

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00291 vom 5. Februar 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-02-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00291](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00291)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00291 du 5 février 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00291 del 5 febbraio 2021

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1990, war vom 1. August 2006 bis 9. Juni 2007 (Auflösung des Lehrvertrages) als Logistikassistentin Distribution bei der Y.\_\_\_\_ angestellt (vgl. Urk. 8/7/74). Von 2008 bis 2011 machte sie eine Lehre bei Z.\_\_\_\_ AG als Logistikerin und war von April 2014 bis Ende Februar 2015 als Lagermitarbeiterin bei der A.\_\_\_\_ AG angestellt (Urk. 8/7/1, Urk. 8/14/1, Urk. 8/17, Urk. 8/21). Am 4. März 2015 (Eingangsdatum) meldete sie sich unter Hinweis auf Handgelenksschmerzen bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 8/3). Mit Mitteilungen vom 7. April 2016 (Urk. 8/31, vgl. Urk. 8/33-34) und 4. Dezember 2017 (Urk. 8/85-86) erteilte die IV-Stelle der Versicherten eine Kostengutsprache für eine Umschulung. Mit Mitteilung vom 22. Februar 2018 (Urk. 8/103) wurden die berufliche Massnahmen abgeschlossen. Am 20. Dezember 2018 meldete sich die Versicherte zum Bezug einer Hilflosenentschädigung an (Urk. 8/140). Mit Mitteilung vom 20. März 2019 erteilte die IV-Stelle der Versicherten eine Kostengutsprache für einen Rollstuhl (Urk. 8/176).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog Akten der Unfallversicherung bei (Urk. 8/7, Urk. 8/14-15, Urk. 8/18-19, Urk. 8/25, Urk. 8/102, Urk. 8/132, Urk. 8/136, Urk. 8/195) und holte bei der B.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten ein, das am 8. Juli 2019 erstattet wurde (Urk. 8/181).

Mit Mitteilung vom 10. Oktober 2019 erteilte die IV-Stelle der Versicherten eine Kostengutsprache für einen Rollator (Urk. 8/213).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 8/188, Urk. 8/198) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 10. März 2020 (Urk. 8/239 = Urk. 2) einen Rentenanspruch.

Die IV-Stelle veranlasste eine Abklärung vor Ort (Abklärungsbericht für Hilflosenentschädigung für Erwachsene vom 11. November 2019; Urk. 8/222) und verneinte nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 8/225-227) mit Verfügung vom 18. März 2020 einen Anspruch der Versicherten auf eine Hilflosenentschädigung (Urk. 8/243).

### 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 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. 1.4**

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 rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl.

BGE 144 V 50 E. 4.3).

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. 1.5**

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

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

### **E. 1.6**

Hinsichtlich des Beweiswerts eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

### **E. 2**

Die Versicherte erhob am 1. Mai 2020 Beschwerde (Urk. 1) gegen die Verfügung vom 10. März 2020 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und die IV-Stelle sei zu verpflichten, den rechtserheblichen Sachverhalt durch ein polydisziplinäres Gutachten abklären zu lassen. Gestützt darauf sei über den Anspruch auf eine IV-Rente neu zu verfügen (S. 2 Ziff. 1).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 17. Juni 2020 (Urk.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass im Rahmen der medizinischen Begutachtung Inkonsistenzen festgestellt worden seien. Die Einschränkungen der rechten Hand hätten nur teilweise erklärt werden können, weshalb auch von einer Selbstlimitierung auszugehen sei. Deshalb könne davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin seit Oktober 2016 in ihrer bisherigen Tätigkeit wie auch in einer angepassten Tätigkeit zu 30 % eingeschränkt sei. Ein Rentenanspruch könne erst nach Ablauf eines Wartjahres entstehen, in dem eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % vorgelegen habe. Diese Voraussetzung sei nicht erfüllt. Die neu eingereichten medizinischen Berichte bezüglich des Vorliegens einer Geh-/Stehbehinderung mit Rollator-Gebrauch sowie entzündlicher zerebraler Herde stellten

keine funktionell relevanten medizinischen neuen Einschätzungen dar, welche nicht schon bereits mit dem durchgeführten Gutachten im Belastungsprofil berücksichtigt worden seien. Die Diagnose der Lipodystrophie an beiden Beinen habe aus versicherungsmedizinischer Sicht keine zusätzliche dauerhafte Relevanz hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit. Die laienmedizinischen Ausführungen der Beschwerdeführerin zu depressiven Störungen könnten nicht berücksichtigt werden.

## **E. 2.2**

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt (Urk. 1), die Beurteilung des neurologischen Gutachters beruhe auf einer unvollständigen Sachverhaltsabklärung. Bei einer neurologischen Erkrankung, welche schubförmig verlaufe und keinen einheitlichen Verlauf aufweise, sei für eine Begutachtung aktuelles Bildmaterial eine grundlegende und zwingende Voraussetzung (S. 7). Auch wenn sich aus den Akten gewisse Inkonsistenzen ergäben, dürfe vorliegend nicht übersehen werden, dass zahlreiche Veränderungen bildgebend nachgewiesen seien und die Beschwerdeführerin die für eine MS typische Fatigue aufweise (S. 9). Auch die Beurteilung in Bezug auf die Handproblematik, wonach weder klinisch neurologisch noch bildgebend die Ursache für die berichtete sensomotorische Funktionsstörung habe festgestellt werden können, sei schlicht falsch (S. 9). Aus dem handorthopädischen Gutachten ergebe sich, dass eine Schmerzproblematik der rechten Hand ausgewiesen und die Beschwerdeführerin in einer Bürotätigkeit zu 60 % eingeschränkt sei (S. 10). Die Beurteilung im psychiatrischen Gutachten basierten im Wesentlichen auf der neuropsychologischen Abklärung. Zudem stütze sich der Gutachter bei seiner Hypothese, die Beschwerdeführerin weise keine Depression mehr auf, auf das Bild, das sie von sich selber Dritten vermitteln möchte. Dabei erkenne der Gutachter, dass es sich um ein dissimulierendes Verhalten handle. Sie stehe neu seit Februar 2020 in wöchentlicher psychologischer und psychiatrischer Behandlung, wobei die psychopathologische Beurteilung

und Betrachtung die Diagnose einer gegenwärtig schweren depressiven Episode ergeben habe (S. 10 f.). Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass der psychiatrische Gutachter den rechtserheblichen Sachverhalt ungenügend abgeklärt habe und diese Tatsache durch den Bericht des behandelnden Psychiaters bewiesen werde (S. 13).

## **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob auf das Gutachten der B.\_\_\_\_ abzustellen ist und ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

### **3. 3.1**

Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, berichtete am 29. Januar 2015 (Urk. 8/7/14-16) und nannte folgende Diagnose: - chronisches Schmerzsyndrom der rechten Hand unklarer Ursache nach Hamulusfraktur 2007 und Hamulusexzision 2009 - schmerzbedingte Pseudoarthrose - klinisch und neurologisch keine Anhaltspunkte für eine Läsion des Nervus medianus oder Nervus

ulnaris rechts - initiales CRPS Typ I ?

