätzliche psychiatrische Erkrankung mitverantwortlich. Es sei zu hoffen, dass die Krankheit zur Ruhe komme. Es sei aber zu befürchten, dass das regelmässige Wahrnehmen der notwendigen Termine von der Beschwerdeführerin wegen ihrer gleichzeitigen psychiatrischen Situation erschwert sei und damit die Arbeitsfähigkeit auch in Zukunft im hochprozentigen Rahmen eingeschränkt bleiben werde (Ziff. 2.7, Ziff. 3.3).

Dr. C.____ attestierte mit diversen Arbeitsunfähigkeitszeugnissen eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit vom 30. September 2018 bis 31. Januar 2019 (Urk. 8/167/7-8, Urk. 8/167/5-6).

Vom 1. bis 28. Februar attestierte er eine 100%ige und ab 1. März bis 10. April 2019 eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/175/13). 3.6

Med. pract. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte mit Bericht vom 8. November 2018 (Urk. 8/159-161) aus, er behandle die Beschwerdeführerin seit dem 13. Dezember 2017 und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5): - kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) - rezidivierende depressive Störung, mittelgradig (ICD-10 F33.1) - Morbus Crohn mit perianaler Fistelung

Seit dem 13. Dezember 2017 bis auf weiteres bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten (Ziff. 1.3). Die Prognose sei ungünstig. Es handle sich um eine chronische, therapieresistente seelische und körperliche Erkrankung (Ziff. 2.7). Zu objektiven Befunden führte er aus, die Beschwerdeführerin sei in der Stimmung wechselhaft, im Affekt labil, formalgedanklich auf krankheitsbedingte Situation eingeeignet, Energie herabgesetzt (Ziff. 2.4).

Med. pract. D.____ attestierte mit diversen Arbeitsunfähigkeitszeugnissen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. Juli 2018 bis und mit 30. April 2019 (Urk. 8/167/9-14, Urk. 8/177/7-9). 3.7

Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, attestierte mit diversen Arbeitsunfähigkeitszeugnissen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom

3. bis 7. Juli 2018 und vom 26. Juli bis 31. August 2018 (Urk. 8/177/4-6). 3.8

Dr. med. Dr. rer. pol. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, RAD, führte mit Stellungnahme vom 23. November 2018 (Urk. 8/169/16) aus, es bleibe bei der am 30. September 2016 getroffenen RAD-Einschätzung von Dr. A.____ (vgl. vorstehend E. 3.2), und damit sei weiterhin von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit im symptomberuhigten Intervall auszugehen. 3.9

Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, führte mit Stellungnahme vom 4. Januar 2019 (Urk. 8/169/17) aus, eine vom aktuellen Behandler genannte Persönlichkeitsstörung sei bereits im Medas-Gutachten 2016 ausgeschlossen worden. Insgesamt liege gegenüber dem Zeitpunkt des Gutachtens ein unveränderter Gesundheitszustand vor. Aus psychiatrischer Sicht habe und liege keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorgelegen. 3.10

Dr. med. H.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, I.____, berichtete mit Austrittsbericht vom 15. Januar 2019 (Urk. 8/174) über eine Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 14. bis 15. Januar 2019 und führte aus, es sei eine dritte Selbstzuweisung innerhalb von zwei Wochen mit erneuter Schmerzexazerbation bei Morbus Crohn erfolgt (S. 3). Nach Opiatgabe sei es zu einer Schmerzregredienz gekommen. Am 15.

Januar 2019 sei eine komplikationslose Gastro- und Koloskopie erfolgt. Hier habe sich eine Ileitis

terminalis über 15

cm proximal der Anastomose ohne Anhalt für eine relevante Fibrostenosen gezeigt. Gastroskopisch hätten sich keine Auffälligkeiten gezeigt. Die aktuelle Medikation werde vorerst unverändert weitergeführt (S. 1 f.). 3.11

Die Fachpersonen der J.____ berichteten am 25.

Januar 2019 (Urk. 8/167/1-3) über eine Behandlung der Beschwerdeführerin vom 9. Oktober 2018 bis 11. Januar 2019 und nannten folgende Diagnosen: - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (bei Austritt remittiert; ICD-10 F33.1) - narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8) - Morbus Crohn mit perianalen Fistelungen - Morbus Menière

Zurzeit bestehe keine Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der langjährigen somatischen wie auch psychiatrischen Erkrankung würde eine Invalidenrente empfehlenswert sein (S. 2).

