

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00557 vom 6. Juli 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-07-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00557

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00557 du 6 juillet 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00557 del 6 luglio 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 des Bundesamtes für Sozialversicherungen zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems [K S ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da ein Rentenanspruch mit Beginn vor diesem Zeitpunkt zu beurteilen ist, sind - vorbehältlich revisionsrechtlicher Änderungen - 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

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, 13

E. 1.4

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 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. 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). 1. 5

Die Wartezeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG gilt in jenem Zeitpunkt als eröffnet, in welchem eine deutliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist. Als erheblich in diesem Sinne gilt bereits eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (AHI 1998 S. 124 E. 3c; Urteil des Bundesgerichts I 10/05 vom 14. Juni 2005 E. 2.1.1 in fine mit Hinweisen). Unter relevanter Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bestimmung ist eine Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zu verstehen. Das heisst, es muss arbeitsrechtlich in Erscheinung treten, dass die versicherte Person an Leistungsvermögen eingebüsst hat, so etwa durch einen Abfall der Leistungen mit entsprechender Feststellung oder gar Ermahnung des Arbeitgebers oder durch gehäufte, aus dem Rahmen fallende gesundheitlich bedingte Arbeitsausfälle. Mit anderen Worten: Die Leistungseinbusse muss in aller Regel dem seinerzeitigen Arbeitgeber aufgefallen sein. Eine erst nach Jahren rückwirkend festgelegte medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit genügt nicht. Umgekehrt ist eine in der beruflichen Tätigkeit im Vergleich zu einer gesunden Person tatsächlich nur reduziert erbrachte Leistung für sich allein gesehen in aller Regel ebenso wenig ausreichend für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes. Vielmehr bedarf es dazu regelmässig zusätzlich einer (überzeugenden) medizinischen Einschätzung, die ordentlicherweise echtzeitlicher Natur ist. Der Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Dieser Nachweis darf nicht durch nachträgliche erwerbliche oder medizinische Annahmen und spekulative Überlegungen ersetzt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_204/2012 vom 19. Juli 2012 E. 3.2 mit weiteren Hinweisen). 1. 6

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist 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. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich 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; Urteil des Bundesgerichts 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je m.w.H.).

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sog. Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 m.w.H.).

E. 1.7

) Anspruch auf eine ganze Invalidenrente.

E. 1.8

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, 4. Aufl. 2022, N. 11 zu Art. 30). 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 streit gegenständlicher 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). 2.

E. 2.1

Im Austrittsbericht vom 12. April 2022 der Privatklinik A.____

(Urk. 7/102), wo sich die Beschwerdeführerin vom 18. bis 30. März 2022 zum 4. Mal stationär auf hielt, wurden folgende

psychiatrische Diagnosen aufgeführt:

-

Paranoide Schizophrenie (ICD-10: F20.0, aktenanamnestisch und bei Eintritt unter Medikation keine psychotischen Symptome eruierbar)

-

Psychische und Verhaltensstörungen durch Benzodiazepine:

Entzugssyndrom (ICD-10: F13.2) respektive Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F13.2) 4.12.2

Im Austrittsbericht derselben Klinik vom 16. Mai 2022 (Urk. 7/103) über den vom

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin ist demgegenüber der Ansicht, dass das Wartejahr spätestens seit dem 23. Januar 2019 - und nicht erst ab August 2019 - laufe und daher der Rentenanspruch am 1. Januar 2020 entstanden sei. Da sie aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation eine optimal behindertengerechte Tätigkeit zu 50 % verrichten könnte, betrage die Qualifikation mindestens je 50 % im Erwerbs- und Aufgabenbereich, weshalb die gemischte Methode zur Anwendung komme, woraus auch nach dem 31. März 2021 ein Invaliditätsgrad von 41.5 % resultiere. Zudem könne nicht auf das polydisziplinäre E.____ -Gutachten abgestellt werden und die Beschwerdegegnerin habe die seither eingetretene weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes unberücksichtigt gelassen, weshalb weitere Abklärungen nötig seien (Urk. 1 und Urk. 11). 3.

E. 2.3

Im Kurzaustrittsbericht vom 8. Juni 2022 (Urk. 3/5) über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin in der F.____ vom 5. bis 8. Juni 2022 wurden folgende Diagnosen genannt:

-

Verdacht auf mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1)

-

Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer

hypertensiven Krise (ICD-10: I10.90)

-

vordiagnostizierte paranoide Schizophrenie (ICD-10: F20.0)

-

Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika:

Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F13.2) 5. 5.1

Das

polydisziplinäre E.____ -Gutachten

vom 24.

April 2021 (Urk. 7/ 76) basiert auf einer umfassenden allgemein-internistischen, orthopädischen und psychiatrischen

Untersuchung und wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die Gutachter haben detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den von

der Beschwerdeführer in

geklagten Beschwerden auseinandergesetzt. Zudem wurden die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und die Schlussfolgerung nachvollziehbar begründet. Dem polydisziplinären Gutachten kommt demnach grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. E. 1. 6). 5.2

Die

E.____ -Gutachter

stellten in ihrer polydisziplinären Konsensbeurteilung schlüssig fest, dass mit der dargelegten orthopädischen Diagnose ein Gesundheitsschaden, welcher sich auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirkt, ausgewiesen ist. So stellte der orthopädische Gutachter nachvollziehbar fest, dass der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit als Verkäuferin ab dem MRI-Befund von August 2019 nur noch zu 35 % zumutbar war. Für die Dauer der post-operativen Rehabilitation attestierte er ihr folgerichtig für jegliche Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit von November 2019 bis Juni 2020. Da der anschließende Zeitraum bei fehlenden aufschlussreichen Unterlagen gutachterlich nicht beurteilt werden konnte, ging die Beschwerdegegnerin zu Gunsten der Beschwerdeführerin bis zur festgestellten Verbesserung des somatischen Gesundheitszustandes ab Januar 2021 - mit wiedererlangter Arbeitsfähigkeit von 35 % in bisheriger und von 70 % in angepasster Tätigkeit - weiter hin von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit aus. Mit dem formulierten Belastungsprofil für angepasste Tätigkeiten (körperlich leicht, abwechselnd sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen) wurde sodann das Rückenleiden genügend berücksichtigt.

Aus psychiatrischer Sicht wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, nach ICD-10: F33.0 diagnostiziert, was gestützt auf die detailliert dargelegte Befundlage

(gedrückte Stimmung und Verminderung der Fähigkeit zur Freude , stark gestörter Schlaf, vermindert er Appetit , beeinträchtigt es Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen)

nachvollziehbar ist . Zudem erfolgte eine ausführliche Auseinandersetzung mit der erstmals im Juli 2011 gestellten (E.