Sie führte aus, nach Angaben sei die Beschwerdeführerin im postoperativen Verlauf zumindest vorübergehend beschwerdefrei gewesen, was somit gegen eine chronische CRPS-Symptomatik spreche. In der neurologischen Untersuchung hätten sich keine muskulären Atrophien der rechten oberen Extremität gezeigt, eindeutige Paresen seien

ebenfalls nicht nachweisbar gewesen. Die sensible und motorische Neurographie des rechten Nervus medianus und Nervus ulnaris sei gänzlich unauffällig gewesen, somit ergäben sich keine Anhaltspunkte für ein traumatisches Karpaltunnelsyndrom beziehungsweise eine distale Läsion des Nervus

ulnaris (S. 2). Zusammenfassend fänden sich bei fehlenden beziehungsweise objektivierbaren neurologischen Störungen keine neurologische Erklärung des aktuellen Schmerzsyndroms (S. 3). 3.2

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Kreisarzt der Suva, berichtete am 18. Juni 2015 (Urk. 8/18/9-14) über die kreisärztliche Untersuchung der Beschwerdeführerin vom gleichen Tag und nannte folgende Diagnosen (S. 5): - unklare Schmerzsituation Handgelenk rechts nach Exzision des Hamulus

os

hamati 2009 wegen Pseudoarthrose nach nicht dislozierter Fraktur 2007 - erstmalige Diagnose CRPS Typ I April 2015

Er führte aus, die Beschwerdeführerin klage über einen extremen Kraftverlust sowie Schmerzen in der dominanten rechten Hand (S. 3, S. 5). Die Abklärungen beim Handchirurgen hätten einen unauffälligen Lokalbefund gezeigt, dies inklusive Bildgebung mittels MRI. Aus neurologischer Sicht ergebe sich keine Pathologie, die Vermutungsdiagnose eines CRPS sei dann in der Klinik E.\_\_\_\_ bestätigt worden. Die empfohlene medikamentöse Behandlung habe die Beschwerdeführerin aber abgelehnt. Bei der klinischen Untersuchung ergebe sich eine deutliche Diskrepanz, indem die Unterarmmuskulatur symmetrisch ausgebildet sei zur Gegenseite, obwohl es sich um die dominante Seite handle. Bei der initialen Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf das Vorliegen eines CRPS ergeben. Etwas später weise die Beschwerdeführerin aber auf eine herabgesetzte Hauttemperatur der Finger und des Handrückens rechts hin, was bestätigt werden könne. Die deutlich vermehrte Schweißsekretion in der Untersuchungssituation sei hingegen symmetrisch. Klinisch möglich sei ein TOS, eine affirmative Diagnose anhand der Klinik sei aber wie üblich nicht möglich (S. 5 f.). Bildgebung im MRI des rechten Handgelenks vom 12. Februar 2015 zeigten sich unauffällige Verhältnisse, insbesondere sei kein sicherer Nachweis auf das Vorliegen eines CRPS gegeben. Wie bereits Dr. F.\_\_\_\_ sei er etwas ratlos, es ergäben sich doch erhebliche Diskrepanzen zwischen klinischem Befund und den angegebenen massiven Beschwerden. Eine Belastungsgrenze der dominanten rechten Hand von 1.5 kg erscheine nur fraglich glaubwürdig angesichts der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin Auto und Fahrrad fahren könne. Es sei eine Beurteilung in der spezialisierten Rheumatologie des G.\_\_\_\_ zu veranlassen (S. 6). 3.3

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, Chefarzt Klinik G.\_\_\_\_, berichtete am 8. Juli 2015 (Urk. 8/18/5-7) über die ambulante Sprechstunde und nannte folgende Diagnose (S. 1): - chronisches Schmerzsyndrom Hand rechts, dominant (Erstmanifestation 2007), Differentialdiagnose CRPS in partieller Remission, sympathisch vermittelter Schmerz (SMP)

Er führte aus, es bestehe eine gute Funktionsfähigkeit der rechten Hand. Auf Befundebene sei lediglich eine Hypästhesie/ Hypalgesie, eine Hyperhidrose und eine schmerzinduzierte

Schwäche zu erheben. Aufgrund der heutigen Befunde sei eine chronische Schmerzsymptomatik mit sympathisch unterhaltenem Schmerz zu diskutieren. Therapeutisch gebe es zum heutigen Zeitpunkt keine Möglichkeiten, die Beschwerden positiv zu beeinflussen. Bisherige intensive Massnahmen hätten keine Änderung des Zustandes gebracht (S. 2 f.). 3.4

Suva-Kreisarzt Dr. D.\_\_\_\_ nahm am 20. Juli 2015 ergänzend Stellung (Urk. 8/18/2-3) und führte aus, nachdem die Beschwerdeführerin in der Rheumatologie der Uniklinik G.\_\_\_\_ und in der Schmerzlinik des Universitätsspitals I.\_\_\_\_ beurteilt worden sei, müsse festgehalten werden, dass es keine erfolg versprechenden Therapie-Optionen gebe mit Ausnahme der mässig gut wirkenden Schmerzmedikamente, welche die Beschwerdeführerin einnehme. Der initiale Verlauf sei gut dokumentiert. Dr. F.\_\_\_\_ als erfahrener Spezialarzt für Handchirurgie habe initial nie ein CRPS diagnostiziert, so dass die Erwägungen von Dr. H.\_\_\_\_ mit etwas Vorsicht zur Kenntnis genommen werden müssten. Bei auch in der Rheumatologie der Uniklinik G.\_\_\_\_ bestätigter guter Funktion der Hand müsse jetzt zur Arbeitsfähigkeit Stellung genommen werden. Eine leichte, die dominante rechte Hand wenig belastende Tätigkeit sei vollzeitig zumutbar. Insbesondere die Tätigkeit im Büro, welche die Beschwerdeführerin zuletzt ausübt habe, stelle eine günstige Tätigkeit dar, diese wäre vollzeitig möglich. 3.5

Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, nahm am 10. September 2015 Stellung (Urk. 8/127) und führte aus, körperlich wechselbelastende leichte Tätigkeiten unter Meidung monotoner und/oder repetitiver Fehlhaltungen der rechten Hand gebeugt oder verdreht, unter Meidung kräftigen Zupackens, unter Meidung anspruchsvoller fein- und grobmechanischer Beanspruchungen und dauerhafter schlagend, stossend, vibrierender Krafteinflüsse wären der Beschwerdeführerin zumutbar. 3.6

Die Ärzte des Universitätsspitals I.\_\_\_\_, Klinik für Neurologie, berichteten am 27. Februar 2017 (Urk. 8/64) über die neuropsychologische Untersuchung der Beschwerdeführerin und nannten folgende Diagnosen bei Zuweisung: - schubförmig remittierend multiple Sklerose (MS), Erstmanifestation Oktober 2015, Erstdiagnose Oktober 2016 - Status nach klinisch isoliertem Syndrom bei Retrobulbärneuritis des rechten Auges, Erstmanifestation Oktober 2015, Erstdiagnose Oktober 2016

Sie führten aus, dem MRI des Gehirns vom Oktober 2016 seien zwei neue fokale Demyelinisierungen im Gyrus frontalis superior rechts und im Gyrus frontalis inferior links ohne Zeichen einer florid-entzündlichen Aktivität zu entnehmen (S. 1). Die neuropsychologische Untersuchung der Beschwerdeführerin ergebe hirnlokalisatorisch diffuse, von leicht bis mittelschwer reichende kognitive Minderleistungen in den

Bereichen Aufmerksamkeit, Lernen/Gedächtnis und Exekutivfunktionen. Vom klinischen Eindruck würden affektive Auffälligkeiten (Differentialdiagnose Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion bei psychosozialer Belastungssituation), eine allgemeine Antriebsminderung sowie eine deutlich erhöhte Ermüdbarkeit dominieren. Unter Berücksichtigung des jüngsten pathologischen Schädel-MRI-Befundes vom Oktober 2016 sei bei den oben beschriebenen Minderleistungen an ein «kognitives Korrelat» der MS-bedingten hirnanorganischen Veränderungen zu denken.

