

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00155 vom 20. Februar 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-02-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00155

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00155 du 20 février 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00155 del 20 febbraio 2024

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1967, arbeitete zuletzt bis ins Jahr 2017 als Pflegerin für die Y.____

GmbH (Urk. 10/10 S. 1 unten, Urk. 10/63 S.

17 Ziff. 3.1 unten, Urk. 10/74, Urk. 10/110). Am 7. Februar 2018 meldete sie sich bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 10/4). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, teilte der Versicherten am 17.

April 2018 mit, dass keine Eingliederungsmassnahmen möglich sind (Urk.

10/11). Ausserdem holte sie

Arztberichte (Urk. 10/13, Urk. 10/18/8-11, Urk.

10/21, Urk. 10/25/1-5, Urk. 10/33, Urk. 10/36, Urk. 10/47/6-7, Urk. 10/56) und ein bidisziplinäres Gutachten (Urk. 10/63, Urk. 10/66, Urk. 10/70) ein. Die IV-Stelle erliess am 14. Mai 2021 (Urk. 10/77) den Vorbescheid. Die Versicherte brachte dagegen Einwände (Urk. 10/85/1-2) vor.

Mit Verfügung vom 2. Februar 2023 (Urk. 10/113 + Urk. 10/109 = Urk. 2) sprach die IV-Stelle der Versicherten ab dem 1. August 2018 eine ganze und ab dem 1.

April 2019 befristet bis zum 31. Oktober 2020 eine halbe Rente der Invalidenversicherung zu. Ab dem 1. November 2020 verneinte sie einen Rentenanspruch.

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 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 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).

E. 1.4

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a IVV) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_122/2020 vom 26. Februar 2021 E. 2). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im –

nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2 und 8C_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis).

E. 1.5

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisions rechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

E. 1.6

IV191130 Revision, zeitliche Voraussetzungen für die Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente, einer Hilflosenentschädigung oder eines Assistenzbeitrages, Verordnungstext 07.2020 Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, oder eine Verminderung der Hilflosigkeit, des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird.

Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Rente analog anzuwenden (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_626/2017 vom 9. Mai 2018 E. 3.2). Das Bundesgericht wendet in solchen Fällen in der Regel den zweiten Satz dieser Bestimmung an und gewährt oder bestätigt eine höhere Rente drei Monate über die Veränderung des Gesundheitszustandes hinaus (Urteil des Bundesgerichts 8C_670/2011 vom 10. Februar 2012 E. 5.1 mit Hinweisen; vgl. statt vieler auch Urteil des Bundesgerichts 8C_626/2017 vom 9. Mai 2018 E. 4).

E. 2.1

und 2.2). Die Patientin sei in der aktuell en akuten Phase an zwei Unterarmgehstöcken mobil mit Teilbelastung. Die Arbeit als Hausfrau könne sie nicht durchführen (S. 3 Ziff. 3.4).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte vor, sie habe unter Verweis auf die Berichte des behandelnden Psychiaters klargestellt, dass die psychischen Beschwerden absolut im Vordergrund stünden. Sie könne die bisherige Tätigkeit gar nicht mehr ausüben. Auch eine angepasste Tätigkeit sei ihr aktuell nicht zumutbar. Im Jahr 2021 seien innerhalb von sieben Monaten ein Bruder, der Vater und der Ehemann der Beschwerdeführerin verstorben (Urk. 1 S. 4 Ziff. 6).

PD Dr. med. Z.____, Fachärztin für Ophthalmologie, habe sich im Bericht vom 21. September 2021 nicht konkret zur Eingliederungs- und Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin geäußert, obwohl sie Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt habe. Die Akten würden sich daher in optisch-ophthalmologischer Sicht nach wie vor als unvollständig erweisen (S. 4 Ziff. 7). Die Beschwerdegegnerin habe von einer ophthalmologischen Begutachtung abgesehen. Die Einschätzung in der Konsensbeurteilung der Gutachter stamme von einer Rheumatologin und einem Psychiater, denen die Beurteilungskompetenz in der Fachdisziplin Ophthalmologie abzusprechen sei. Diese stehe sodann im Widerspruch zur augenärztlichen Beurteilung, wonach die Diagnose Hebungseinschränkung linkes Auge (Doppelbilder)

sehr wohl Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe. Das erstellte Gutachten sei daher nicht beweiswertig (S. 5 Ziff.