3. 4) und anschliessend perpetuiert wiederholten psychiatrischen Diagnose einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10: F20.0). Anhand der erhobenen Befunde und der umfassend erfragten Anamnese, wonach die Beschwerdeführerin selbst - nach dem Vorfall von 2010 mit Stimmenhören - über k ein weiteres

derartiges psychotisches Erleben berichtete , schloss der psychiatrische Gutachter diese Diagnose nachvollziehbar aus. Dabei verwies er plausibel auf den zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhang von der seitens der Beschwerdeführerin jeweils zugespitzt gezeigten Störung mit den erlebten familiären Schwierigkeiten (Trennung der Eltern 2009, Auswanderung der Eltern 2019/20) bei jeweils längeren Phasen von psychischer Stabilität und sozialer Leistungsfähigkeit (Lehrabschluss 2019). Hinsichtlich der im Austrittsbericht der Privatklinik A.____ vom 20. Juli 2011 erstmals gestellten Diagnose einer paranoiden Schizophrenie (vgl. E. 3. 4) ist auf die explizit festgehaltene Unvollständigkeit des psychopathologischen

Aufnahmebefunds nach AMDP aufgrund des stark agitierten Zustandsbildes hinzuweisen. Zudem erfolgten bereits damals Hinweise auf psychosoziale Belastungsfaktoren (vgl. E. 3.2: mit einer Depression assoziierte abnorme psychosoziale Umstände der Trennung der Eltern und chronische familiäre Konflikte). Diese Diagnose wurde in den späteren Berichten jeweils übernommen, ohne dass entsprechende psychopathologische Befunde dargelegt wurden. Die Privatklinik A.____ konnte weder während des Aufenthaltes der Beschwerdeführerin im November 2020 (vgl. E. 4.8) noch im März/ April/Mai 2022 (vgl. E. 4.12.1-2) floride psychotische Symptome feststellen. Wenngleich die Beschwerdeführerin für ihre

Entscheidung nicht auf die psychiatrische Einschätzung von Dr. E.____ (vgl. E. 4.7 .1) abstellte, sondern ein eigenes polydisziplinäres Gutachten veranlasste (vgl. E.____ -Gutachten, E. 4.10), so decken sich deren Beurteilungen, wonach keine paranoide Schizophrenie vorliege, doch. Die im E.____ -Gutachten diagnostizierte rezidivierende depressive Störung mit leichten bis mittelgradigen Episoden lässt sich zudem mit der im Kurzaustrittsbericht der F.____ als Verdachtsdiagnose formulierten mittelgradigen depressiven Episode (vgl. E. 4.12.3) in Einklang bringen . Letztlich ist aber nicht die diagnostische Zuordnung entscheidend, sondern die Befundlage sowie die daraus resultierenden funktionellen Einschränkungen, weshalb die Gutachter die aus der rezidivierenden depressiven Störung - wohl auch im Zusammenspiel mit den akzentuierten Persönlichkeitszügen - resultierenden Einschränkungen (Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung, in respektvoller zwischenmenschlicher Umgebung) beim Tätigkeitsprofil ergänzend in qualitativer Hinsicht berücksichtigen . 5.3

An dieser Einschätzung vermögen auch die Einwände der Beschwerdeführerin in (Urk. 1 S. 3 ff.) nichts zu ändern:

Entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach sie spätestens seit dem 23. Januar 2019 krankheitsbedingt zu 100 % arbeitsunfähig sei, weshalb die einjährige

Wartezeit dann begonnen habe und ein Rentenanspruch ab dem 1. Januar 2020 entstanden sei (Urk. 1 S. 18), setzte die Beschwerdegegerin die Wartezeiteröffnung korrekt auf August 2019 fest .

Zwar attestierte Dr. B. ___ der Beschwerdeführerin in seinem fachärztlichen Zeugnis vom 20. März 2019 eine seit 23. Januar 2019 bestehende

Arbeitsunfähigkeit von 100 % (vgl. E. 4. 2), doch ergibt sich aus der weiteren medizinischen Akt e nlage, dass es der Beschwerde führerin hernach doch gelang, ihre LAP im Mai und Juni 2019 - trotz gekündigter Lehrstelle - selbständig vorzubereiten und die Lehre abzuschliessen, was gegen eine relevante Arbeitsunfähigkeit spricht (vgl. E. 4.4). Erst mit dem Auftreten des Rückenleidens beziehungsweise mit der im MRI vom 30. August 2019 befunde t en Diskushernie konnte eine massgebliche ununterbrochene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin festgestellt werden, womit die Wartezeit begann.

Auch RAD- Ärztin Dr. D. ___ erachtete das polydisziplinäre Gutachten als valide (Urk. 7/ 85 S. 8 f f .) und anerka nnt e durchaus, dass von einem dauerhaften Gesundheitsschaden auszugehen ist, wenngleich es ab Januar 2021 zu einer Besserung gekommen ist. 5. 4

Auf w eitere medizinische

Abklärungen, wie von der Beschwerdeführerin

verlangt (Urk. 1 S. 2), ist zu verzichten, da der Gesundheitszustand und die medizinisch-theoretische

Arbeitsfähigkeit

aufgrund der medizinischen Akten - insbesondere des polydis ziplinären (allgemein-internistischen, orthopädischen und psychia tri schen)

E. ___ - Gutachtens vom 24. April 2021 (Urk. 7/ 76) - hinreichend abgeklärt sind. Eine anhaltende Verschlechterung des Gesundheitsschadens vor Erlass der angefochtenen Verfügung , dem Zeitpunkt, bis welchem in der Regel eine richter liche Überprüfung Platz greift (vgl. BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis), lässt sich den Berichten (E. 4.12) über die kurzen Aufenthalte nach Selbstzuweisung nicht entnehmen. 5.5

Zusammenfassend kann aufgrund der überzeugenden Feststellungen im polydis ziplinäre n

E. ___ -Gutachten vom 24. April 2021 (Urk. 7/76) mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin bei Ablauf des Wartejahres im August 2020 in jeglicher Tätigkeit bis Dezember 2020 zu 100 % arbeitsunfähig war . Ab dem

1. Januar 2021 ist ihr eine 70 %ige Arbeitsfähigkeit in

einer angepassten Tätigkeit (körper lich leicht, abwechselnd sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen, zudem Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung, in respektvoller zwi schenmenschlicher Umgebung)

zumutbar. 6.

E. 3

) . Nachdem die Versicherte vom 10. September bis 6. Oktober 2010 in der Adoleszentenpsychiatrie der Integrierten Psychiatrie Z.____

stationär hospitalisiert gewesen war (Urk. 7/17 und Urk. 7/29 S. 8-13), meldete sie sich am 4. November 2010 (Eingangsdatum) bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV Stelle, wegen seit circa Juli 2009 bestehenden psychischen Problemen zum Leistungsbezug (berufliche Massnahmen) an (Urk. 7/18). Diese schloss nach medizinischen und erwerbsrechtlichen Abklärungen

die Berufsberatung mit Schreiben vom 11. Februar 2011 ab,

weil X.____

eine Lehrstelle (Detailhandelsfachfrau) per Sommer 2011 gefunden habe , mit dem Hinweis darauf, dass bei einem späteren Bedarf ein erneutes Gesuch eingereicht werden könne (Urk. 7/32 und Urk. 7/37). Vom 15. bis 29. März 2011 befand sich die Versicherte freiwillig ,

und vom 15. Mai bis 22. Juni 2011 per fürsorgliche Unterbringung in der Privatklinik A.____

in stationärer Behandlung (Urk. 7/42 S. 1-6) .