Hirnlokalisatorisch würden diese Befunde übereinstimmend mit den im MRI-Befund beschriebenen frontalen Marklagerläsionen auf eine Dysfunktion präfrontaler Regelkreise hinweisen. Zusätzlich ergäben sich Hinweise auf bilaterale mediotemporale Dysfunktionen. Weiter sei von einer

sekundären Leistungsminderung im Rahmen der klinisch evidenten Fatigue, der affektiven Verstimmung und der täglichen Kopfschmerzsymptomatik auszugehen. Die Aufnahme einer Psychotherapie werde empfohlen. Aktuell sei von einer zirka 50%igen Arbeitsunfähigkeit bei einer leichten bis mittelgradigen neuropsychologischen Störung und gleichzeitigen Auffälligkeiten im Bereich der Affektivität auszugehen (S. 3). 3.7

Dr. H.\_\_\_\_ berichtete am 29. August 2017 (Urk. 8/70) über die Verlaufskontrolle der Beschwerdeführerin und nannte als neue Diagnose eine multiple Sklerose (MS), schubförmig remittierend (Erstmanifestation Oktober 2015, Erstdiagnose Oktober 2016). Er führte aus, bezüglich der rechten Hand bestehe weiterhin ein stark protrahierter Verlauf, wobei für die Beschwerdeführerin vor allem die Schmerzen, die Bewegungseinschränkung und die Kraftlosigkeit im Vordergrund stünden (S. 1). Auf Symptomebene bestünden unverändert CRPS-verdächtige Veränderungen. Objektiv zeigten sich anlässlich der heutigen Konsultation keine Anhaltspunkte auf ein florides CRPS an der linken Hand (S. 2). 3.8

Die Ärzte des I.\_\_\_\_, Klinik für Neurologie, berichteten am 2. März 2018 (Urk. 8/115/7-11) über die Neuroimmunologie-Sprechstunde und führten aus, aktuell gestalte sich der Verlauf schub- und beschwerdefrei. Es bestehe eine residuelle Fernvisusminderung rechts sowie eine Fatigue- und Drang-Symptomatik (S. 1). Anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung vom 12. Februar 2018 imponiere vordergründig eine schwergradige Fatiguesymptomatik, eine allgemeine Antriebsminderung sowie affektive Auffälligkeiten. Die Ätiologie der geschilderten Defizite sei am ehesten multifaktoriell bedingt. Primär sei von einem kognitionsrelevanten Einfluss der starken Fatigue und affektiven Verstimmung mit deutlicher Antriebsminderung auszugehen. Allerdings

liesse sich auch ein leistungsmindernder Effekt der bekannten, MS-bedingten hirnanorganischen Veränderungen nicht ausschliessen. Die Befunde zeigten, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin klar eingeschränkt sei. Die Haupteinschränkung resultiere aus der Fatigue-Symptomatik, diese beeinflusse die Konzentration und Aufmerksamkeit massgeblich, so dass sich die Beschwerdeführerin nicht länger am Stück konzentrieren könne und vermehrt Ruhepausen benötige. Bereits mit dem gegenwärtigen 40%-Pensum sei sie überfordert. Die

effektiv mögliche Arbeitszeit müsste im Rahmen eines Arbeitsversuchs erörtert

werden. Die kognitive Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin scheine überdies in Zusammenhang mit dem momentanen Befinden sowie psychisch-psychiatrischen Faktoren zu stehen, welche bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit mitberücksichtigt werden sollten.

In der klinisch-neurologischen Untersuchung lasse sich aktuell eine leichte Kraftminderung der Beine objektivieren. In der Sensibilitätsprüfung habe neu eine Hypästhesie für Berührung ab Oberschenkelniveau beidseits festgestellt werden können. In Zusammenschau der vorliegenden Befunde und Anamnese lasse sich aktuell insbesondere eine deutliche depressive Verstimmung bei aktuell nicht mehr erfolgreicher regelmässiger

psychiatrischer Anbindung und keiner medikamentösen stimmungsstabilisierenden Einstellung erheben, die neben der MS-bedingten Fatigue zu der aktuellen ausgeprägten physischen und kognitiven Abgeschlagenheit und Dekonditionierung beitragen könne. Es werde daher dringend die Wiederaufnahme der psychiatrischen Anbindung und Medikation empfohlen. Bei neu aufgefallener Sensibilitätsstörung und leichter Kraftminderung beider Unterschenkel werde zudem eine MRI-Untersuchung der spinalen Achse mit der Frage nach zwischenzeitlich neu aufgetretenen spinalen Läsionen veranlasst (S. 4). 3.9

Die Ärzte des I.\_\_\_\_, Klinik für Neurologie, berichteten am 14. Mai 2018 (Urk. 8/114) und führten aus, die 60%ige Arbeitsunfähigkeit als Zolldeklaration sei extern attestiert worden. Die Prognose sei offen. Im weiteren Vorgehen werde die Fortführung der Therapie sowie die Aufnahme einer psychiatrischen Behandlung empfohlen. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit müsste im Rahmen einer erneuten Zuweisung geklärt werden. 3.10

Die Ärzte des I.\_\_\_\_, Klinik für Neurologie, berichteten am 29. Mai 2018 über die durchgeführten Gang-Tests (Urk. 8/117/1-3) und führten aus, alle funktionellen Gehtests seien im Vergleich zu gleichaltrigen Gesunden ausserhalb des Normbereichs gelegen. Insgesamt habe sich während der Messung eine deutliche Fluktuation der Steh- und Gehfunktion, am ehesten ausgelöst durch eine phobische Komponente, gezeigt. Es sei davon auszugehen, dass die Gangpathologie dadurch stark beeinflusst werde. Die Posturographie habe abgebrochen werden müssen, da der Normalstand (20 cm breit) nicht ohne Festhalten möglich gewesen sei. Insgesamt zeige die Beschwerdeführerin eine starke Instabilität des Standes und Ganges in allen Funktionstests. Die meisten Tests seien daher nicht durchführbar gewesen. Die in der Literatur angegebenen Grenzwerte für erhöhte Sturzgefahr seien deutlich überschritten worden. Es sei davon auszugehen, dass die Gangpathologie nicht allein durch die neurologische Grunderkrankung zustande

komme, sondern zusätzlich von einer starken phobischen Komponente überlagert werde. 3.11

Die Ärzte des I.\_\_\_\_, Klinik für Neurologie, berichteten am 25. Juni 2018 (Urk. 8/124/1-6) über die Neuroimmunologie-Sprechstunde und führten aus, aktuell bestehe eine zunehmende Gangverschlechterung sowie eine Empfindungsstörung der Beine. Dem neuen MRI spinal von Juni 2018 sei weiterhin kein Hinweis auf Demyelinisierungsherde in der spinalen Neuroachse zu entnehmen, insbesondere keine aktive Plaques (S. 1).