Bei Eintritt in die Tagesklinik sei die vorbestehende depressive Symptomatik nur noch teilweise vorhanden gewesen. Die bereits vor Eintritt in die Tagesklinik etablierte antidepressive Medikation unter Escitalopram 20 mg morgens sei unverändert fortgeführt worden. Die Beschwerdeführerin habe mit einer narzisstisch gestalteten Beziehungsdynamik imponiert, welche immer wieder zu Konflikten mit anderen Patientinnen geführt habe (S. 2). Die Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung beschreibe die Beziehungsdynamik zutreffender als die der vordiagnostizierten kombinierten Persönlichkeitsstörung mit paranoiden und impulsiven Zügen. Nach einem eindringlichen Gespräch mit ihrem Gastroenterologen Herr Dr. med. C.____ habe sich die Beschwerdeführerin entschieden, sich einer weiteren Operation des Darmes nicht weiter zu weihen und sei deshalb am 11. Januar 2019 aus der Klinik ausgetreten (S. 3). 3.12

Die Ärztinnen des I.____ führten mit Bericht vom 10. Februar 2019 (Urk. 8/175/9 10) aus, die Beschwerdeführerin habe sich aufgrund einer Zunahme der bekannten abdominellen Schmerzen vorgestellt (S. 1). Als Ursache der abdominellen Beschwerden werde ein akuter Schub der chronisch entzündlichen Darmerkrankung gesehen. Die Beschwerdeführerin habe in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (S. 2). 3.13

Dr. G.____, RAD, führte mit Stellungnahme vom 14. März 2019 (Urk. 8/169/18) aus, es könne auf die vorherige Stellungnahme abgestellt werden. Eine Persönlichkeitsstörung sei bereits im Medas -Gutachten 2016 ausgeschlossen worden. Persönlichkeitsstörungen erschienen im frühen Erwachsenenalter. Insgesamt liege gegenüber dem Zeitpunkt des Gutachtens ein psychiatrisch unveränderter Gesundheitszustand vor. 3.14

Med. pract. D.____

nannte mit Bericht vom 2. Mai 2019 (Urk. 8/180/1-2) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F33.1)

Der psychiatrische Zustand der Beschwerdeführerin habe sich verschlechtert. Sie sei aus diesem Grund zu 100 % arbeitsunfähig. Sie leide seit dem Jahr 2000 unter Morbus Crohn, aktuell zeige sie eine deutliche Verschlechterung ihres Zustandes mit anhaltenden Schmerzen. Trotz therapeutischer und medikamentöser Bemühungen sowie einer teils stationären Behandlung in der J.____ im Jahr 2019 sei der Alltag der Beschwerdeführerin durch ihre psychische Instabilität sowie ausgeprägte körperliche Symptomatik mit einem Leidensdruck deutlich geprägt. Es handle sich um eine chronische, therapieresistente psychische Erkrankung mit dem tief verwurzelten, anhaltenden Verhaltensmuster, das sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche und sozioziale Lebenslagen zeige (S. 1).

Infolge der Persönlichkeitsstörung sei die Beschwerdeführerin in der Selbstregulation, im Ausdrucks- und Interaktionsverhalten stark eingeschränkt. Das auffällige tiefgreifende

Verhaltensmuster verunmögliche der Beschwerde führerin adäquat auf eine Anpassung im Arbeitsleben zu reagieren. Aufgrund der psychischen Störung sei sie jetzt und in Zukunft nicht in der Lage, eine ausreichende psychische Stabilität zu erlangen, die es ihr ermögliche, sich sozial vollumfänglich zu reintegrieren (S. 2) .