E. 3.1

Im Rahmen des Gesuchs für berufliche Massnahmen, welche mit Mitteilung vom 11. Februar 2011 (Urk. 7/32) abgeschlossen wurden , da sich die Berufsberatung aufgrund des Findens einer Lehrstelle per Sommer 2011 erübrigte, fanden folgende medizinische Einschätzungen Eingang in die Akten:

E. 3.2

Im Austrittsbericht der Adoleszentenpsychiatrie

der Integrierten Psychiatrie Z.____ vom 4. November 2010 (Urk. 7/29 S. 8 ff.), wo die Beschwerdeführerin vom 10. September bis 6. Oktober 2010 stationär hospitalisiert war, wurden folgende Austrittsdiagnosen genannt:

-

Klinisch-psychiatrisches Syndrom: rezidivierende depressive Störung,

gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F32.1) bei

Persönlichkeitsakzentuierung mit emotional instabilen Anteilen

-

umschriebene Entwicklungsstörungen: unbekannt

-

Intelligenzniveau 3, durchschnittliche Intelligenz (klinischer Eindruck)

-

körperliche Symptomatik: Status nach mehreren korrektiven Operationen einer Gaumen-Lippenspalte

-

assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände

-

Eltern seit Frühjahr 2010 getrennt

-

chronischer Konflikt der kürzlich getrennten Eltern bei
dysfunktionalem, sich gegenseitig entwertendem
Kommunikationsstil vor den Kindern

-

globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus: ernsthafte und
durchgängige Beeinträchtigung im Bereich Ausbildung, der Familie und
allgemeinen Beziehungsgestaltung

E. 3.3

Der die Beschwerdeführerin seit August 2009 behandelnde Psychiater Dr. B.____ stellte in
seinem Bericht vom 6. Dezember 2010 (Urk. 7/29 S. 1- 7) zuhanden der
Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

-

Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und
Sozialverhalten bei psychosozialer Belastung (ICD-10: F61.0)

-

Status nach akuter polymorpher psychotischer Störung mit Symptomen
einer Schizophrenie, aktuell remittiert unter Medikation (ICD-10: F23.1)
nach Operation im Mai 2009

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verbleibe ein Status nach Operation der
Lippen-Kieferspalte im Mai 2009. die Beschwerdeführerin sei als Schülerin seit dem
4. August 2009 bis auf Weiteres zu 50 % arbeitsunfähig. Zwischenmenschlich sei sie rasch
überfordert und reagiere ängstlich beziehungsweise aggressiv. Vordergründig seien aktuell
Borderline -Symptome mit Stimmungsschwankungen, Impulsdurchbrüchen und
Selbstverletzungen. Eine Tätigkeit mit viel Kontakt zu Menschen sei eher ungeeignet. Die
Prognose sei schwer zu stellen. Die Beschwerdeführerin sei sehr motiviert, auf dem ersten
Arbeitsmarkt Fuß zu fassen. Berufliche Massnahmen seien indiziert, falls die eigenen
Bemühungen der Beschwerdeführerin scheiterten, eine Lehrstelle zu finden. 3. 4

Im Austrittsbericht der Privatklinik A.____ vom 20. Juli 2011 (Urk. 7/42 S. 1 3) wurde über
die dortige 2. Hospitalisation vom 15. Juni bis 22. Juni 2011 berichtet und wurden als
psychiatrische Diagnosen eine paranoide Schizophrenie (ICD-10: F20.09, unklarer
Verlauf, Beobachtungszeitraum weniger als ein Jahr) und Probleme in Bezug auf
Familienzerrüttung durch Scheidung (ICD-10. Z63.5) gestellt. Die Anamnese und Befunde
sprächen für die Erstmanifestation einer Psychose aus

dem schizophrenen Formenkreis. Aufgrund des stark agitierten Zustandsbildes sei der psychopathologische Befund nach AMDP unvollständig. Aufgrund des kurzen Beobachtungszeitraumes könnten noch keine Angaben zur Verlaufsform gemacht werden. Klinisch im Vordergrund ständen initial formale und inhaltliche Denkstörungen (Ideenflucht, Misstrauen, Eigenbezugsideen), begleitet von Auffassungs- und Konzentrationsstörungen. Ausserdem seien initial eine Antriebssteigerung mit ausgeprägter psychomotorischer Unruhe und

Logorrhoe aufgefallen. Als krankheitsaufrechterhaltend wirke die psychosoziale Belastungssituation der Beschwerdeführerin (Arbeitslosigkeit, Konflikte der Eltern) sowie die fehlende Behandlungseinsicht mit unzuverlässiger Medikamenten-Compliance. Die vermehrte Übernahme von Eigenverantwortung und das Erkennen und Reflektieren eigener Grenzen sei als positive Entwicklung zu betrachten. 4. 4.1

Die angefochtene Verfügung vom 15. September 2022 (Urk. 2), mit welcher für den Zeitraum vom 1. August 2020 bis 31. März 2021 eine befristete ganze Rente zugesprochen wurde, basierte auf folgenden medizinischen Beurteilungen: 4.2

Im fachärztlichen Zeugnis zur IV-Anmeldung vom 20. März 2019 (Urk. 7/41) zuhanden der Beschwerdegegnerin nannte Dr. B. ___ als Diagnose eine paranoide Schizophrenie, episodisch, mit zunehmendem Residuum (ICD-10: F20.01). Der Zustand der Beschwerdeführerin habe sich seit Jahresbeginn 2019 wieder verschlechtert, sodass sie für ihre Lehrstelle ab dem 23. Januar 2019 voll arbeitsunfähig sei. Es bestehe ein psychischer Gesundheitsschaden mit Gefahr einer Chronifizierung. Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin berufliche Massnahmen benötigen werde, um ihre begonnene Ausbildung abzuschliessen. 4.3

Die im Spital C. ___ mit MRI der LWS vom 30. August 2019 (Urk. 7/49 S. 10) hauptbefundlich

festgestellte grosse, links paramediane Diskushernie LWK 4/5 mit rezessaler

Kompression von L5 links wurde am 13. November 2019 operiert (vgl. undatierten Austrittsbericht stationär des Spitals C. ___ , Urk. 7/49 S. 8 f.). 4.4

Dr. B. ___ nannte in seinem Bericht vom 20. Dezember 2019 (Urk. 7/49 S. 1-7) zuhanden der Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

-

paranoide Schizophrenie, episodisch, mit zunehmendem Residuum (ICD-10: F20.01, bekannt seit Behandlungsbeginn im August 2009)