Anamnestisch stünden weiterhin die ausgeprägte Antriebsminderung, Abgeschlagenheit und rasche Erschöpfbarkeit im Vordergrund, welche sowohl vor dem Hintergrund einer mit der MS assoziierten Fatigue als auch der bekannten und bisher weitestgehend unbehandelten depressiven Störung gewertet werden könnten. Bisherige Therapieversuche seien von der Beschwerdeführerin nicht fortgeführt beziehungsweise Therapieversuche nicht angenommen worden. Es sei jedoch wieder ein Termin bei der Psychiaterin Dr. K.\_\_\_\_ geplant. Die Beurteilbarkeit der klinisch-neurologischen Untersuchung sei aufgrund teils wechselnder Innervation sowie des raschen Aufgebens der Beschwerdeführerin stark eingeschränkt gewesen. Die aktuellen Bildbefunde erklärten das derzeitige Ausmass des Behinderungsgrades nicht. Es sei von einem starken Einfluss der affektiven Situation auf die körperlichen Befunde auszugehen. Die geklagte Erschöpfbarkeit sowie das aufkommende Schwindelgefühl bei Bewegung sei überwiegend im Rahmen der Dekonditionierung infolge fehlender körperlicher Betätigung zu sehen. Umso dringender werde die Wiederaufnahme der psychotherapeutischen Betreuung und Bahnung einer

adäquaten Behandlung und andererseits eine regelmässige und aufbauende Bewegung/Sport empfohlen. Auch werde dringend eine stationäre Neurorehabilitation mit dem Ziel einer Wiedereingliederung im privaten und beruflichen Alltag empfohlen. Die gewünschte rückwirkende Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung habe der Beschwerdeführerin heute nicht ausgestellt werden können, da sowohl aus neurologischer als auch aus neuropsychologischer Sicht zur objektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit dringend ein Arbeitsversuch indiziert wäre (S. 4). 3.12

Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Kreisarzt der Suva, nahm am 20. August 2018 eine neurologische Beurteilung vor (Urk. 8/124/7-10) und führte aus, die Beschwerdeführerin habe sich anlässlich ihres Unfalls vom 10. Juni 2017 (richtig: 2007) eine Fraktur des Hamulus rechtsseitig zugezogen, nach dessen Exstirpation 2009 habe sich ein Schmerzsyndrom der rechten Hand entwickelt, welches im Verlauf differentialdiagnostisch als CRPS I, CRPS II oder auch sympathisch vermittelter Schmerz beurteilt worden sei (S. 3). Die Zumutbarkeit für eine leichte Tätigkeit im Büro werde als vollzeitig möglich angenommen. Dieser Beurteilung könne er sich anschliessen. Es könne auf die Beurteilung bezüglich Zumutbarkeit durch Dr. D.\_\_\_\_ abgestellt werden. Rein unfallbedingt sei aus versicherungsmedizinisch neurologischer Sicht auf das von Dr. D.\_\_\_\_ beschriebene Zumutbarkeitsprofil abzustellen (S. 4). 3.13

Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 20. Dezember 2018 (Urk. 8/139) und führte aus, die Beschwerdeführerin sei seit November 2018 zirka zweimal in der Woche bei ihm in Behandlung. Er habe keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Es bestehe eine depressive Verstimmung, eine Anhedonie, Interessenverlust, sozialer Rückzug,

gesteigerte Ermüdbarkeit, Verlust des Selbstvertrauens, Grübelneigung, Schlafstörungen sowie Appetitlosigkeit. Als Diagnose nannte er eine mittelgradig depressive Episode (ICD-10 F32.1) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Es bestehe eher eine ungünstige Prognose, da die MS progredient sei. 3.14

Die Ärzte des I.\_\_\_\_, Klinik für Neurologie, berichteten am 7. Januar 2019 (Urk. 8/149) über die Neuroimmunologie-Sprechstunde und führten aus, aktuell sei die MS klinisch nicht aktiv, radiologisch aktiv. Es bestehe eine fragliche Progression (S. 1). Zur objektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit seien dezidierte Arbeitsversuche und eine formale Begutachtung unter Einbezug der neurologischen und psychiatrischen Befunde notwendig (S. 2). Das MRI vom 29. November 2018 zeige im Vergleich zum vorherigen vom 30. November 2017 eine neue Läsion rechts frontal periventriculär ohne pathologische KM-Aufnahme, eine neue Läsion links temporal juxtacortikal mit fraglicher punktförmiger KM-Aufnahme. Die Beschwerdeführerin berichte von einer progredienten Verschlechterung der Gehstrecke, einer zunehmenden Drangsymptomatik und einer schlechten psychischen Verfassung mit ausgeprägter Müdigkeit. Klinisch zeige sich am ehesten ein stabiler Befund, allerdings zeige sich die Lähmung der rechten Hand deutlich ablenkbar. Darüber hinaus ergäben sich weitere inkonsistente Untersuchungsbefunde, die nicht durch Läsionen im ZNS oder PNS erklärbar seien. Nach wie vor erklärten die MRI-Befunde das Ausmass des Behinderungsgrades nicht. Es ergebe sich der hochgradige Verdacht auf eine funktionelle Ausgestaltung beziehungsweise Aggravation von neurologischen Defiziten. Unklar bleibe, wie bewusstseinsnah diese funktionelle Komponente sei. Aufgrund der deutlichen funktionellen Komponente sei die Beurteilung des anamnest

ischen und klinischen Verlaufs erschwert und unzuverlässig. Ohne Frage liege jedoch eine schubförmige MS vor, die aufgrund des Nachweises von neu aufgetretenen inaktiven Läsionen im Hirn zumindest radiologisch aktiv einzustufen sei. Da diese radiologische Aktivität unter Tecfidera -Therapie aufgetreten sei, sollte formal eine Therapieumstellung evaluiert werden (S. 5). 3.15

Dr. M. \_\_\_ führte am 4. Februar 2019 aus (Urk. 8/157), er behandle die Beschwerdeführerin seit November 2018 ambulant. Sie sei zu 100 % arbeits unfähig. Aufgrund der Progredienz der chronischen MS-Erkrankung sei auch dauerhaft von einer weiter bestehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszu gehen. 3.16

Dr. med. N. \_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 16. Mai 2019 (Urk. 8/177) und führte aus, die Beschwerdeführerin leide an einer schubförmigen MS mit Fatigue Syndrom, Konzentrationsstörungen, Gleichgewichtsstörungen, Gangataxie mit erheblicher Einschränkung der Gehfähigkeit sowie einer Drangsymptomatik. Gemäss anamnestischen Angaben sei sie für sämtliche alltäglichen Verrichtungen auf Hilfe angewiesen. Diese werde von ihrem Ehemann erbracht. 3.17

Die Gutachter der B. \_\_\_ erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten am 8. Juli 2019 (Urk. 8/181) und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 6): - multiple Sklerose vom schubförmig verlaufenden Typ, aktuell ohne Verschlechterung - Schmerzsyndrom der rechten Hand bei - Status nach Fraktur des Hamulus

osis

hamati rechts 10. Juni 2007 - Status nach Resektion des Hamulus und Tenosynovektomie sowie Trimmung FDS 5- und FDP 4/5-Sehne rechts am 10. September 2009

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie die folgenden (S. 6): - depressive Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4) - Mischkopfschmerz - suboptimal substituierte Hypothyreose