11 1

E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin sprach der Beschwerdeführerin mit der angefochtenen Verfügung vom 2. Februar 2023 eine abgestufte Invalidenrente zu. Für die Zeit vom 1. August 2018 bis 31. März 2019 bestand Anspruch auf eine ganze und vom 1. April 2019 befristet bis zum 31. Oktober 2020 auf eine halbe Rente. Ab dem 1. November 2020 verneinte sie einen Rentenanspruch. Demgegenüber ging die Beschwerdeführerin von einem auch nach dem 1. April 2019 bestehenden Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung aus. Im vorliegenden Verfahren ist

daher streitig, ob auch nach dem 31. März 2019 ein Anspruch auf eine höhere als eine halbe Rente besteht.

Zunächst ist zu prüfen, ob der medizinische Sachverhalt genügend abgeklärt ist und insbesondere auf das interdisziplinäre Gutachten von Dr. A.____

und Dr. B.____

abgestellt werden kann, oder ob weitere medizinische Abklärungen erforderlich sind.

E. 3

Die Ärzte des Kantonsspitals D.____

führten im Bericht vom 11. Dezember 2018 (Urk. 10/21) aus, es lägen ihnen keine Angaben über die bisherige Tätigkeit der Patientin vor. Eine angepasste, sitzende Tätigkeit sei ihr sicherlich zu 50 % und je nach Verlauf dann in vollem Umfang möglich (Ziff. 2.1). Für körperliche Arbeiten bestehe aktuell eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Ziff. 2.2).

E. 3.1

8

Dr. G.____ führte im Verlaufsbericht vom 23. Mai 2022 (Urk. 3/13 = Urk.

10/101) aus, 2021 seien innerhalb eines halben Jahres ein Bruder, der Vater und der Ehemann der Patientin verstorben. In letzter Zeit sei sie durch ausgeprägte Albträume, nächtliches Schwitzen und Schlafstörungen geplagt. Hinzu gekommen seien die chronischen Schmerzen, die verstärkt auftreten würden. Die Behandlung habe intensiviert werden müssen. Die antidepressive Medikation werde ausgebaut. Eine wesentliche

Besserung des psychischen Gesundheitszustandes sei bis anhin nicht erreicht worden (S. 1 f.). 3. 1 9

Dr. med. J.____, Facharzt für Ophthalmologie, stellte im Bericht vom 1. September 2022 (Urk. 3/15 = Urk. 10/105) nach den Untersuchungen vom 16.

Juni und vom 8. Juli 2022 die Diagnosen Hyperopie beidseits, Presbyopie und endokrine Orbitopathie (S. 1). Er gab an, links bestehe eine starke Hebungseinschränkung in der Adduktion und Abduktion, die nicht über die Mittellinie möglich sei. Bei derzeit geringer klinischer Aktivität sollten die Schilddrüsenwerte gut eingestellt werden. Eine weitere Therapie sei nicht erforderlich. Eine Schieloperation könne bei fehlender Bionkularität vorerst abgewartet werden (S.

2). 4. 4.1

Hinsichtlich des Beweiswertes 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). 4.2

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). 4.3

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 beweibelastete

versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

4.4

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 Aktivitätenniveaus 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). 4.5

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 ausgleichender 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). 4.6

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 145 V 141 E. 5.2.1, 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 f. zu Art. 28a). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen

der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3). 4.7

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BG E 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn

55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). 4. 8

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässen Ermessen geschamhaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ aa -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 mit Hinweisen).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichts s 9C_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2). 5.

E. 3.2

Die Ärzte des Kantonsspitals D._____

gaben im Bericht vom 7. September 2018 (Urk. 10/18/8-11) an, die ambulante Behandlung

im Kantonsspital D.____ habe vom 17. bis 21. November 2017 und vom 3. bis 6. September 2018 gedauert . Die nächste Kontrolle sei am 27.

November 2018 geplant (S. 1 Ziff. 1.1). Die Patientin sei mit einem BMI von 39 stark adipös. Sie habe darunter trotz ihres jungen Alters bei einer Restdysplasie symptomatische Coxarthrose n beidseits entwickelt, die im November 2017 und im September 2018 operativ versorgt worden sei en . Gleichzeitig leide sie unter einer chronischen Instabilität des lateralen oberen Sprunggelenks (OSG) bei chronischer Überlastung , einer Pes

cavovarus beidseits und einer beginnenden Pangonarthrose rechts. Weiter leide sie unter einem chronischen

lumbospondylogenen Schmerzsyndrom. Die Beschwerdeführerin erhalte bezüglich des rechten Kniegelenks primär eine konservative Therapie . Bezüglich der Füsse seien ihr korrigierende orthopädische Masselagen verschrieben worden (S. 2 Ziff.