-

Diskushernie L4/5 mit Status nach Operation am 13. November 2019

Die Beschwerdeführerin wohne mit ihrem Freund zusammen und habe keine geregelte Tagesstruktur. Aus psychiatrischer Sicht sei es fraglich, ob sie sich langfristig auf dem ersten Arbeitsmarkt behaupten könne. An den letzten Stellen sei es bereits nach kurzer Zeit zu Konflikten mit den Vorgesetzten gekommen. Nun sei zusätzlich noch eine schwere Rückenproblematik hinzugekommen. Dadurch werde die ohnehin schon ungünstige Prognose noch weiter verschlechtert. Seit Jahresbeginn 2019 habe sich ihr Zustand wieder verschlechtert, sodass sie für ihre Lehrstelle ab dem 23. Januar 2019 voll arbeitsunfähig

gewesen sei. Unter antipsychotischer Medikation hätten sich die Beschwerden langsam gebessert. In der Folge sei es der Beschwerdeführerin gelungen, trotz Kündigung der Lehrstelle, die Detailhandelslehre abzuschliessen. Nun sei sie seit dem 8. November 2019 für alle Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig und befinde sich in der Rehabilitation. 4.5

RAD-Ärztin Dr. D. ___ nahm am 23. April 2020 eine versicherungsmedizinische Beurteilung vor (Urk. 7/85 S. 3 f.) und gab gestützt auf die ihr vorliegende Aktenlage als Diagnose mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine paranoide Schizophrenie, episodisch, mit zunehmendem Residuum, wieder. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verblieben folgende Diagnosen:

-

Grosse paramediane bis laterale Diskushernie L 4/5 mit Status nach

Operation am 13.

November 2019

-

Adipositas mit BMI 34 kg/2

-

Status nach mehrfacher Operation der Lippen-Gaumen-Kieferspalte

In der bisherigen Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin vom 23. Januar bis 31. März 2019 und vom 8. November 2019 bis 19. Januar 2020 und seither dauerhaft zu 100 % arbeitsunfähig. In angepasster Tätigkeit sei nach der orthopädischen Rehabilitation und nach Beendigung der Arbeitsunfähigkeit aufgrund orthopädischer Diagnosen eine Leistungsfähigkeit von zunächst 50 % zu erwarten, die innerhalb eines halben Jahres sukzessive und unter psychiatrischer Begleitung auf 80 % gesteigert werden könne. Bei regelmässiger psychiatrischer Behandlung mit kontinuierlicher Einnahme der verordneten antipsychotischen Medikation sei eine Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten. Die Compliance sei brüchig, die Medikation werde nur sporadisch eingenommen und die ambulante Behandlung werde immer wieder unterbrochen. Die Beschwerdeführerin leide seit ihrer Adoleszenz unter wiederkehrenden psychotischen Episoden. Erstmals seien Symptome einer Schizophrenie nach einer Operation 2009 aufgetreten, gefolgt von mehreren stationären

Aufenthalten 2010 und 2011. Im ambulanten Verlauf sei phasenweise eine psychotische Symptomatik aufgetreten, wobei es jeweils unter Medikation zur Besserung und nach Besserung zu einem erneuten Absetzen der Medikation gekommen sei. Nach vier Jahren ohne Medikation sei es im Januar 2019 zu einer erneuten Verschlechterung des psychischen Zustandes gekommen, der sich unter Medikation wieder gebessert habe. Seit Juli/August 2019 sei es bei Absetzen der Medikation und Auslassen von psychiatrischen Konsultationen zu einer erneuten psychischen Verschlechterung gekommen. Seit Januar 2020 nehme sie die Medikamente wieder ein. Wegen häufiger Absenzen sei der Beschwerdeführerin die Lehrstelle Anfang 2019 gekündigt worden. Es sei ihr dennoch gelungen, die LAP selbständig vorzubereiten und die Prüfung im Mai und Juni 2019 zu bestehen. Danach habe sie eine Anstellung in einer Bäckerei gefunden, die ihr aufgrund von Ausfällen durch eine Bandscheiben-Operation per 3. Dezember 2019 gekündigt worden sei. Die funktionellen Leistungseinschränkungen betreffen alle Lebensbereiche. Die

medizinischen Unterlagen seien konsistent. Es beständen psychosoziale Belastungen durch Stenosen, familiäre Konflikte, zuletzt durch Wegzug der Eltern nach Kroatien und Beziehungsprobleme. Bisher sei die Partnerschaft eine Ressource gewesen, ebenso die Arbeitsmotivation der Beschwerdeführerin und die abgeschlossene Lehre. Von einem langanhaltenden Gesundheitsschaden sei auszugehen. 4. 6

Mit Schreiben vom 25. Mai 2020 informierte Dr. B.____ die Beschwerdegegnerin über den psychiatrischen Behandlungsplan der sich seit 4. August 2009 in seiner psychiatrischen Behandlung befindenden Beschwerdeführerin (Urk. 7/57). Bei der diagnostizierten paranoiden Schizophrenie, episodisch, mit Residuum (ICD-10: F20.01) bestehe die Therapie in regelmäßigen fachärztlich-psychiatrischen Einzelsitzungen alle 1-2 Wochen und in antipsychotischer Medikation. Es bestehe ein psychischer Gesundheitsschaden mit Gefahr einer Chronifizierung. Erschwerend sei nun seit einigen Monaten eine Diskushernie im Rückenbereich hinzugekommen, die bereits zweimal operativ versorgt werden müssen. Aufgrund dieses körperlichen Leidens sei die Beschwerdeführerin stark belastet. Aktuell erfolge der Kontakt (Corona-bedingt) telefonisch. Die Beschwerdeführerin wünsche eine Umstellung der Medikation, um eine Gewichtsabnahme zu erreichen. Sie habe sich im Rahmen der bisherigen Behandlung stets sehr angepasst und freundlich verhalten. Auch Familienangehörige (inklusive Lebenspartner) würden bei Bedarf beigezogen, um die Beschwerdeführerin zu beruhigen und zu unterstützen. 4. 7

4. 7 .1

Im - auftrags der Visana - erstellten Gutachten vom 16. August 2020 (Urk. 7/61 S. 65-75) hielt Dr. E.____

folgende Diagnosen fest:

-

Kein ausreichender Anhalt für eine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

-

Agoraphobie mit Panikstörung

-

Aktenkundig Hinweise für das Vorliegen einer paranoiden Schizophrenie

So schildere die Beschwerdeführerin Wohlbefinden und eine psychische Beeinträchtigung werde aktuell verneint. In der Arbeitsfähigkeit sei sie vorrangig durch ein lumbales Schmerzsyndrom beeinträchtigt. Auch in der vertiefenden Exploration seien keine erheblichen Beeinträchtigungen herauszuarbeiten. Insbesondere werde eine psychotische Symptomatik der Beschwerdeführerin auch bei vertiefter Nachfrage verneint.