Sie führten aus, die Diagnostik habe weder eine Kompressionsneuropathie noch die teils vermutete Verdachtsdiagnose eines CRPS bestätigen können. Ausreichende Symptome, die nach den Budapest- beziehungsweise Harden-Kriterien retrospektiv die Diagnose eines CRPS belegen könnten, seien nicht vorhanden. Die zur Diagnose eines chronisch persistierenden CRPS nötigen Störungen wie atrophische Muskel- und Hautveränderungen, Durchblutungsstörungen und Sehnenverklebungen fanden sich bei der Beschwerdeführerin nicht. Daher könnten auch keine CRPS-bedingten Funktionsdefizite vorliegen. Auch wenn ein CRPS abgelaufen wäre, hätte sich dieses – wie bei zwei Drittel der Fälle – folgenlos zurückgebildet. Die durch verschiedene Untersucher im April 2015 favorisierte Diagnose des CRPS sei aber schon im Juli 2015 nicht mehr bestätigt worden. Es sei dann ein chronisches Schmerzsyndrom festgestellt worden. Somatisch sei auch leider nicht ersichtlich, warum nach fünf Jahren die Beschwerden an der rechten Hand wieder aufgeflammt seien, zumal von der Beschwerdeführerin kein Auslöser angegeben werden können und eindeutige pathologische Befunde nicht zu erheben gewesen seien. Auch die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin nach Abschluss der handchirurgischen Behandlung über einen Zeitraum von zirka 5 Jahren keine Arbeitsunfähigkeit mehr diesbezüglich geltend gemacht habe und zeitweise 100 % in einem Logistikunternehmen im Büro gearbeitet habe, mache die Diagnose eines CRPS, aber auch die einer anderen durch Traumafolgen bedingten Funktionseinschränkung an der rechten Hand wenig

wahrscheinlich. Trotz liquordiagnostischer Vermutung eines klinischen isolierten Syndroms im Oktober 2015 und späterer Diagnose einer Multiplen Sklerose im Oktober 2016 lasse sich jedoch klinisch-neurologisch auch keine neurologische Ursache der berichteten sensomotorischen Funktionsstörung der rechten Hand feststellen, wobei nach eigener Angabe die Funktionsstörung der rechten Hand auch schon vor Auftreten der Multiplen Sklerose bestanden habe. Die neurologische Untersuchung erbringe weder den Befund einer peripheren noch einer zentralen Parese an der rechten Hand. Trotz Bestehen der handschuhförmigen Hypästhesie werde kein Störmuster eines nervlichen Schmerzes zur Erklärung der Beschwerden angegeben. Bei Fehlen pathologischer neurologischer und Lokalbefunde stelle sich die Frage nach einer psychischen Ursache (S. 4).

Dabei ergäben sich aber keine Hinweise für eine eigenständige psychische Erkrankung im Sinne einer authentischen dissoziativen Bewegungsstörung mit Lähmung der Extremitäten, denn entgegen den diagnostischen Kriterien sei der Beginn schleichend und zeitlich nicht mit dem Beginn der MS-Erkrankung oder einer anderen erheblichen Belastung gekoppelt gewesen. Weiter bestünden keine Hinweise auf psychische Konflikte, erhebliche psychosoziale Belastungen zur Zeit des Entstehens der Störung und auch nicht die üblichen prämorbid auffälligkeiten. Am ehesten sei daher von der Entwicklung einer Selbstlimitierung auszugehen im Sinne einer relativ bewusstseinsnahen Funktionsstörung. Hierfür spreche auch die Vielzahl der bei der Beschwerdeführerin festgestellten Inkonsistenzen. Die bis anhin durchgeführte ambulante psychiatrische Behandlung scheine diese Thematik gar nicht berücksichtigt zu haben. Die Abklärung von allfälligen motivationalen (bewusstseinsnahen) Aspekten wäre aber bei weiter anhaltender Symptomatik zwingend. Die klinisch-psychiatrische Untersuchung habe auch keine sonstige Psychopathologie gezeigt (S. 5). Insgesamt bestünden keine Einschränkungen der psychischen Funktionen aufgrund einer eigenständigen psychiatrischen Erkrankung. Es lägen aber Hinweise für eine Selbstlimitierung vor, die zu einem stärkeren Funktionsdefizit als erkrankungsbedingt führen würde. Von der Beschwerdeführerin werde eine Gebrauchsunfähigkeit der rechten Hand angegeben, die sich aber somatisch und auch nicht durch eine psychische Erkrankung erklären lasse. Es dürfte eine Selbstlimitierung ursächlich sein. Die Beschwerdeführerin sei allerdings linksdominant und schreibe auch links. Tätigkeiten wie bisher seien auch weiter möglich. Beidhändige Präzisionstätigkeiten sollten nicht mehr zugemutet werden (S. 6).

Betreffend Inkonsistenzen wurde ausgeführt, die Berichte von einer völligen Immobilität der rechten Hand und beider Beine passten nicht zum somatischen Befund einer intakten Muskulatur, intaktem Tonus und einem symmetrischen Muskelprofil, normalem Reflexverhalten und einem unauffälligen MRI der Wirbelsäule. Die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin, dass eine auf die Hand bezogene Arbeitsfähigkeit von nur 40 %, wie zuletzt als Zolldeklarantin möglich sei, jedoch kein grösseres Arbeitspensum, erscheine aufgrund der objektivierbaren Befunde nicht plausibel, da eine Erholungspause zwischen den zwei (vollen) Arbeitstagen nicht vorgelegen habe. Aufgrund dieser Angaben und der erhobenen Befunde hätten sich die Befunde nicht rein somatisch zuordnen lassen, jedoch hätten sich auch keine Hinweise auf eine eigenständige psychiatrische Erkrankung ergeben. Die aktuelle Blutuntersuchung zeige, dass die Beschwerdeführerin entgegen ihren Angaben keine Schmerzmittel und keine Psychopharmaka einnehme. Dies relativiere den angegebenen Leidensdruck ebenfalls erheblich. In der bisherigen, im Wesentlichen leidensangepassten Tätigkeit als Zolldeklarantin könne die Beschwerdeführerin medizintheoretisch, ausschliesslich unter Berücksichtigung der neurologischen

Funktionsstörungen, noch zu 70 % tätig sein, wobei keine Minderung der zeitlichen Präsenz vorliege, sondern eine Minderung der Leistungsfähigkeit um 30 % . Dies gelte für jede andere angepasste Tätigkeit, mithin für Tätigkeiten, die im Sitzen an einem rollstuhl gerechten Arbeitsplatz einhändig ohne Zeitdruck und Stressbelastung erbracht werden könnten (S. 8). 3.18

Dr. med. J.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, nahm am 13. Juli 2019 Stellung ( Urk. 8/184/9-10) und führte aus, es könne auf das Gutachten abgestellt werden. Die neurologische Behandlung der MS werde als stringent angegeben. Wegen der Selbstlimitierung mit Verursachung der Funktionsstörung der rechten Hand werde eine diesbezügliche Thematisierung in der bereits laufenden psychiatrischen Behandlung empfohlen. Allenfalls wäre auch eine Abklärung motivationaler bewussteinnaher Aspekte bei anhaltender Symptomatik hilfreich. Die von der Beschwerdeführerin angegebenen Gebrauchseinschränkungen der rechten Hand liessen sich nur teilweise, respektive für beidhändige Präzisionsarbeiten erklären. Die Beschwerdeführerin sei Linkshänderin und schreibe auch links. Es dürfte sich ursächlich um Selbstlimitierung handeln. 3.19

Dr. med. O.\_\_\_\_ , Facharzt für Neurologie, berichtete am 5. September 2019 ( Urk. 8/201/3-6) und nannte folgende Diagnosen: - Multiple Sklerose mit schubförmigem Verlauf, Differentialdiagnose sekundär progredient verlaufend (Erstmanifestation Oktober 2015, Erst diagnose Oktober 2015 ; richtig: 2016 ) mit aktuell ausgeprägter Ataxie - chronisches Schmerzsyndrom der rechten Hand, bei Status nach Trauma am 10. Juni 2007 mit Fraktur des Hamulus

ossis

hamati mit Status nach Hamulusexzision am 10. September 2009 mit persistierender schlaffer Parese der rechten Hand mit Gefühlsstörungen - chronische, bioccipitale Kopfschmerzen seit 2015