Mit zwei Arbeitsunfähigkeitszeugnissen attestierte Dr. D.____ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. April bis 31. Mai 2019 (Urk. 8/180/3-4). 3. 15

Dr. C.____ führte mit Bericht vom 10. Mai 2019 (Urk. 8/182/2-3) aus, im letzten halben Jahr habe eine Arbeitsunfähigkeit von immer über 70 % aufgrund der abdominalen Beschwerden und der entzündlichen Aktivität bestanden. Die Medikation von Stelara befinde sich noch in der Induktionsphase, so dass eine weitere Stabilisierung der Situation möglich sei. Insgesamt bestünden aber bei stattgehabtem Versagen von zwei verschiedenen Biologika -Therapien und erneutem Schub während der Induktionsphase des dritten Biologikum gewisse Bedenken bezüglich Wirksamkeit. Eine genaue Prognose für die zweite Hälfte 2019 könne damit nicht gestellt werden. Eine persistierend hohe Arbeitsunfähigkeit sei aber zumindest möglich. Die psychiatrische Erkrankung trage einerseits mit Sicherheit ebenfalls zur Arbeitsunfähigkeit bei. Andererseits sei sie selbstverständlich auch ungünstig für die Entwicklung des Morbus Crohn von intestinaler Seite (S. 1). 3.16

Dr. F.____ , RAD, führte mit Stellungnahme vom 4. Juni 2019 (Urk. 8/ 193/ 3-4) aus, somatisch sei aktuell eine 70%ige Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar, wobei im Längsschnitt weiterhin eine 50%ige Arbeitsfähigkeit im symptomfreien Intervall bestehe. 3. 17

Dr. G.____ , RAD, führte mit Stellungnahme vom 13. Juni 2019 (Urk. 8/193/4) aus, gegenüber den Vorberichten werde kein veränderter medizinischer Sachverhalt dargelegt. Es werde auf die bisherigen Stellungnahmen verwiesen. 3.18

Dr. C.____ führte mit Bericht vom 21. August 2019 (Urk. 8/184) aus, 2018 sei von einer knapp stabilen Situation unter Entyvio -Gabe mit jeweils zwei Wochen vor nächster Infusion gewisser Abdominalsymptomatik geprägt gewesen, aber ohne eigentlichen Schub bis im Mai. Anschliessend habe es einen erneuten Schub mit der Notwendigkeit zur Verkürzung des Intervalls ab Sommer 2018 gegeben. 2019 habe es ebenfalls keine anhaltende klinische Remission gegeben. Seit Juni 2019 habe er eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ausgestellt. Klinisch und sonographisch sei die Krankheit aber nicht ruhig und es bestehe eine deutliche Darmwandverdickung, sodass jederzeit eine Verschlechterung mit verstärkter Aktivität des Morbus Crohn möglich sei und damit die Arbeitsfähigkeit erneut verringert werden könne.

Dr. C.____

führte mit Bericht vom 4. September 2019 (Urk. 8/190) zur Anamnese aus, die Beschwerdeführerin habe wieder verstärkt Unterbauchschmerzen und eine gehäufte Stuhlfrequenz. Die Arbeitsfähigkeit von 50 % sei für die Beschwerdeführerin in diesem Zustand nicht tolerabel. Die Beschwerdeführerin hole sich noch eine Zweitmeinung ein. Über die Möglichkeit einer erneuten Operation sei sie im Prinzip informiert. 3. 19

Med. pract . D.____ führte mit Bericht vom 9. September 2019 (Urk. 8/189/1-2) aus, trotz therapeutischer und medikamentöser Bemühungen sei der Alltag der Beschwerdeführerin durch ihre psychische Instabilität sowie ausgeprägte körperliche Symptomatik mit einem Leidensdruck deutlich geprägt. Diagnostisch handle es sich um eine chronische

therapieresistente psychische Erkrankung. Die Beschwerdeführerin sei aus diesem Grund vollständig arbeitsunfähig (S. 2). Mit diversen Arbeitsunfähigkeitszeugnissen vom 1. Juni bis 30. September 2019 attestierte med. pract. D.____ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/189/3-6). 3. 20

Dr. med. K.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte mit Bericht vom 21. September 2019 (Urk. 8/191) aus, die Beschwerdeführerin sei seit dem 22. September 2019 in seiner hausärztlichen Behandlung (zuvor zuletzt im Jahre 2015; S. 1). Aus hausärztlicher Sicht bestehe aktuell eine mittelgradige bis schwergradige depressive Episode. Die Beschwerdeführerin würde gerne erneut arbeitstätig sein, nur sei dies leider aktuell aufgrund ihrer Beschwerden nicht möglich. Sie wünsche sich Unterstützung (medizinisch, sowie seitens der IV mittels Invalidenrente), damit sich ihre Gesundheit stabilisieren könne und sich diese durch krankheitsferne Faktoren (finanzieller Engpass durch Arbeitsunfähigkeit) nicht weiter verschlechtere (S. 2). 3.21