Beschrieben werde lediglich das Auftreten von agoraphobisch anmutenden Ängsten mit assoziierten Panikattacken. Korrelierend zur Anamnese seien im hiesigen AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Befund keine Beeinträchtigungen zu objektivieren. Stimmung, Antrieb, affektive Schwingungsfähigkeit, auch formales und inhaltliches Denken und die Psychomotorik imponierten nicht namhaft beeinträchtigt. Es seien auch keine Auffälligkeiten im Sinne einer schizophrenen Negativsymptomatik, wie beispielsweise Spontanität, Initiativlosigkeit, kognitive Beeinträchtigungen, formale Denkstörungen oder

Antriebsstörungen zu objektivieren. Folglich sei zum Untersuchungszeitpunkt eine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit zu attestieren. Lediglich sei das Vorliegen von agoraphobisch gefärbten Ängsten mit assoziierten Panikattacken zu nennen, die jedoch aktuell nicht aufträten. Aktenkundig werde durch den Behandler das Vorliegen einer paranoiden Schizophrenie beschrieben. Diese sei zuletzt am 25. Juni 2020 als teilremittiert beschrieben worden. Entsprechende psychopathologische Befunde seien den Berichten nicht zu entnehmen. In der jetzigen klinischen Untersuchung fanden sich jedoch keine Hinweise für eine schizophrene Positiv- oder Negativ-Symptomatik oder für eine kognitive Beeinträchtigung, affektive Beeinträchtigung oder eine andere Symptomatik der aktenkundig genannten Schizophrenie. Somit fänden sich auch für das beschriebene schizophrene Residuum keine ausreichenden Anhaltspunkte. Symptomatisch werde dort lediglich verminderte Belastbarkeit, Überforderung, emotionale Instabilität und Impulsivität beschrieben. Entsprechende psychopathologische Auffälligkeiten seien in der jetzigen Untersuchung nicht beobachtbar gewesen, sodass diese - wenn vorliegend - als leichtgradig beziehungsweise lediglich in einem längeren sozialen Kontakt auftretend zu erwägen wären. Zusammenfassend sei somit eine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit anhand der hiesigen Exploration nicht hinreichend bestätigt. Eine qualitative oder quantitative Beeinträchtigung aufgrund einer sich im Untersuchungszeitpunkt nicht hinreichend abbildenden Persönlichkeitsdeformation im Rahmen einer schizophrenen Residualsymptomatik erscheine allenfalls möglich. Zur weiteren Längsschnittbewertung sei der Beizug der gesamten, nach Angaben des Behandlers seit 2009 erfolgenden Behandlungsdokumentation des behandelnden Psychiaters zu empfehlen, um hier eine weitere Prüfung einer möglicherweise vorangehenden psychotischen Störung zu ermöglichen. Die Beschwerdeführerin schildere den Wunsch nach Aufnahme einer Arbeitstätigkeit. Im Gesamtkontext erscheine hier die Aufnahme und Aufrechterhaltung einer Arbeitstätigkeit auch therapeutisch und prognostisch wünschenswert. Der positive Effekt einer Arbeitstätigkeit auf den Verlauf schizophrener Erkrankungen sei in der Literatur gut belegt. Die Beschwerdeführerin sei auch in der bisherigen zu 100 % arbeitsfähig bei einem Pensum und Rendement von 100 %. Eine Anpassung der Tätigkeit sei nicht notwendig. Angesichts der jetzigen Befunde sei die Prognose als günstig anzusehen. Legt man den jetzigen Befund zugrunde, lässt sich eine die Arbeitsfähigkeit namhaft limitierende Psychose nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit attestieren. Die letzte Tätigkeit erfordere keine hohe Sozialkompetenz und gehe nicht mit besonderen Belastungen wie Schichtarbeit, Akkordarbeit oder hohem sozialen Druck einher, sei also auch bei Annahme einer leichten residuellen Negativ-Symptomatik als leicht anzusehen. Eine gestufte Eingliederung, zum Beispiel in zwei monatlichen Arbeitsfähigkeits-Inkrementen à 50 % könne jedoch erwogen werden, um eine Eingewöhnung zu ermöglichen. 4.7.2

Dr. F. ___ als Vertrauensärztin der Visana nahm hierzu am 26. Oktober 2020 Stellung (vgl. Urk. 7/61 S. 40-42). Im Rahmen ihrer medizinischen Beratung hielt sie - unter Wiedergabe der zwischen Dr. B. ___ und Dr. E. ___ geführten Korrespondenz - fest, dass die Second Opinion von Dr. E. ___ aus psychiatrisch-medizinischer Sicht unglaubwürdig sei. Seine Arbeit imponiere oberflächlich, unreflektiert, unempathisch. Um so ein Gutachten zu verfassen, brauche man kein Arzt und schon gar kein Psychiater zu sein. Seine Schlussfolgerungen seien unhaltbar angesichts der Berichte Dr. von B. ___ , welche

ein schweres, chronisches psychiatrisches Leiden bei einer jungen Frau auswies. Die Arbeitsunfähigkeit sei derzeit nicht ausgewiesen. Das letzte Attest von Dr. B. ___ stamme vom 25. Juni 2020 und sei sicher nicht mehr aussagekräftig, zumal er mit «mehrmals operierte Diskushernie» und funktionell somatisch argumentiere und die Beschwerdeführerin seither operiert worden sei. Es bedürfe daher weitere Abklärungen. 4. 8

Im Bericht der Privatklinik A. ___ vom 12.

November 2020 (Urk. 7/63 S. 10 13) zuhanden Dr. B. ___ wurde über den 3. stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 2. bis 6. November 2020 berichtet und folgende psychiatrische Diagnosen genannt:

-

Paranoide Schizophrenie (ICD-10: F20.0)

-

Verdacht auf psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa:

Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F13.2, Verdacht auf Low Dose-

Abhängigkeit bei Einnahme von Lorazepam über mehrere Monate,

Entzugserscheinungen seit Absetzen zwei Wochen vor Eintritt)

Als somatische Diagnose wurden lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie (ICD-10: M51.1, chronische Rückenschmerzen, zwei Diskushernien-Operationen 2019) sowie Ovarialzysten mit Operation 2020 erwähnt. Auf Grund der Anamnese und erhobenen Befunde sei die im Zuweisungsbericht beschriebene Diagnose einer paranoiden Schizophrenie übernommen worden, wobei während des Aufenthaltes unter einer antipsychotischen Medikation keine florid psychotische Symptomatik aufgefallen sei.

4.

E. 6

, unter Beilage ihrer Akten, Urk.

E. 6.1

Sowohl bei der erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch bei der Rentenrevision und im Neuanmeldungsverfahren ist die Methode der Invaliditätsbeurteilung (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 ganztätig 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 IVV) sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblchen 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_178/2021 vom 11. Mai 2021 E. 3.2 mit Hinweisen).

E. 6.2

Am 4. April 2022 (Urk. 7/100) hielt die zuständige Abklärungsperson fest, dass der Auftrag zur Haushaltsabklärung nicht nachvollziehbar erscheine und deshalb unbearbeitet bleibe. Aufgrund der vorliegenden Tatsachen, Unterlagen und Abklärungen sei die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden als Vollerwerbstätige qualifiziert worden. Im Einwand vom 1. Januar 2022 sei diese festgelegte Qualifikation von 100 % Erwerbstätigkeit auch nicht beanstandet, sondern aufgrund der beruflichen Situation mit Gesundheitsschaden eine Qualifikation von 50 % Erwerbstätigkeit und 50 % Haushaltstätigkeit geschätzt worden. Zudem stelle einzig der Umstand einer bevorstehenden Hochzeit keinen IV-Revisionsgrund dar. Gemäss den gesetzlichen Bestimmungen sei sodann die Qualifikation anhand der beruflichen Situation ohne Gesundheitsschaden festzulegen. Da sich seit dem Vorbescheid keine neuen Tatsachen ergeben hätten, könne auf eine Abklärung der invaliditätsbedingten Einschränkungen im Aufgabenbereich (Haushalt) verzichtet werden.