Er führte aus, die Beschwerdeführerin sei Ambidexterin , schreibe seit 12 Jahren mit links. Gehen sei nur mit einseitiger Unterstützung möglich, zudem bestehe eine deutliche Sitz- und Standataxie . Die im Oktober 2015 aufgetretene MS habe zunächst einen stabilen Verlauf gezeigt. Im Februar 2016 sei eine immunmodulatorische Therapie aufgenommen worden, trotzdem habe sich eine zunehmende Müdigkeit eingestellt. Im Frühjahr 2018 sei eine Ataxie dazugekommen, welche ebenfalls einen progredienten Verlauf gezeigt habe. Aktuell bestehe eine ausgeprägte Stand- und Sitzataxie und 100 Meter könne die Beschwerdeführerin nur noch mit einseitiger Unterstützung bewältigen (S. 3). Bei diesen Befunden sei eine Arbeitsfähigkeit nicht mehr möglich, auch eine leidensangepasste Tätigkeit werde die Beschwerdeführerin nicht bewältigen können. Die schlaffe Lähmung der rechten Hand lasse sich organisch nur schwierig erklären, im EMG seien die Armnerven problemlos stimulierbar und die beschriebene Anastomose sei ohne Einfluss auf die motorische Funktion der rechten Hand. Als Ursache dieser schlaffen Parese der rechten Hand käme also lediglich ein zentrales Geschehen in Frage und somit die seit Oktober 2015 bekannte Multiple Sklerose. Ein direktes Korrelat habe in den Akten allerdings nicht gefunden werden können. Angesichts der aktuellen Beschwerden und Befunde sei die Schlussfolgerung der B.\_\_\_\_ -Gutachter, wonach noch eine 70%ige Arbeitsfähigkeit bestehe , unverständlich und könne lediglich als eine versicherungsfreundliche Bewertung angesehen werden. Bei der Durchsicht der inzwischen umfangreichen Akten seien auch

gewisse Inkonsistenzen aufgefallen, ein organischer Kern könne und dürfe jedoch nicht übersehen werden, es seien dies die zahlreicher gewordenen MS-Veränderungen und die für eine MS typische Fatigue. Ob die inzwischen ausgeprägte Ataxie nur MS-bedingt sei, sei nicht mit Sicherheit zu beurteilen. Eine erneute Überprüfung durch

die IV sei angesichts dieser Sachlage unerlässlich (S. 4) . 3.20

Mit Physiotherapie-Austrittsbericht vom 18. September 2019 der Klinik P.\_\_\_\_ (Urk. 8/226/2-5) wurde über den Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 5. bis 18. September 2019 berichtet. Die Mobilität/Selbsthilfe/Beweglichkeit habe sich

leicht verbessert. Der Zustand der Beschwerdeführerin während des Aufenthaltes sei sehr fluktuierend und tagesformabhängig gewesen.

Zur weiteren Behandlung der Beinkraft und Erweiterung der Gehstrecke sei eine ambulante Physiotherapie indiziert (S. 4). Das Aufsitzen, Hinlegen und Drehen im Bett (mit erhöhtem Zeitaufwand) sowie der Sitz-Stand mit Hilfe der Arme am Rollator seien selbständig möglich, der Bodentransfer sei nicht

möglich. Stehen sei nur am Rollator zum Laufen möglich, Gehen am Rollator unter Supervision zirka 3 Meter mit erhöhtem Zeitaufwand (S. 2). Die Selbstversorgung sei mit Hilfe durch Pflegeperson

(Ehemann) und das häusliche Leben durch den Ehemann möglich (S. 3). 3.21

Die MRI-Untersuchung des Neurokraniums vom 23. September 2019 (Urk. 8/215/2) ergab verglichen mit der Voruntersuchung vom 29. November 2018 zwischenzeitlich mehrere neue demyelinisierende Läsionen. Es ergab sich kein Nachweis von aktuellen Schrankenstörungen beziehungsweise aktiven Herden.

Spinal sei weiterhin kein Nachweis von eindeutigen Demyelinisierungsherden vorhanden sowie keine Stenosierung des Spinalkanals und keine Anhaltspunkte für foraminale Nervenwurzelkompressionen. 3.22

Dr. O.\_\_\_\_ berichtete am 17. Oktober 2019 (Urk. 8/219) über die erneute Untersuchung vom 15. Oktober 2019 und führte aus, seit der letzten Untersuchung vom August 2019 habe sich die Gehfähigkeit weiter etwas verschlechtert. Die Beschwerdeführerin berichte, dass sie vermehrt Unterstützung benötige, um auch nur kürzere Gehstrecken zu bewältigen (S. 1). Bei bekannter MS mit schubförmigem Verlauf habe sich das Beschwerdebild verschlechtert, mit deutlicher Zunahme der Ataxie, welche nun derart ausgeprägt sei, dass die Beschwerdeführerin nur noch mit einem Rollator gehen könne. Ohne diese Hilfe sei sie auf mindestens einseitige Unterstützung angewiesen. Die neurologische Verlaufskontrolle habe mehrere neue Demyelinisierungsherden ergeben, womit dieser Verschlechterung zumindest teilweise erklärt werden könne. Die Behandlung bestehe weiterhin aus Tecfidera, zusätzlich sollte die Beschwerdeführerin regelmässig physiotherapeutisch behandelt werden, mit dem Ziel, die Gehfähigkeit zu verbessern. Mittelfristig sollte eine erneute stationäre Rehabilitationsbehandlung ins Auge gefasst werden (S. 2). 3.23

RAD-Arzt Dr. J.\_\_\_\_ nahm am 1. Februar 2020 Stellung (Urk. 8/238/5) und führte aus, die neuen Akten brächten hinsichtlich des Vorliegens einer Geh-Stehbehinderung mit Rollator-Notwendigkeit sowie MRI entzündlicher zerebraler Herden keine funktionell relevante medizinische Neuerkenntnis, da diese im Gutachten bereits im Belastungsprofil berücksichtigt worden seien. Der erwähnte geplante Eingriff wegen Lipodystrophie an

beiden Beinen habe offensichtlich therapeutische Konsequenzen, per se stelle diese Diagnose versicherungsmedizinisch jedoch keine zusätzlich dauerhafte Arbeitsfähigkeitsrelevanz dar. Die psychiatrischen Überlegungen der Rechtsvertreterin zu depressiven Störungen ohne aktuelle fachärztliche Bescheinigungen stellten lediglich laienmedizinische Ausführungen dar und könnten somit hier nicht berücksichtigt werden.

3.24

Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 23. März 2020 (Urk. 8/247/24-30 = Urk. 3/3) und führte aus, die Beschwerdeführerin sei ihm durch Dr. O.\_\_\_\_ zur Untersuchung und Therapie zugewiesen worden. Sie konsultierte ihn seit dem 7. Februar 2020 wöchentlich (S. 1). Aufgrund der Tatsache, dass der prämorbid Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin vom aktuellen extrem differenziert, habe sich eine massive Körperselbststörung gebildet. Es handle sich um eine eigentliche Körperbild-Veränderung. Diese verursache eine gestörte Ich-Identität mit Folgen in allen körperlichen und psychischen Bereichen als Selbststörung (S. 3). Die Folge der Körperbild-Veränderung sei eine anhaltende Depressivität, welche durch tägliches Erfahren der deutlichen körperlichen Versehrtheit die Quelle der voraus sichtlich bleibenden depressiven Störung sei. Die anhaltende Müdigkeit, die bei der Beschwerdeführerin bereits chronisch sei, könne einerseits Folge der Depression sein, andererseits Folge der MS. Der Gutachter der B.\_\_\_\_ habe die Psychodynamik der Körperbild-Veränderung nicht berücksichtigt. Er habe verpasst, hier ein klares Dissimulieren zu erheben und die Hintergründe desselben zu erforschen. Ebenso sei es der Neuropsychologin ergangen (S. 4). Der Beschwerdeführerin falle es schwer, die MS zu akzeptieren. Es ergebe sich evident, dass sie neu beziehungsweise anders beurteilt werden müsse, als dies in bisherigen Untersuchungen erfolgt sei. Dies betreffe die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, die Erwerbsfähigkeit und die Beurteilung der Hilflosigkeit (S. 5). Die als Folge der MS vorliegenden Symptome der schweren Beine, des Gefühls, kraftlos zu sein, und der Verlangsamung der Denkprozesse sowie der Kraftlosigkeit der rechten Hand und der ebenso evidenten depressiven Störung liessen keine Besserung des Gesundheitszustandes erwarten. Ihre starken Schmerzen hätten grosse Auswirkungen auf die Lebensqualität, da sie sowohl den Alltag als auch die Arbeitsfähigkeit einschränken würden. Prognostisch werde die Progredienz der Krankheit den allgemeinen Gesundheitszustand wahrscheinlich mit jedem Schub eher verschlechtern. Eine der Krankheit angepasste Arbeitstätigkeit sei bei einer so schweren Krankheit auch hinsichtlich der extremen Erschöpfungsstörung illusorisch. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, kombiniert mit einer hochgradigen Hilfsbedürftigkeit (S. 6). 4. 4.1