Dr. G.____, RAD, führte mit Stellungnahme vom 17. Oktober 2019 (Urk. 8/193/6) gestützt auf den Bericht des Hausarztes (vorstehend E. 3. 20) aus, die Angaben würden sich unter anderem auf Angaben der Patientin beziehen, welche mit den vorliegenden Dokumenten nicht belegbar seien. 3.22

Dr. F.____ führte mit Stellungnahme vom 23. Oktober 2019 (Urk. 8/193/6-7) aus, somatisch gelte im Längsschnitt seit Januar 2018 weiterhin eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (S. 2). 3.23

Prof. Dr. med. L.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Gastroenterologie, führte mit Bericht vom 10. November 2019 (Urk. 8/199) aus, er habe die Beschwerdeführerin am 9. September 2019 zum ersten Mal in seiner Sprechstunde gesehen. Sie habe sich mit einem Schub des bekannten Morbus Crohn präsentiert. Im Oktober 2019 habe eine Gastroskopie mit zusätzlichem Nachweis einer Entzündung im oberen Gastrointestinaltrakt stattgefunden. Im Vergleich mit 2018 sei der Gesundheitszustand dazumal vergleichbar bis etwas besser gewesen.

Ab 1. Oktober 2019 sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Die Frage, welche durchschnittliche Arbeitsfähigkeit für die 2. Hälfte 2019 attestiert werde, könne nicht beantwortet werden. Die Krankheit Morbus Crohn verlaufe in Schüben und die Entwicklung in der Zukunft hänge vom Umstand ab, ob die Beschwerdeführerin einen Schub erleide oder nicht und ob sie auf die Medikamente anspreche. 3.24

Nach Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung wurden folgende Berichte eingereicht.

Für die richterliche Beurteilung eines Falles sind grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens massgebend. Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; 99 V 98).

Diese Voraussetzungen sind hinsichtlich der im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Berichte erfüllt, weshalb diese vorliegend berücksichtigt werden können.

Prof. L.____

attestierte mit mehreren Arbeitsunfähigkeitszeugnissen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. Dezember 2019 bis 29. Februar 2020 (Urk. 3/3). 3.25

Dr. med. M.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, attestierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 28. Januar bis 16. Februar 2020 (Urk. 3/4). 4. 4.1

Die Beschwerdeführerin sprach der Beschwerdeführerin ab 1. August 2013 eine Viertelsrente, von 1. November 2013 bis 31. Dezember 2017 eine halbe Rente, und ab 1. Januar 2018 eine Viertelsrente zu (Urk. 8/205, Urk. 8/211, Urk. 8/217 = Urk. 2; Verfügungsteil 2 Urk. 8/195). Beschwerdeweise wird nur die Rentenhöhe ab 1.

Januar 2018 moniert. Mithin ist der Rentenbeginn und die Zusprache einer Viertelsrente ab 1. August 2013 und einer halben Rente von 1. November 2013 bis 31. Dezember 2017 unbestritten. Rechtsprechungsgemäss bildet eine rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente insgesamt den Anfechtungs- und Streitgegenstand und unterliegt integral der gerichtlichen Prüfung, selbst wenn nur einzelne Punkte davon bestritten sind (vgl. vorstehend E. 1.3). 4.2

Das polydisziplinäre Y.____-Gutachten (vorstehend E. 3.1) erging unter Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer allgemeinen medizinischen, psychiatrischen, neurologischen, gastroenterologischen und otorhinolaryngologischen

Untersuchung. Die Gutachter berücksichtigten die geklagten Beschwerden und setzten sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander. Die medizinischen Zusammenhänge und Schlussfolgerungen sind in einer Weise begründet, dass sie prüfend nachvollzogen werden können. Das Y.____-Gutachten erfüllt daher die praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise (vorstehend E. 1.9) vollumfänglich.

