

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00105 vom 31. Januar 2023**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-01-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2022.00105](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00105)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00105 du 31 janvier 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00105 del 31 gennaio 2023

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz. 1008 des Kreisschreibens zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems, KS ÜB WE IV, gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fällt, sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 1.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 1.3**

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ( Art.

#### **E. 1.4.1**

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 unbeschrieben 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. 1.4.2**

Zur Annahme einer Invalidität aus psychischen Gründen bedarf es in jedem Fall eines medizinischen Substrats, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Bestimmen psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren das Krankheitsgeschehen mit, dürfen die Beeinträchtigungen nicht einzig von den belastenden invaliditätsfremden Faktoren herrühren, sondern das Beschwerdebild hat davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen. Solche von der soziokulturellen oder psychosozialen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne selbständige psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann (BGE 141 V 281 E. 4.3.3; 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 9C\_543/2018 vom 21. November 2018 E. 2.2).

Somit sind psychosoziale und soziokulturelle Faktoren nur mittelbar invaliditäts begründend, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden Folgen des Gesundheitsschadens beeinflussen. Zeitigen soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen, bleiben sie bei der Beurteilung der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeklammert (Urteil des Bundesgerichts 8C\_717/2018 vom 22. März 2019 E. 3). In einer versicherungsmedizinischen Begutachtung, welche sich nach den normativen Vorgaben der Rechtsprechung orientiert, ist es daher nicht nur zulässig, sondern so gar geboten, solche invalidenversicherungsrechtlich nicht relevanten Umstände aufzuzeigen und gegebenenfalls bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auszuklammern (Urteil des Bundesgerichts 9C\_740/2018 vom 7. Mai 2019 E. 5.2.1).

#### **E. 1.5**

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche

Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zu verlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

## **E. 2**

Dagegen liess die Versicherte am 22. Februar 2022 Beschwerde erheben und be antragen, die Verfügung vom 25. Januar 2022 sei aufzuheben und ihr sei eine halbe Rente zuzusprechen; eventualiter sei die Sache zu weiteren medizinischen Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 1). Mit Eingabe vom 22. März 2022 (Urk. 6) reichte die Beschwerdeführerin das Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit (Urk. 7) samt Beilagen (Urk. 8/1-6) zu den Akten. Mit Beschwerdeantwort vom 1. April 2022 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9), worüber die Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 5. April 2022 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 11).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung, die beruflichen Massnahmen hätten im März 2017 aus gesundheitlichen Gründen abgebrochen werden müssen (Urk. 2 S. 1). Insbesondere psychosoziale Belastungsfaktoren hätten zu einer Überforderung im Alltag geführt. Zur Klärung der Diagnosen und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei eine Begutachtung in Auftrag gegeben worden (Urk. 2 S. 3). Sowohl für die bisherige Tätigkeit als auch für weitere, dem Belastungsprofil entsprechende Tätigkeiten, sei seit mehreren Jahren zehnten von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % auszugehen. In depressiven Perioden sei eine höhere Arbeitsunfähigkeit möglich. Es werde an der Qualifikation von 80 % Erwerbstätigkeit und 20 % Haushaltstätigkeit festgehalten. Ein auf dieser Basis erstellter Einkommensvergleich weise keinen renten begründenden Invaliditätsgrad aus (Urk. 2 S. 4).

### **E. 2.2**

Demgegenüber brachte die Beschwerdeführerin vor, es sei ihr seit dem Jahr 2015 nicht mehr möglich gewesen, im Arbeitsmarkt Fuss zu fassen. Es komme immer wieder zu Einbrüchen und sie verliere ihre Anstellung nach kurzer Zeit. Ihre Arbeitsbiographie bilde eine viel grössere Einschränkung ab als nur eine minder schwere affektive Störung. Die seit Jahren wiederkehrenden Krankschreibungen würden auf eine schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigung hindeuten und aufzeigen, dass sie im Arbeitsmarkt immer

wieder auf Schwierigkeiten stosse; konstante Einsätze seien kaum möglich. Aus Sicht des behandelnden Psychiaters könne auf das Gutachten nicht abgestellt werden. Er habe sich in seiner Stellungnahme mit der Diagnose der früheren Behandler und Gutachter

sowie

der neuen Diagnose aus dem aktuellen Gutachten auseinandergesetzt. Die Aussage des aktuellen Gutachters, wonach keine ICD-10 konformen Diagnosen gestellt worden seien, habe er widerlegt und begründet aufgezeigt, dass die von den bisherigen Behandlern gestellten Diagnosen nach ICD-10 korrekt hergeleitet beziehungsweise AMDP-konforme Befunde erhoben worden seien (Urk. 1 S. 2 f.). 3.