Das polydisziplinäre Gutachten der B.\_\_\_\_ vom Juli 201

## E. 7

) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 15. Juni 2020 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 11).

Im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren der Beschwerdeführerin Nr. IV.2020.00273 und im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren Nr. UV.2020.00092 ergingen die Urteile am heutigen Tag. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG).

## **E. 9**

(vorstehend E. 3. 17 ) umfasst die Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Handchirurgie, Neurologie, Neuropsychologie und Psychiatrie. Die Gutachter verfügen über den entsprechenden Facharztstitel beziehungsweise die erforderliche Fachausbildung und waren somit in ihren Fachgebieten zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin befähigt (vgl. Urk. 8/181 S. 2). Die Gutachter berücksichtigten sodann die geklagten Beschwerden und das Verhalten der Beschwerdeführerin und erstellten ihr jeweiliges Teilgutachten in Kenntnis der Vorakten. Sowohl die gestellten Diagnosen als auch die Schlussfolgerungen zur Arbeitsfähigkeit werden im Gutachten ausführlich begründet und sind nachvollziehbar. Damit erfüllt das Gutachten die bundesgerichtlichen Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vorstehend E. 1.6) vollständig, so dass für die Entscheidfindung darauf abzustellen ist. 4.2

Die Gutachter legten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dar, dass die Diagnostik betreffend die Beschwerden an der rechten Hand weder eine Kompressionsneuropathie noch die teils vermutete Verdachtsdiagnose eines CRPS bestätigen können. Trotz liquordiagnostischer Vermutung eines klinischen isolierten Syndroms im Oktober 2015 und späterer Diagnose einer MS im Oktober 2016 lasse sich klinisch-neurologisch auch keine neurologische Ursache der berichteten sensomotorischen Funktionsstörung der rechten Hand feststellen. Die neurologische Untersuchung erbringe weder den Befund einer peripheren noch einer zentralen Parese an der rechten Hand. Bei Fehlen pathologischer neurologischer und Lokalbefunde stelle sich die Frage nach einer psychischen Ursache (Urk. 8/181 S. 4).

Die Gutachter hielten fest, die gleichen Überlegungen ergäben sich hinsichtlich der Gangstörungen, die erstmals in Form leichter sensomotorischer Störungen der Unterschenkel im März 2018 aufgetreten seien. Sie machten darauf aufmerksam, dass sich das Gangvermögen bis Juni 2018 rapide verschlechtert habe und im Juni 2018 von neurologischer Seite auf Befunddiskrepanzen hingewiesen worden sei mit Einschätzung eines Einflusses der affektiven Situation auf die körperlichen Befunde. Dies sei in Übereinstimmung mit der aktuellen Feststellung einer nicht ausschliesslich somatisch zu begründenden Beinlähmung (S. 4 f.). Somit könne die aktuell vorgeführte absolute Geh- und Stehfähigkeit somatisch nicht ausreichend begründet werden. Hinweise für eine eigenständige psychische Erkrankung im Sinne einer authentischen dissoziativen Bewegungsstörung mit Lähmung der Extremitäten ergäben sich jedoch keine, weshalb am ehesten von der Entwicklung einer Selbstlimitierung auszugehen sei. Hierfür sprächen auch die Vielzahl der festgestellten Inkonsistenzen (S. 5).

Die Beurteilung der Gutachter steht in Übereinstimmung mit den Ausführungen der Neurologen des I.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.10 und E. 3.14), wonach sich während der Messung eine deutliche Fluktuation der Steh- und Gehfunktion, am ehesten ausgelöst durch eine phobische Komponente, gezeigt habe. Es sei davon auszugehen, dass die

Gangpathologie dadurch stark beeinflusst werde und nicht allein durch die neurologische Grunderkrankung zustande komme (vorstehend E. 3.10) . Im Januar 2019 erachteten die Neurologen des I.\_\_\_\_ die MS als klinisch nicht aktiv , obschon das MRI vom 29. November 2018 im Vergleich zum vorherigen vom 30. November 2017

neue Läsionen gezeigt habe. Sie gingen davon aus, dass klinisch am ehesten von einem

stabilen Befund auszugehen sei , wobei sich die Lähmung der rechten Hand deutlich ablenkbar zeige . Die Neurologen des I.\_\_\_\_ berichteten sodann ebenfalls über inkonsistente Untersuchungsbefunde, die nicht durch Läsionen im ZNS oder PNS erklärbar seien. Nach wie vor erklärten die MRI- Befunde das Ausmass des Behinderungsgrades nicht. Es ergebe sich der hochgradige

Verdacht auf eine funktionelle Ausgestaltung beziehungsweise Aggravation von neurologischen Defiziten . Ohne Frage liege eine schubförmige MS vor, die aufgrund des Nachweises von neu aufgetretenen inaktiven Läsionen im Hirn zumindest radiologisch aktiv einzustufen sei (vorstehend E. 3.14) .

Zusammenfassend kann demnach festgehalten werden, dass der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht bei einer Minderbelastbarkeit der Beine im Rahmen der MS sowohl die bisherige Tätigkeit als Zolldeklarantin als auch angepasste Tätigkeiten , welche sitzend an einem rollstuhlgerechten Arbeitsplatz und einhändig zu erbringen seien ,

zu 70 %

zumutbar sind (S.

7 oben und S. 8 ) . 4.3

Der psychiatrische Gutachter nannte in seinem Teilgutachten (S. 41-50) als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4; S. 48) , und ging davon aus, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht in jeder körperlich zumutbaren Tätigkeit uneingeschränkt arbeitsfähig sei (S. 50).

4.4

Auch das psychiatrische Teilgutachten erfüllt die formalen Beweiswertanforderungen (vorstehend E. 1.6) ohne weiteres, ist es doch für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis sowie Würdigung der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Darüber hinaus leuchtet es in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und enthält nachvollziehbar begründete Schlussfolgerungen, weshalb darauf abgestellt werden kann.

Eine entsprechende Prüfung ergibt denn auch, dass der psychiatrische Gutachter die heute massgebenden Standardindikatoren (vorstehend E. 1.5) in seine Beurteilung weitestgehend einbezogen hat.