4.3

In psychiatrischer Hinsicht diagnostizierten die Gutachter einzig eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode. Sie erachteten diese Diagnose jedoch nicht als sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkend und kamen zum Schluss, dass aus psychiatrischer Sicht eine vollständige

Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung bestehe

(vorstehend E. 3.1). Die Gutachter legten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dar, dass diagnostisch eine leichte depressive Episode, gekennzeichnet durch depressive Stimmung mit verminderter Freudeempfindungsfähigkeit, erhöhter Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen und Schlafstörungen mit Morgentiefs bestehe und die Beschwerdeführerin vor allem auch unter einer Antriebstörung leide.

Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin vermögen die Berichte der Fachpersonen der J.____ (vorstehend E. 3.11), von Dr. M.____ (vorstehend E. 3.25) und von med. pract. D.____ (vorstehend E. 3.6, E. 3.14, E. 3.19) die gutachterliche Einschätzung nicht umzustossen. So gab med. pract. D.____ keine nachvollziehbar begründete und durch Befunde untermauerte medizinisch-theoretische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ab. Er legte auch nicht nachvollziehbar dar, inwiefern sich der psychische Gesundheitszustand seit dem Gutachtenzeitpunkt im September 2016 verschlechtert haben soll. Bereits im Gutachten wurde differenziert begründet, weshalb die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht bestätigt werden könne. Zudem war die mittelgradige Episode einer rezidivierenden depressiven Störung nach einer Behandlung in der Tagesklinik der J.____ von Oktober 2018 bis Januar 2019 bei Austritt remittiert (vgl. vorstehend E. 3.11), was gegen eine therapieresistente psychische Erkrankung, wie sie von med. pract. D.____ beschrieben wird (vgl. vorstehend E. 6, E. 3.14,

E. 3.19), spricht. Es ist zudem zu berücksichtigen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen und sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben. Ihre Berichte verfolgen daher nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte – beziehungsweise regelmässig behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2) – mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, kommt im Streitfall ein direktes Abstellen einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nur selten in Frage (vgl.

Urteil des Bundesgerichts 8C_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1).

Damit ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin aus psychischer Sicht dauerhaft in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist.

Da eine Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen nachvollziehbar und schlüssig verneint wurde, kann auf ein strukturiertes Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 verzichtet werden (vgl. E. 1.6). 4. 4

Die Gutachter legten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dar, dass sich aus neurologischer und aus allgemeininternistischer Sicht keine wesentliche die Arbeitsfähigkeit einschränkende Erkrankung ergebe. Im Rahmen der otorhinolaryngologischen

Untersuchungsbefunde konnte zusammenfassend eine vestibulo-cochleäre Funktionsstörung rechts, im Sinne eines Morbus Menière rechts, mit mittelgradig kompensiertem Tinnitus rechts, objektiviert werden. Unter Berücksichtigung der Anfallshäufigkeit, mit Akzentuierung unter Belastung, und konsekutiv anzunehmenden Arbeitsabsenzen, sowie Therapie resistenz gingen die Gutachter

aus otorhinolaryngologischen

Sicht von einer 25%igen Arbeitsunfähigkeit aus. Die Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin berücksichtigten die Gutachter beim Belastungsprofil auch insofern, als sie festhielten, sturzgefährdende Tätigkeiten, oder Tätigkeiten mit schnellen Rotationsbewegungen seien für die Beschwerdeführerin nicht geeignet. Des Weiteren sollte das berufsmässige Führen eines Kraftfahrzeuges von ihr gemieden werden.

Weiter führten die Gutachter aus, aus

gastroenterologischer Sicht könne ein Morbus Crohn mit primärem Befall des terminalen Ileums und perianaler

Fistelung bestätigt werden mit insbesondere regelmässig auftretenden Bauchschmerzen sowie anhaltender Diarrhoe. Zum Belastungsprofil hielten sie fest, eine Tätigkeit mit Kundenkontakt oder Forderung regelmässiger Arbeitszeiten sei für die Explorandin nicht möglich. Sie sollte auch ihre Arbeit jederzeit unterbrechen und eine Toilette aufsuchen können in einer körperlich nicht belastenden Arbeit, bei welcher sie nicht ständig sitzen müsse. Sie kamen zum Schluss, unter den Voraussetzungen eines freien Zugangs zu Toilettenanlagen bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 30 %.

Die Konsensbeurteilung ergab, dass in einer optimal adaptierten Tätigkeit, wie sie in den entsprechenden otorhinolaryngologischen und gastroenterologischen Teilgutachten dargelegt worden seien, eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50

% bestehe .