### **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 3.1**

Im Bericht vom 5. Juni 2015 führten die behandelnden Ärzte der D.\_\_\_\_ AG aus, die Beschwerdeführerin sei auf Zuweisung ihres ambulant behandelnden Arztes bei akuter depressiver Krise mit Suizidgedanken in einer psychosozialen Belastungssituation notfallmässig, jedoch freiwillig zur ersten psychiatrischen Hospitalisation überhaupt eingetreten. Die Beschwerdeführerin habe bei Eintritt über eine depressive Symptomatik mit reduziertem Antrieb, traurigem Affekt, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Gedankenkreisen, Schlafstörungen, reduziertem Appetit und reduzierter Konzentration berichtet. Als Belastungsfaktoren seien eine starke berufliche Belastung mit Schichtdienst sowie eine vor einer Woche erfolgte Trennung vom Ehemann mit Auszug in eine neue Wohnung und damit Trennung von ihren Kindern aufgetreten (Urk. 10/35/6). Die Beschwerdeführerin habe auch über seit ihrem Jugendalter bestehende stark wechselnde Stimmungszustände sowie Gefühle von innerer Leere und Anspannung berichtet. Zur Bewältigung dieser Zustände gerate sie in Phasen starker künstlerischer Produktivität, in denen sie wenig Schlaf brauche und mehr Energie verspüre. Sie habe auch regelmässige Phasen starker Erschöpfung, Energielosigkeit und gedrückter Stimmung beschrieben (Urk. 10/35/7). Die Behandler diagnostizierten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2) sowie eine Akzentuierung von Persönlichkeitszügen, vorrangig emotional-instabile Züge (Z73.1; Urk. 10/35/6). Am 21. Januar 2016 ergänzten die Behandler der D.\_\_\_\_ AG, die Beschwerdeführerin sei vom 12. März 2015 bis 17. Juni 2015 sowie vom 26. Juni 2015 bis 25. August 2015 in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen. Im Anschluss sei die Beschwerdeführerin vom 31. August 2015 bis 15. Oktober 2015 in teilstationärer Behandlung gewesen. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten sie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), manifest seit circa zwei Jahren, einen Verdacht auf eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline -Typ (ICD-10 F60.31) und eine psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch (ICD-10 F10.1) auf (Urk. 10/40/4-6).

#### **E. 3.2**

Der behandelnde Psychiater,

Dr. med. E.\_\_\_\_ , Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 1. April 2016, es sei von seit langem bestehenden Grunderkrankungen mit insbesondere Depressionen bei Akzentuierung von Persönlichkeitszügen auszugehen . Die schwere depressive Episode habe erstmals zu einer längeren Arbeitsunfähigkeit geführt. Der Verlauf dieser Episode sei sehr protrahiert, der Zustand sei weiterhin nicht remittiert oder stabil, jedoch gebessert. Längerfristig gehe er davon aus, dass die Prognose der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht ungünstig sei. Ob sie wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit erreichen werde, sei ungewiss, da sie eine Tendenz dazu habe, sich zu überfordern. Dies begünstige erneute depressive Episoden, insgesamt sei die Prognose jedoch günstig. Die Tätigkeit als Pflegemitarbeiterin sei der Beschwerdeführerin im Rahmen von zwei Mal vier Stunden pro Woche zumutbar (80 % arbeitsunfähig auf ein 100%-Pensum). Sollten mehrere kürzere Einsätze erfolgen, wäre dieses Pensum eine Überforderung, da die Hin- und Rückfahrten für die Beschwerdeführerin belastend seien. Als Hausfrau und Mutter sei ihr ein höheres Pensum zumutbar. Gewisse pflegerische Einsätze, die beispielsweise eine sehr hohe Präsenz , Flexibilität oder Abgrenzung erfordern oder komplexe Abläufe einschliessen würden, seien ihr hingegen noch nicht zumutbar (Urk.