E. 6.3

Beschwerdeweise bringt die Beschwerdeführerin erneut vor, dass sie aufgrund der gesundheitlichen Situation höchstens noch eine optimal behindertengerechte Stelle in einem 50 %-Pensum verrichten könnte, weshalb sie nicht als Vollerwerbstätige zu qualifizieren sei; die Qualifikation betrage je 50 % Erwerb und Haushalt, was zur Anwendung der gemischten Methode führe (Urk. 1 S. 19

f.).

Der Status der Beschwerdeführerin bestimmt sich wie dargelegt (E. 6.1) nach den (erwerblichen) Verhältnissen, in denen sie sich befinden würde, wenn sie nicht gesundheitlich beeinträchtigt wäre, also unter der Annahme voller Gesundheit und in Anbetracht ihrer persönlichen, familiären und erwerblichen

Situation.

Da die Beschwerdeführerin in ihren letzten Tätigkeiten als Verkäuferin nach Lage der Akten ein Vollzeitpensum innehatte (vgl. auch Urk. 7/83/24) und keine Änderung der Lebensumstände in Form eines neu zu berücksichtigenden Aufgabenbereichs

eingetreten ist, erweist sich die Qualifikation als Vollerwerbstätige

und die Invaliditätsbemessung einzig nach dem Erwerbsvergleich als rechtmässig. Daher kann auch aus dem Hinweis auf eine allfällige Einschränkung im Haushalt im polydisziplinären

E.____ -Gutachten vom 24. April 2021 (Urk. 7/76) kein anderes Ergebnis abgeleitet werden.

Der Verzicht auf die Durchführung einer Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt erweist sich angesichts dieser Umstände als korrekt . 7.

E. 7

/1-141) . Mit Verfügung vom 29. November 2022

ordnete das hiesige Gericht einen zweiten Schriftenwechsel an und stellte der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort samt Beilagen zu (Urk.

E. 7.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines

Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

E. 7.2

Beim

Einkommensvergleich

ist zu prüfen, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt. Für die Vornahme des

Einkommensvergleichs ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des (hypothetischen) Rentenbeginns abzustellen (BGE 128 V 174, BGE 128 V 222).

E. 7.3

7.3.1

Wie bereits festgestellt (vgl. E. 5.5), war die Beschwerdeführerin in
von

August 2019

bis Dezember

2020

in jeglicher Tätigkeit

zu 100 %

arbeitsunfähig. Demnach hat

die Beschwerdeführerin vom 1. August 2020 bis 31. März

2021 (Besserung ab 1. Januar 2021 plus drei Monate in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV; vgl. E.

E. 7.3.2

Für die

weitere

Zeit ab 1. April 2021, nachdem sich ihr Gesundheitszustand gebessert hatte und ihr in einer ihrem Leiden angepassten Tätigkeit bei einer vollen Stundenpräsenz und vermehrtem Pausenbedarf wieder eine 70%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar war, ist nachfolgend auf die von der Beschwerdeführerin vorgenommene Invaliditätsbemessung zu verweisen, zumal die verwendeten Bemessungsfaktoren

(vgl. Einkommensvergleich vom 25. November 2021, Urk. 7/84) weder in tatsächlicher noch in rechtlicher Hinsicht beanstandet wurden und

auch keinen Anlass für eine Korrektur von Amtes wegen geben.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 8.

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu beurteilen war, ist das Verfahren

kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis

Fr. 1'000.--

festzulegen

(Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind ermessensweise auf Fr. 800.--

anzusetzen und ausgangsgemäss der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tobias Figi - 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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
HurstGeiger

E. 8

). Mit

Replik

vom 17. März 2023 hielt die Beschwerdeführerin an ihren gestellten Anträgen fest

(Urk. 11). Die

Beschwerdegegnerin verzichtete am 15. Mai 2023 auf

Duplik

(Urk. 13), was der Beschwerdeführerin am 16. Mai 2023 mitgeteilt wurde (Urk. 14). 3.

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

E. 9

Dr. G.____

fürhte in seinem Bericht vom 19. November 2020 (Urk. 7/63 S. 1-9) zuhanden der Beschwerdegegnerin aus, dass die der Beschwerdeführerin auferlegte Schadenminderungspflicht (Schreiben vom 24. April 2020, Urk. 7/54) durchgeführt worden sei, aber keine Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt hergestellt werden können, obwohl sich die Beschwerdeführerin an die Behandlungsvereinbarungen gehalten habe. Der psychische Gesundheitszustand habe sich eher noch verschlechtert, ebenso der körperliche (aufgrund von Rücken- und gynäkologischen Beschwerden). Nach einem Umzug in eine neue Wohnung in H.____

sei es zu einer deutlichen Verschlechterung des psychischen Zustandes gekommen, da sie aufgrund der Lage im 4. Stock mit Angstauslösenden suizidalen Impulsen zu kämpfen gehabt habe. Deshalb sei eine stationäre Krisenintervention nötig gewesen. Der Lebenspartner der Beschwerdeführerin zeige sich zunehmend überfordert. Aufgrund der psychischen und körperlichen Beschwerden sei davon auszugehen, dass die mit ihrem Lebenspartner zusammenwohnende Beschwerdeführerin auch im Haushalt eingeschränkt sei. Bei der gleichlautenden psychiatrischen Diagnose bestehe seit dem 8.

November 2019 bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten. 4.10

Im polydisziplinären (allgemein-internistischen, orthopädischen und psychiatrischen) E.____-Gutachten vom 24. April 2021 (Urk. 7/76) - eingeholt auf Empfehlung des RAD vom 14. Dezember 2020 (Urk. 7/85 S. 7

f.) - wurden im Rahmen der interdisziplinären Konsensbeurteilung folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt:

-

Lumboischialgie links bei Diskushernie L4/5 mit Kompression der Nervenwurzeln L4 und L5 links, Diskushernie L5/S1 mit Tangierung der Nervenwurzel S1 links und Status nach mikroskopischer Diskektomie L4/5 im November 2019 sowie Re-Exzision der Bandscheibe L4/5 mit Re-Hemilaminotomie und Narben-Exzision von links im März 2020

-

Rezidivierende depressive Störung mit leichten bis mittelgradigen Episoden, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.0)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verblieben folgende Diagnosen:

-

Senk-/Spreizfüsse

-

Adipositas

-

Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit emotional instabilen und abhängigen Zügen (ICD-10: Z73.1)

-

Status nach akuter polymorpher psychotischer Störung 2009/10 (ICD-10: F23)