Die Einschränkungen aus gastroenterologischer und otorhinolaryngologischen Sicht ergänzten sich überwiegend nicht und seien somit teiladditiv, dies vor allem erklärbar durch die rezidivierenden Ausfälle durch Attacken des Morbus Menières , neben dem täglich erhöhten Pausenbedarf aus beiden Fachrichtungen .

Davon ist auszugehen.

Eine höhergradige und langandauernde Arbeitsunfähigkeit ist auch gestützt auf die Berichte der behandelnden Gastroenterologen nicht überwiegend wahr scheinlich. Dr. C.____ attestierte von Juli 2018 bis im Mai 2019 fast durchgehend eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit und für den Februar 2019 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vorstehend E. 3.5, E. 3.15). Im Mai 2019 erachtete er ein e persistierend hohe Arbeitsunfähigkeit zwar als möglich, führte dies aber fachfremd auch auf eine psychiatrische Erkrankung zurück (vorstehend E. 3.15). Im August 2019 ging er von eine 50%igen Arbeitsunfähigkeit seit Juni 2019 aus (vorstehend E. 3.18).

Die von ihm attestierten hochprozentigen Arbeitsun fähigkeiten gehen wohl zu einem wesentlichen Teil auf die von den Gutachtern bereits 2016 erwähnte deutlich ausgeprägte Krankheits- und Behinderungs überzeugung

der

Beschwerdeführerin zurück (vgl. vorstehend E. 3.1) und wurden gestützt auf ihre Angaben attestiert. Hinzu kommt, dass die Arbeitsfähigkeits einschätzung von Dr. C.____ der Beurteilung des RAD's , wonach im symptom beruhigten Intervall eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (vgl. vor stehend E. 3.8, E. 3.16), nicht entgegensteht, präsentierte sich die Beschwerde führerin ihm teilweise mit einem akuten Schub und hielt Dr. C.____ doch explizit fest, dass z wischen den jeweiligen Crohn-Schüben nur eine mässiggradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit be stehe (vorstehend E. 3.5). Dasselbe gilt für die von Prof. L.____ (vorstehend E. 3.23, E. 3.24) vom 1. Oktober 2019 bis 2 9. Februar 2020 attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit. So geht aus seinem Bericht hervor, dass sich die Beschwerdeführerin mit einem akuten Schub präsentierte. Prof. L.____ wies zudem darauf hin, dass die Krankheit Morbus Crohn in Schüben verlaufe und die Entwicklung in der Zukunft vom Umstand abhängen, ob die Beschwerdeführerin einen Schub erleide oder nicht und ob sie auf die Medikamente anspreche.

Zusa mmenfassend ist das Y.____ -Gutachten vom 1 2. September 2016 voll beweiskräftig und eine Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin zwische n dem Gutachtenszeitpunkt und der angefochtenen Verfügung vom 2 9. Januar 2020 ist weder überwiegend wahrscheinlich noch bestanden abklärungsbedürftige Hinweise einer Verschlechterung. 4.5

Hinsichtlich des Beginns der Arbeitsunfähigkeit hielten die Gutachter fest, d ie Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im oben genannten Ausmass sei seit der Ileozökalresektion im Januar 2013 anzunehmen. Zuvor habe aufgrund der otorhinolaryngologischen Diagnose seit 2009 eine Einschränkung der Arbeits fähigkeit von 25 % bestanden (vorstehend E. 3.1) .

Was unter den Parteien unbestritten ist, nämlich, dass die Beschwerdeführerin seit 2009 zu 25 % und ab Januar 2013 zu 50 % in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war (vgl. vorstehend E. 4.1), ist damit aufgrund der medizinischen Akten ausgewiesen. Eine erste durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 40 % während eines Jahres wurde per 1. August 2013 erreicht (vgl. Urk. 8/169/20).

Die Anmeldung zum Leistungsbezug erfolgte am 1. November 2011 (Urk. 8/5). Der frühestmögliche Rentenbeginn war am 1. August 2013. 5. 5.1

Zu prüfen ist im Folgenden die Statusfrage beziehungsweise die Frage, ob die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall ganz, teilweise oder überhaupt nicht erwerbstätig wäre (vgl. vorstehend E. 1.7).