### **E. 3.3**

Am 26. April 2017 berichtete Dr. E.\_\_\_\_ ,

das depressive Zustandsbild habe sich insgesamt gebessert, so

dass nicht mehr von einer vorherrschenden, anhaltenden schweren depressiven Episode auszugehen sei. Gleichzeitig habe sich gezeigt, dass eine Restsymptomatik mit insbesondere Erschöpfungs- und Überforderungsgefühlen sowie erhöhter Ermüdbarkeit vorhanden sei . Die Grunderkrankung auf der Persönlichkeitsebene habe eine deutliche Stabilisierung nicht zugelassen und es sei immer wieder zu Selbstüberforderungen, impulsiven Entscheidungen, Vernachlässigung der Selbstfürsorge und zum pathologischen Zurückstellen der eigenen Bedürfnisse und zu Verlustängsten gekommen. Dies habe auch immer wieder zu emotionalen Schwankungen und Krisen sowie zu einer verminderten Belastbarkeit geführt. Es bestehe eine Tendenz zu dichotomem Denken, erhöhter Grundanspannung und Schwierigkeiten, sich zu entspannen mit der Neigung , dies durch Alkohol zu lindern. Die Beschwerdeführerin überschreite immer wieder eigene Grenzen. Mehrere schwere psychosoziale Belastungen wie Todesfälle, finanzielle Engpässe und Trennungen hätten in den letzten Jahren dazu beigetragen, dass sich die Grunderkrankung klinisch mehr manifestiert habe. Die persönlichkeitsimmanenten Faktoren würden auch immer wieder zu psychosozialen Belastungssituationen führen (Urk.

### **E. 3.4**

Im Rahmen der ersten von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen Begutachtung vom 11. Dezember 2017 wurde die Beschwerdeführerin am 7. und 21. August 2017 sowie am 4. Oktober 2017 von med. pract . Z.\_\_\_\_ und Dr.

A.\_\_\_\_

untersucht (Urk.

### **E. 3.5**

Im Bericht vom 13. September 2018 führten die behandelnden Ärzte der D.\_\_\_\_ AG aus, die Beschwerdeführerin sei vom 11. August 2018 bis 10. September 2018 in der Klinik hospitalisiert gewesen. Am 10. September 2018 sei sie ohne Anhalt für akute Selbst- oder

Fremdgefährdung in die angestammten Wohnverhältnisse ausgetreten. Es sei weiterhin eine regelmässige Labor- und EKG-Kontrolle sowie die Fortführung der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung empfohlen worden (Urk).

### **E. 3.6**

Am 8. Februar 2019 berichtete der behandelnde Psychiater Dr. E.\_\_\_\_, die Gutachter seien zum Schluss gekommen, im Kern der Symptomatik liege eine bipolare affektive Störung vor. Es seien aber gleichzeitig auch viele Symptome festgehalten worden, welche klar auf eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung hinweisen würden. Die letzten Jahre hätten deutlich aufgezeigt, dass diagnostisch als Haupt- beziehungsweise Kerndiagnose von einer Persönlichkeitsstörung auszugehen sei. Dies sei durch den zeitlichen Verlauf verdeutlicht worden, indem zwar depressive Episoden aufgetreten seien, dies aber eindeutig auf dem Boden einer dauerhaft und tiefgreifend vorhandenen Symptomatik im Rahmen der Persönlichkeitsstörung, die häufige Stimmungsschwankungen und emotionale Spannungszustände, ein starres negatives Selbstkonzept, dichotomes Denken, schwer kontrollierendes impulshaftes Verhalten und Entscheidungen sowie verschiedene dysfunktionale Bewältigungsstrategien wie massloses Leisten, zwanghaftes Verhalten, Alkoholkonsum oder dependente Beziehungsgestaltungen beinhalten würde. Diese Symptomatik sei dauerhaft und nicht episodenhaft vorhanden, zudem lasse sie sich gut bis in die Jugend zurückverfolgen. Die Alkoholabhängigkeit sei als Folgeerkrankung der Persönlichkeitsstörung einzuordnen, da der Konsum eindeutig als dysfunktionale Strategie zur Regulation von emotionalen Spannungszuständen anzusehen sei. Zusätzlich hielt Dr. E.\_\_\_\_ fest, das überhöhte Leistungsbewusstsein und die anhaltende Selbstüberforderung würden massgeblich dazu beitragen, dass es immer wieder zu depressiven Episoden komme, weshalb eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33) als weitere Komorbidität diagnostiziert werde. Zur Beurteilung der aktuellen Arbeitsfähigkeit sei der Verlauf der letzten Jahre zu berücksichtigen (Urk).

### **E. 3.7**

RAD-Ärztin Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, führte in ihrer versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 28. Januar 2020 aus, bisher sei in keinem der Arztberichte eine Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 - Kriterien hergeleitet worden. Es seien weder im Kindes- noch im Jugendalter grössere Auffälligkeiten beschrieben worden, was gegen die Erfüllung der allgemeinen Kriterien der Persönlichkeitsstörung spreche. Auch bezüglich der von den Gutachtern genannten bipolaren affektiven Störung (F31) habe ein gewisser Vorbehalt bestanden, der auch nach den Antworten auf die Rückfragen nicht habe ausgeräumt

werden können. Sodann sei auch dem Alkoholkonsum zu wenig Aufmerksamkeit zugeteilt worden. Die angegebene Arbeitsfähigkeit von 55 % habe jedoch einigermaßen nachvollzogen werden können. Nachdem die depressive Symptomatik remittiert sei und die Persönlichkeitsstörung nicht gemäss ICD-10-Kriterien hergeleitet sei, sei zur Klärung der Diagnosen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine erneute Begutachtung notwendig (Urk).