-

Nikotinabusus

-

Verdacht auf leichte diastolische arterielle Hypertonie mit Sinustachykardie

Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurde zur Krankheitsentwicklung dargelegt, dass seit 2018 ohne vorgängiges Trauma lumbale Schmerzen bestanden und nach erfolgloser Behandlung mit Medikamenten und Physiotherapie im November 2019 eine mikroskopische Diskektomie L4/5 vorgenommen worden sei, woraufhin die Schmerzen vorübergehend nachgelassen hätten. In der Folge hätten sich die lumbalen Schmerzen wieder trotz Medikamenten und Physiotherapie verstärkt, weshalb im März 2020

bei Rezidiv-Diskushernie eine Revision des Segments L4/5 von links mit Re-Exzision der Bandscheibe L4/5 mit Re-Hemilaminotomie und Narben-Exzision erfolgt sei. Seither persistierten unveränderte lumbale Schmerzen mit Fortsetzung lateral in den linken Fuss, wobei die genaue Lokalisation nicht genau beschrieben werden könne. Der Schlaf sei

schmerzbedingt beeinträchtigt, das Sitzen auf 30 Minuten beschränkt und das Bücken sowie Heben und Tragen von Lasten sei schmerzhaft. Das Laufen sei uneingeschränkt. Hin und wieder würden Schmerzmittel verwendet. Physiotherapie reduziere die Schmerzen ebenso wie das Tragen eines Lendenmieders. Spritzen seien nicht versucht worden. Es würden keine internistischen Beschwerden beklagt.

Die Beschwerdeführerin habe angegeben, dass sie aus den Berichten wisse, dass sie unter Schizophrenie leide. Sie könne aber nicht genau sagen, was dies sei; es habe wohl etwas mit Stimmenhören zu tun. Ihre Krankengeschichte reiche bis etwa in ihr 16. Lebensjahr zurück als sie damals das Gefühl entwickelt habe, auf dieser Welt fehl am Platz zu sein. Sie sei ein ungewolltes Kind gewesen und sei stigmatisiert gewesen durch eine Lippenspalte. Ihre Mutter habe damals nach einer Operation alle Spiegel und abends auch alle Fenster verhängt, um den Anblick im Spiegel zu vermeiden. Sie habe sehr unter dem Gefühl gelitten, auf dieser Welt fehl am Platz und Ursache für die Probleme und Zwistigkeiten in der Familie zu sein. Sie habe mit circa 15 Jahren angefangen, sich den Arm zu ritzen und habe diese Praxis für circa 4 Jahre beibehalten. Als sie etwa 17 Jahre alt gewesen sei, habe ihr Bruder sie erwischt und die Eltern informiert. Das sei Anlass für ihre erste stationäre Behandlung auf einer jugend-psychiatrischen Abteilung in Winterthur gewesen. Sie habe auch zweimal versucht, sich das Leben zu nehmen, indem sie auf Bahngleise gegangen sei. Ihr Vater habe sich nie damit abfinden können, dass sie psychische Probleme habe und habe ihr mehrfach den Tod gewünscht und Morddrohungen gegen sie ausgestossen. Die Situation habe sich 2009 so zugespitzt, dass sie nicht mehr bei sich gewesen sei, nicht mehr habe schlafen können und sich in der Not die ganze Familie samt Priester um sie versammelt habe, um ihr zu helfen. Sie habe Stimmen gehört, die ihr den Tod gewünscht hätten, aber die Stimmen seien nur in ihrem Kopf gewesen und sie habe sie nicht wirklich über die Ohren gehört. Verfolgt habe sie sich nicht gefühlt. An vieles könne sie sich nicht mehr erinnern. Ein ähnliches Erleben habe sich seither nicht mehr wiederholt und anderes wahnhaftes Erleben sei verneint worden. Circa 2011 hätten sich die Eltern getrennt. Gerne wäre sie zur Mutter gezogen, habe sich aber dem Vater verpflichtet gefühlt und habe sich um dessen Haus halt gekümmert. Seit 2009 befinde sie sich in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. B. _____. Nach der Trennung der Eltern 2011 sei sie zweimal stationär psychiatrisch in der Privatklinik A. ____ behandelt worden. Von 2013 bis 2017 habe sie eine stabile Phase erlebt und es sei ihr ohne Medikamente gut gegangen. Seit zwei Jahren gehe es ihr wieder schlechter, so könne sie nicht mehr schlafen und nehme wieder hochdosiert Medikamente. Zuletzt sei sie 2020 hospitalisiert gewesen.

Zu den relevanten Diagnosen hielten die Gutachter fest, dass die lumbalen Schmerzen mit Ausstrahlung lateral in den linken Fuss sowie die abnormen Untersuchungsbefunde der LWS auf die im MRI sichtbare Diskushernie L5/S1 mit Tangierung der Nervenwurzel S1 links sowie die Diskushernie L4/5 mit Kompression von L4 und L5 links zurückgeführt werden könnten. Vor dem Hintergrund familiärer Probleme und einer kulturspezifisch gefärbten Neigung zur Unterwerfung unter die männliche Autorität habe die Beschwerdeführerin in ihrer Adoleszenz Züge einer emotionalen Instabilität gezeigt mit Stimmungsschwankungen, Selbstwertproblematik, Selbstverletzungen und Suizidversuchen, die ab circa 2009 Anlass zur psychiatrischen Behandlungsaufnahme gegeben und sich dann zu einer akuten polymorphen psychotischen Störung zugespitzt hätten. Die im Austrittsbericht der Privatklinik A. ____ vom 20. Juli 2011 (vgl. E.

3. 4) gestellte psychiatrische Diagnose paranoide Schizophrenie könne aus heutiger gutachterlicher Sicht weder anamnestisch noch anhand aktueller Befunde bestätigt werden. Es