Die Beschwerdegegnerin hat den Status der Beschwerdeführerin erst auf den 1. Januar 2018 – mit Inkrafttreten des neuen Berechnungsmodells der gemischten Methode – angepasst, obwohl das Kind schon im März 2014 zur Welt gekommen ist (vgl. Urk. 8/173/1) und der Statuswechsel ab diesem Zeitpunkt als möglicher Revisionsgrund galt. Die Beschwerdegegnerin hat sich dabei an das IV Rundschreiben Nr. 372 gehalten. Aus diesem geht hervor, dass für alle erstmaligen Rentenmeldungen, welche vor dem 1. Juli 2017 erfolgt sind, der Rentenanspruch abgestuft bis zum 31. Dezember 2017 nach dem alten Berechnungsmodell und per 1. Januar 2018 nach dem neuen Berechnungsmodell festgelegt wird (S. 1).

Dieses Vorgehen wurde vorliegend nicht bestritten und gibt zu keinen Beanstandungen Anlass.

Die Beschwerdegegnerin berechnete einen Rentenanspruch per 1. August 2013 gestützt auf die Annahme, die Beschwerdeführerin wäre in einem Pensum von 100 % tätig gewesen. Per 1. Januar

2018 ging die Beschwerdegegnerin davon aus, die Beschwerdeführerin

sei als zu 70 % Erwerbstätige und als zu 30 % im Haushalt Tätige zu qualifizieren. Zur Begründung führte die Beschwerdegegnerin aus, die Beschwerdeführerin habe gegenüber dem Gutachter angegeben, sie würde bei guter Gesundheit 70 % ausserhäuslich tätig sein. Damit die Familie ihre Lebensunterhaltskosten decken könne, müsste die Beschwerdeführerin einer ausserhäuslichen Tätigkeit nachgehen (vgl. vorstehend E. 3.3).

Dies wurde nicht bestritten. Damit ist die Beschwerdeführerin mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ab dem 1. Januar 2018 als zu 70

% Erwerbstätige und zu 30

% im Haushalt Tätige und zuvor als 100 % Erwerbstätige zu qualifizieren. 5.2

Die durch die Beschwerdegegnerin zur Ermittlung der erwerblichen Auswirkungen vorgenommene Einkommensvergleiche per 1. August 2013 und 1.

Januar 2018 (vgl. Urk. 2 Verfügungsteil 2 S. 2, Urk. 8/168) sind nicht zu beanstanden. Die Beschwerdegegnerin ermittelte die Vergleichseinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn. Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzugs vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts 9C_675/2016

vom 18. April 2017 E. 3.2.1 mit Hinweisen). So resultierte

gestützt auf eine erste durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 40 % während eines Jahres ein IV-Grad von 40 % ab 1. August 2013 und damit ein Anspruch auf eine Viertelsrente .

In Anwendung von Art. 88a Abs. 2 IVV und die seit Januar 2013 bestehende 50%ige Arbeitsfähigkeit ging die Beschwerdegegnerin ab 1. November 2013 von einem IV-Grad von 50 % aus. Ab 1. Januar 2018 resultierte unter Anwendung der gemischten Methode (vgl. vorstehend E. 1.8) ein Invaliditätsgrad von 42 %. Der Haushaltsabklärungsbericht wurde von der Beschwerdeführerin nicht bemängelt

und die Beschwerdegegnerin stellte zu Recht auf die darin ermittelten Einschränkungen ab. 5.3

Die Rechtsprechung gewährt einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb). Gemäss der Rechtsprechung ist indes der Umstand allein, dass nur mehr leichte Arbeiten zumutbar sind, selbst bei einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit kein Grund für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn bereits eine Vielzahl von leichten Tätigkeiten umfasst (Urteile des Bundesgerichts 8C_61/2018 vom 23. März 2018 E. 6.5.2, 8C_439/2017 vom 6. Oktober 2017 E. 5.5 und 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.4.2). Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6).