### **E. 3.8**

Am 3. Juni 2020 wurde die Beschwerdeführerin erneut begutachtet. Dr. B.\_\_\_\_ erstattete am 8. Januar 2021 sein psychiatrisches Fachgutachten, die neuropsychologische Untersuchung wurde durch Dr. C.\_\_\_\_ durchgeführt (vgl. Urk).

### **E. 3.9**

Am 26. April 2021 nahm Dr. E.\_\_\_\_ zum psychiatrischen Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ Stellung und führte aus, das Gutachten verwerfe alle im bisherigen Verlauf von verschiedenen Behandlern, Institutionen und Gutachtern gestellten Diagnosen. Die gestellten Diagnosen und die Beurteilung der Schwere der Erkrankung würden deutlich von allen bisherigen Beurteilungen ab weichen. Während dem stationären Aufenthalt im Jahr 2015 hätten die behandelnden Ärzte eine grosse Anzahl Symptome für eine depressive Episode nach ICD-10 dokumentiert, sodass die Kriterien für eine schwere Episode erfüllt seien. Es handl e sich auch um typische Symptome einer schweren Episode (Vorhanden sein eines somatischen Syndroms und von Suizidgedanken) und die Symptomatik liege in einer deutlichen Schwere vor (starke Insuffizienzgefühle, massive innere Anspannung). Es seien aufgrund der langen Dauer der Behandlung (3 Monate) Hin weise für die Richtigkeit der Diagnose erkennbar . In den Akten seien auch weitere depressive Phasen belegt , welche die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung zwingend machen würden (Urk.

### **E. 3.10**

Zum bidisziplinären Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ vom 8. Januar 2021 führte RAD-Ärztin

Dr. G.\_\_\_\_ aus, es beruhe auf eigenen Untersuchungen, berücksichtige die beklagten Beschwerden und sei in Kenntnis sowie Aus einandersetzung mit den Vorakten erstellt worden. In der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sei es weitgehend einleuchtend und die ge zogenen Schlussfolgerungen seien in nachvollziehbarer Weise hergeleitet wor den. Aus versicherungs medizinischer Sicht werde daher empfohlen, auf die Beurteilung hinsichtlich des Gesundheitszustandes und der Arbeitsunfähigkeit im Gutachten abzustellen (Urk.

### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **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. 10**

/261/18). Hinweise dafür, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheits fall tatsächlich in einem 100 %-Pensum arbeiten würde, sind nicht aktenkundig. Auch bei einer Arbeitsunfähigkeit von rund 45 % und einer Qualifikation von zu 80 % im Erwerb und zu 20 % im Haushalt tätig , hätte die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (Einschränkung Erwerb: 45 % und Haushalt: 0 % = Invaliditätsgrad von 36 %). 6.

Die angefochtene Verfügung erweist sich als rechtens und die Beschwerde ist entsprechend abzuweisen. 7.

## 7.1

Mit Beschwerde vom 22. Februar 2022 ersuchte die Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 1). 7.2

Nach § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) wird einer Partei, der die nötigen Mittel fehlen und deren Begehren nicht offensichtlich aussichtslos erscheint, in kostenpflichtigen Verfahren auf Gesuch die Bezahlung von Verfahrenskosten und Kostenvorschüssen erlassen. Aufgrund der Unterlagen (vgl. Urk. 8/1-6) zu den finanziellen Verhältnissen, ist die Beschwerdeführerin als finanziell bedürftig zu qualifizieren (vgl. auch Urk. 7). Eine Rechtsschutzversicherung, welche die Kosten übernehmen würde, besteht nicht (Urk. 7 S. 2). Da die Beschwerde nicht als offensichtlich aussichtslos bezeichnet werden kann, sind die Voraussetzungen für die unentgeltliche Prozessführung erfüllt, und diese der Beschwerdeführerin antragsgemäss zu gewähren. 7.3

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. Ausgangsgemäss sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 7.4

Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen, wonach sie zur Nachzahlung der ihr erlassenen Gerichtskosten verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuches vom 22. Februar 2022 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Pro Infirmis Zürich - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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 VogelSherif

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