So hat er sich einlässlich mit den diagnostisch relevanten Befunden und deren Ausprägung auseinandergesetzt (S. 44 f., S. 47) , ebenso mit dem bisherigen Behandlungserfolg (S. 43,

S. 45, S. 49). Er legte in nachvollziehbarer Weise dar, dass weder anamnestisch noch bei der Untersuchung eine authentische psychische Störung habe festgestellt werden können. Eine relevante affektive Störung, eine dissoziative Störung und eine somatoforme Schmerzstörung hätten ausgeschlossen werden können (S. 49). Die aktuelle Blutuntersuchung habe gezeigt, dass die Beschwerdeführerin entgegen ihren Angaben keine Schmerzmittel und keine Psychopharmaka einnehme. Dies relativiere den angegebenen Leidensdruck erheblich (S. 47). Gemäss Gutachter sei der Verlauf der depressiven Störung positiv gewesen, gegenwärtig sei die Beschwerdeführerin nicht depressiv und es hätten sich auch keine anderen psychopathologischen Störungen gezeigt (S. 49). Die Beschwerdeführerin befinde sich in ambulanter psychiatrischer Behandlung, wobei diese jedoch die zentralen Themen nicht berücksichtigt zu haben scheine. Der Gutachter würde bei anhaltender Symptomatik eine Abklärung von allfälligen motivationalen Aspekten als hilfreich empfinden (S. 50). Betreffend die persönlichen Ressourcen wurde ausgeführt, dass die Fähigkeit, sich an Regeln und Routinen anzupassen, nicht beeinträchtigt und die Fähigkeit, Aufgaben zu planen und zu strukturieren, intakt sei. Auch die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie die Anwendung fachlicher Kompetenzen als Zolllmitarbeiterin seien aus psychiatrischer Sicht nicht beeinträchtigt. Die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, die Durchhaltefähigkeit, die Selbstbehauptungsfähigkeit sowie die Konfliktfähigkeit zu Dritten und Gruppenfähigkeit der Beschwerdeführerin seien erhalten. Insgesamt bestünden keine Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit infolge einer psychischen Störung (S. 49). Zu prüfen bleibt der Aspekt der Konsistenz. Im psychiatrischen sowie neuropsychologischen Teilgutachten wurde ausgeführt, dass das Beschwerdebild nicht plausibel sei. Das ganze Krankheitsgeschehen wurde von den Gutachtern als nicht plausibel erachtet. Die Symptomvalidierungstests im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung hätten eine ungenügende Anstrengung beziehungsweise ein hochgradig unplausibles Leistungsprofil gezeigt und die geklagten neuropsychologischen Defizite hätten nicht objektiviert werden können. Zudem hätten sich auch Inkonsistenzen in der Anamnese ergeben und die Angaben der Beschwerdeführerin bezüglich der Einnahme von Schmerzmitteln und Antidepressiva seien durch die Blutuntersuchung widerlegt worden (S. 48 f.).

Die Bestimmung der Arbeitsfähigkeit (S. 50) ist zudem so erfolgt, dass sie sich gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1) ergibt. Die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob sich der Gutachter an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt hat (BGE 141 V 281 E. 5.2.2), ist demnach zu bejahen. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchslage lassen sich anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit Überwiegen der Wahrscheinlichkeit nachweisen.

Mithin erfüllt das Gutachten sowohl die praxisgemässen herkömmlichen Anforderungen (vorstehend E. 1.6) als auch diejenigen des strukturierten Beweisverfahrens (vorstehend E. 1.3-1.5). Somit ist betreffend die Diagnosen sowie die Arbeitsfähigkeit auf das Gutachten abzustellen. 4.5

Die abschliessende Würdigung des Beschwerdebildes anhand der Standardindikatoren ergibt, dass

auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, wie sie sich aus dem Gutachten der B.\_\_\_\_ vom Juli 2019

ergibt, abgestellt werden kann. Entsprechend besteht

sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Zolldeklarantin als auch in einer somatisch angepassten Tätigkeit ab Oktober 2016 eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 8 f.). 4.6

Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin vermögen die Berichte von Dr. M.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.13 und E. 3.15), welcher der Beschwerdeführerin im Februar 2019 ohne jegliche Begründung eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte, das Gutachten der B.\_\_\_\_ nicht umzustossen. Er nannte einzig die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) und führte aus, aufgrund der Progredienz der chronischen MS-Erkrankung sei auch dauerhaft von einer weiter bestehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Er legte weder die erhobenen Befunde dar, noch gab er eine nachvollziehbar begründete und durch Befunde untermauerte medizinisch-theoretische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ab. Es bleibt zu bemerken, dass die bereits im März 2018 von den Neurologen des I.\_\_\_\_ festgehaltene deutliche psychische Verstimmung (vgl. vorstehend E. 3.8) damals trotz dringender Empfehlung weder mit einer psychiatrischen Anbindung noch einer medikamentösen Behandlung angegangen wurde, was nicht von grossem Leidensdruck zeugt.

Ausserdem zeigten sich auch anlässlich der Begutachtung keine Spuren von Schmerzmitteln oder Antidepressiva im Blut und die gezielte Befragung nach depressiven Symptomen sowie die klinische Erhebung haben einen unauffälligen Befund ergeben (Urk. 8/181 S. 44 f.).

Schliesslich vermag auch der Bericht von Dr. Q.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.24) daran nichts zu ändern, zumal die Beschwerdeführerin diesen erstmals am 7. Februar 2020, also nach Erlass des Vorbescheids, konsultierte und sein Bericht nach Verfügungserlass datiert.

Für die Beurteilung der Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung oder des Einspracheentscheides ist für das Sozialversicherungsgericht in der Regel der Sachverhalt massgebend, der zur Zeit des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung bilden (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). Sodann ist bei Berichten von behandelnden Ärzten der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifel eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen). Zwar kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte oft wertvolle Erkenntnisse hervorbringen. Jedoch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353; 124 I 170 E. 4. S. 175; Urteil des Bundesgerichts 9C\_906/2011 vom 8. August 2012 E. 4.4) nicht zu, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, da die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, welche im Rahmen der

Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteile des Bundesgerichts 8C\_278/2011 vom 26. Juli 2011 E. 5.3; 8C\_567/2010 vom 19. November 2010 E. 3.2.2 sowie 9C\_710/2011 vom 20. März 2012 E. 4.5; SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, I 514/06 E. 2.2.1). Dies ist vorliegend nicht der Fall. 4.7

Zusammenfassend steht der Sachverhalt dahingehend fest, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus interdisziplinärer Sicht seit Oktober 2016 zu 30 % eingeschränkt ist. Das Wartefahr (vorstehend E. 1.2) kann folglich nicht eröffnet werden, weshalb der Beschwerdeführerin auch kein Rentenanspruch zusteht.

Die angefochtene Verfügung (Urk. 2) erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5.

## 5.1

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. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung sind die Gerichtskosten einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 5.2

Der unentgeltlichen Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Christine Fleisch, steht bei diesem Verfahrensausgang eine Entschädigung aus der Gerichtskasse zu.

Der unentgeltlichen Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin wurde mit Verfügung vom 15. Juni 2020 (Urk. 11) die Möglichkeit eingeräumt, dem Gericht eine detaillierte Zusammenstellung über den Zeitaufwand und die angefallenen Barauslagen einzureichen. Sie hat diese Möglichkeit nicht wahrgenommen, weshalb ihre Entschädigung wie angekündigt nach Ermessen festzusetzen ist.

Sie bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streit Sache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgesetz, GSVGer). Beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist die Entschädigung auf Fr. 2'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgesetz (GSVGer) hingewiesen, wonach sie zur Nachzahlung der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern sie dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Christine Fleisch, Zürich, 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: - Rechtsanwältin Christine Fleisch -  
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  
Schüpbach

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