sei eine längere stabile Phase gefolgt, die anamnestisch bis 2017 angehalten habe und aus der sie aus eigenem Antrieb eine Ausbildung zur Detailhandelsverkäuferin aufgenommen und 2019 abgeschlossen habe. In Zusammenhang mit den Belastungen der Ausbildung, dem Wegzug der Eltern und zunehmenden gesundheitlichen Problemen habe die Beschwerdeführerin eine depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung entwickelt, die nach den von Dr. B. ___ in seinem Bericht vom 20. März 2019 dargelegten Befunden zu Beginn schätzungsweise mittelgradig gewesen sei. Zum Zeitpunkt der jetzigen Untersuchung hätten Symptome einer leichten Episode (ICD-10: F33.0) erhoben werden können. Sie sei gekennzeichnet durch gedrückte Stimmung und Verminderung der Fähigkeit zur Freude. Der Schlaf sei stark gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen seien beeinträchtigt. Es beständen Schuldgefühle und Gedanken über die eigene Wertlosigkeit. Es könnten emotional instabile und abhängige Persönlichkeitszüge erhoben werden, die vor allem in Zusammenhang mit innerfamiliären Spannungen zum Tragen kämen mit einer Neigung, um die Anerkennung des Vaters zu kämpfen und sich seinen Anordnungen zu unterwerfen. Die Persönlichkeitszüge würden gutachterlich als akzentuierte Persönlichkeit nach ICD-10: F73.1 kodiert. Differentialdiagnostisch sei die Frage zu diskutieren, ob das Ausmass der persönlichen bedingten Einschränkungen das Beschwerdebild einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ nach ICD-10 erreiche. Einerseits könnte diese Diagnose mit der ihr innewohnenden Tendenz zur Spaltung die stark differenzierenden Einschätzungen von Dr. E. ___ und von Dr. B. ___ aus der gleichen Zeitperiode zu erklären helfen. Andererseits liessen sich neben den anlässlich der jetzigen Begutachtung erhobenen Befunde verschiedene Verlaufsmarkkmale aufführen, die eine krankheitswertige und sozialversicherungsmedizinisch relevante emotional instabile Persönlichkeitsstörung mit grosser Wahrscheinlichkeit ausschliessen: die anamnestisch zu erhebenden psychiatrischen Symptome seien zeitlich und inhaltlich regelhaft an Störungen in den oder durch die familiären Beziehungen der Beschwerdeführerin gebunden und darauf beschränkt (so Trennung der Eltern, Auswanderung der Eltern). Daneben seien längere Phasen guter psychischer Stabilität und guter sozialer Leistungsfähigkeit zu erheben. So habe die Beschwerdeführerin aus eigenem Antrieb eine Berufsausbildung bewältigt, trotz der in die Schlussphase der Ausbildung fallenden Auswanderung des Vaters und sieben Jahre nach Beginn der psychiatrischen Krankengeschichte. Zur Persönlichkeitsstruktur wurde im psychiatrischen Teilgutachten (S. 73 f.) festgehalten, dass sich akzentuierte Persönlichkeitszüge mit tief verwurzelten und anhaltenden Verhaltensmustern feststellen liessen. Beeinträchtigt seien die Selbst- und Fremdwahrnehmung, Realitätsprüfung und Urteilsbildung, Affektsteuerung und Impulskontrolle, Selbstwertregulation und Regressionsfähigkeit, Intentionalität und Abwehrorganisation. Unbeeinträchtigt seien die Beziehungsfähigkeit, die Kontaktgestaltung und der Antrieb. Als psychosoziale Faktoren mit negativen Folgen beständen vor allem Arbeitslosigkeit, soziale Isolation am Wohnort und familiäre Konflikte. Daneben verfüge die Beschwerdeführerin über Ressourcen mit aufrechter Partnerbeziehung und regelmässigen Kontakten zu Verwandten, Bekannten und Kollegen. Die Beschwerdeführerin wirke zudem gut kommunikationsfähig, gut kontaktfähig und

zeige Motivation und Interessen.

Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Verkäuferin, primär stehend, nicht selten mit inklinierter Körperhaltung betrage aufgrund der Diskushernie L4/5 mit Kompression der Nervenwurzel L5 links ab August 2019 gesamthaft bei voller Stundenpräsenz 35 %. Als Hausfrau mit freier Zeiteinteilung betrage die Arbeitsfähigkeit seither gesamthaft bei voller Stundenpräsenz 50 %. Im Rahmen der postoperativen Rehabilitation habe die Arbeitsfähigkeit als Verkäuferin und Hausfrau von November 2019 bis Juni 2020 0 % betragen. Der anschliessende Zeitraum ab Juli 2020 könne bei fehlenden detaillierten Unterlagen, insbesondere fehlendem MRI der LWS, nicht beurteilt werden. Ab Januar 2021 könne aufgrund der Lumboischialgie links bei Diskushernie L4/5 mit Kompression der Nervenwurzeln L4 und L5 links, Diskushernie L5/S1 mit Tangierung der Nervenwurzel S1 links und Status nach mikroskopischer Diskektomie L4/5 im November 2019 sowie Re-Exzision der Bandscheibe L4/5 mit Re-Hemilaminektomie und Narben-Exzision von links im März 2020 wieder von einer 35%igen Arbeitsfähigkeit aus gegangen werden. Als Hausfrau mit freier Zeiteinteilung betrage die Arbeitsfähigkeit seither 50 %. In angepasster Tätigkeit (körperlich leichte Tätigkeiten, abwechselnd sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen, zudem Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung, in respektvoller zwischenmenschlicher Umgebung) könne ab August 2020 und wieder ab Januar 2021 gesamthaft bei einer vollen Stundenpräsenz und vermehrtem Pausenbedarf eine 70%ige Arbeitsfähigkeit zugemutet werden. Von November 2019 bis Juni 2020 im Rahmen der post-operativen Rehabilitation habe die Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten 0 % betragen. Nebst der somatischen Entwicklung sei psychiatrischerseits eine

Veränderung

seit der im Auftrag genannten massgeblichen Verfügung

eingetreten. Anamnestisch sei die Beschwerdeführerin bis zur Arbeitsunfähigkeit am 8. November 2019 voll berufstätig gewesen. Nachdem die diagnostische Grundlage der psychiatrischerseits ab dem 8. November 2019 attestierten Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollzogen werden könne, könne aus rein psychiatrischer Sicht nicht mit hinreichender Sicherheit Stellung zur Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin für diesen Zeitraum genommen werden. Die im Gutachten von Dr. E.____ vom 16. August 2020 gemachte Einschätzung, dass entgegen der Aktenlage keine paranoide Schizophrenie vorliege, könne nachvollzogen und gutachterlich gestützt werden. Die von Dr. E.____ erhobene Diagnose einer Agoraphobie mit Panikstörung habe sich anlässlich der aktuellen Begutachtung nicht mehr bestätigen lassen. Jedoch hätten sich Symptome einer leichten depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung und auch akzentuierte Persönlichkeitszüge mit emotional instabilen und abhängigen Zügen erheben lassen. 4.11

RAD-Ärztin

Dr. D.____

kam in ihrer Stellungnahme vom

28. Juni 2021 (Urk. 7/85 S. 8-11)

zum Schluss, dass das polydisziplinäre E.____-Gutachten vom 24. April 2021 umfassend und nachvollziehbar sei, weshalb darauf abgestellt werden könne. 4.12

Nachdem die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Vorbescheid vom 25. November 2021 die Zusprache einer vom 1.

August 2020 bis 31.

März 2021 befristeten ganzen Invalidenrente angekündigt hatte (Urk. 7/88), erfolgten drei weitere stationäre Hospitalisationen . 4.1

E. 14

April bis 11.

Mai 2022 dauernden

5. Aufenthalt wurden folgende psychiatrische Diagnosen aufgeführt:

-

Paranoide Schizophrenie (ICD-10: F20.0, aktuell hauptsächlich
Negativsymptome, differentialdiagnostisch: zusätzliche depressive
Episode)

-

Psychische und Verhaltensstörungen durch Benzodiazepine:
Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F13.2)

-

Verdacht auf Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen Zügen vom
Borderline Typ
(ICD-10: Z73)

Während des gesamten Aufenthaltes seien keine psychotischen Symptome zu eruieren
gewesen.

4.1

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