Angesichts des vorliegend gegebenen Zumutbarkeitsprofils ist von einem zwar sehr eingeschränkten, aber doch genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten auszugehen. Die eingeschränkte Leistungsfähigkeit aus otorhinolaryngologischer

und gastroenterologischer Sicht wurde sodann bereits im reduzierten Pensum berücksichtigt (vgl. vorstehend E. 4.4) und kann folglich nicht zusätzlich noch einmal unter dem Titel leidensbedingter Abzug berücksichtigt werden. Angesichts dessen, dass nicht ohne triftigen Grund in das Ermessen der Beschwerdegegnerin eingegriffen werden darf, erscheint ein Abzug vom Tabellenlohn bei der Bemessung des Invalideneinkommens als nicht gerechtfertigt. 5.4

Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln (Art. 16 ATSG; BGE 138 V 457 E. 3.1 mit Hinweis). Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind jedoch recht sprechungs gemäss keine übermässigen Anforderungen zu stellen (Urteil des Bundesgerichts 9C_910/2011 vom 30. März 2012 E. 3.1 mit Hinweis; vgl. BGE 138 V 457 E. 3.1). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei denen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Von einer

Arbeitsgelegenheit kann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nur noch in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichtes 8C_434/2017 vom 3. Januar 2018 E. 7.2.1 und 9C_253/2017 vom 6. Juli 2017 E. 2.2.1, je mit weiteren Hinweisen).

Für die Invaliditätsbemessung ist nicht massgebend, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn ein Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage nach Arbeitsplätzen bestünde (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_645/2017 vom 23. Januar 2018 E. 4.3.2 mit Hinweis; Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 132 zu Art. 28a). 5.5

Das Profil der Beschwerdeführerin ist zwar sehr einschränkend, was auch die Gutachter erwähnen (Urk. 8/137 S. 29 Ziff. 6.5, S. 30 Ziff. 6.9), aber - entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S.

6) - kann noch nicht davon ausgegangen werden, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt keine geeignete Stelle kennt oder nur mit einem überdurchschnittlichen Entgegenkommen des Arbeitgebers eine Tätigkeit realisierbar wäre. 5.6

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechters, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6. 6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art.

69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr 1'000.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzu erlegen, infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 6.2

Mit Honorarnote vom 22. Juni 2020 (Urk. 11 f.) machte der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin einen Aufwand von insgesamt 16.1

Stunden und Barauslagen von Fr. 76.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) geltend.

Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Gemäss § 8 in Verbindung mit § 7 Abs. 1 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV

SVGer) wird namentlich für unnötigen Aufwand kein Ersatz gewährt.

Der geltend gemachte Aufwand von 16.1 Stunden und Fr. 76.-- Barauslagen ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses nicht angemessen, zumal Rechtsanwalt Daniel Buff die Beschwerdeführerin ab Mai 2018 schon im Verwaltungsverfahren vertrat und die Akten somit bekannt waren.

Aus der Kostennote geht hervor, dass die 16.1 Stunden hauptsächlich das Vorbereiten und Verfassen der Beschwerdeschrift

vom 20. Januar bis und mit 27. Februar 2020 betreffen. Der hierfür geltend gemachte Aufwand erscheint angesichts deren Umfang von 8 Seiten

überhöht.

Angesichts der zu studierenden Aktenstücke der Beschwerdegegnerin, der 8 seitigen Beschwerde, den Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung sowie der in ähnlichen Fällen zugeprochenen Beträgen ist die Entschädigung bei Anwendung des gerichtsüblichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 2'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. 6.3

Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- 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 Buff, Winterthur, wird mit Fr. 2'700.-- (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 Buff -
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 siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Keller

E. 7

) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 12. Juni 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9). Mit derselben Verfügung wurde antragsgemäss die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung

bewilligt. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 8

Gemäss dem in Art. 27 bis Abs. 2–4 IVV per 1. Januar 2018 eingeführten neuen Berechnungsmodell für die Festlegung des Invaliditätsgrads von teilerwerbstätigen Versicherten nach der gemischten Methode (Art. 28a Abs. 3 IVG) werden der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit und der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich – weiterhin – summiert (Art. 27 bis Abs. 2 IVV). Die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Erwerbstätigkeit richtet sich nach Art. 16 ATSG, wobei das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet wird (Art. 27 bis Abs. 3 lit . a IVV) und die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrads, den die versicherte Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet wird (Art. 27 bis Abs. 3 lit . b IVV). Für die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt. Der Anteil wird anhand der Differenz zwischen dem Beschäftigungsgrad nach Absatz 3 lit . b und einer Vollerwerbstätigkeit gewichtet (Art. 27 bis Abs. 4 IVV). 1.

E. 9

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

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