E. 3.4

Dr. med. E.____ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, gab im Bericht vom 7. Juni 2019 (Urk. 3/19 = Urk. 10/ 25/1-5) an, die Sehstörungen (Doppelbilder) hätten bei einem Status nach Morbus Basedow und einer Radiojodablation zugenommen. Es sei ein Exophthalmus rechts nachgewiesen worden (S. 2 unten). Der Beschwerdeführerin sei aktuell keine Tätigkeit möglich (S. 3 Ziff. 2.1). Als belastende Faktoren bestünden psychosoziale Faktoren und reduzierte finanzielle Mittel (S. 5 Ziff. 4.4).

E. 3.10

und 3.12). Zu prüfen ist, wie sich dies in erwerblicher Hinsicht auswirkt. 5. 7

Die einjährige Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG war per 1. August 2018 erfüllt und infolge der im Februar 2018 erfolgten Anmeldung konnte ein Rentenanspruch frühestens zu diesem Zeitpunkt entstehen . Damit ist der Rentenanspruch ab dem 1. August 2018 zu prüfen.

Was das Valideneinkommen angeht (vgl. E. 4.6), so liegen ausser für das im Jahre 2016 bei der Y.____ GmbH erzielte Einkommen von Fr.

21'749.-- , für welches unklar ist, in welchem Arbeitspensum dieses erzielt wurde,

keine näheren Angaben und insbesondere kein Arbeitgeberbericht über das von der Beschwerdeführerin als Pflegerin zuletzt erzielte Einkommen vor. Gemäss IK-Auszug vom 21. Februar 2018 rechnete sie im Jahr 2015 vor ihrer Erkrankung mit der Ausgleichskasse ein Einkommen von lediglich Fr. 30'253.-- (Fr. 9'522.-- + Fr. 20'468.-- + Fr. 263.--) ab (Urk. 10/7 S. 2 f.) . Aus dem IK-Auszug ergibt sich, dass sie für mehrere Arbeitgeber tätig war . Die Beschwerdegegnerin stellte dazu fest , dass die Beschwerdeführerin wohl nebenberuflich und mit einem tiefen Arbeitspensum in der Reinigung arbeitete und aufgrund der Unregelmässigkeiten auf die LSE - mangels einer in der Schweiz anerkannten Ausbildung auf die Tabelle TA1 statt TA 17 - abzustellen sei (Urk. 10/74 S. 1). Dies ist nicht zu beanstanden. Mit der Beschwerdegegnerin ist daher das Valideneinkommen anhand der LSE- Tabellenlöhne zu bestimmen , wobei von dem als Pflegerin mutmasslich erzielten Einkommen auszugehen ist . Abzustellen ist dabei auf die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellenlöhne (vgl. E. 4.6).

Gemäss LSE 2020 Tabelle TA1_tirage_skill_level hätte die Beschwerdeführerin im Jahr 2018 im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen (Ziff. 86-88) in einer einfachen Tätigkeit körperlicher oder handwerklicher Art (Kompetenzniveau 1) durchschnittlich ein monatliches Einkommen von Fr. 4'860.-- erzielen können. Bei einer wöchentlichen Arbeitszeit im Gesundheits- und Sozialwesen im Jahr 2018 von 41.6 Stunden (Tabelle T 03.02.03.01.04.01 Ziff. 86-88) ergibt sich ein Einkommen von Fr. 60'653.-- (Fr. 4'860.-- x 12 : 40 x 41.6). Als Validen einkommen sind daher Fr. 60'653.-- zu veranschlagen.

Das Invalideneinkommen ist ebenfalls anhand von Tabellenlöhnen zu bestimmen. Nach LSE 2020 Tabelle TA1_tirage_skill_level ergibt sich ausgehend von Kompetenzniveau 1 und einem Totalwert für Frauen von Fr. 4'371.-- bei einer Arbeitsunfähigkeit von 75 % ein durchschnittliches monatliches Einkommen von Fr. 1'093.-- (Fr. 4'371.-- x 0.25). Dr. H.____

nannte als Belastungsprofil eine angepasste sitzende Tätigkeit. Diese sollte die Möglichkeit beinhalten, kurze Pausen einzulegen, aufzustehen und kurze Strecken zu gehen. Weiter sollte sie klar strukturiert sein, vorwiegend alleine ausgeführt werden können und keine höheren Anforderungen an die Interaktion stellen (E. 3.12 hiavor). Für das

neben einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit

in psychiatrischer Hinsicht zusätzlich zu berücksichtigende Belastungsprofil ist der Beschwerdeführerin ein Abzug vom Tabellenlohn von gesamthaft 5

% zu gewähren , während der verwendete Tabellenlohn bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 8C_381/2017 vom 7. August 2017 E. 4.2.2) , die der Beschwerdeführerin

grundsätzlich zugemutet werden können. Für einen höheren Abzug vom Tabellenlohn besteht daher kein Raum . Ein solcher wurde auch nicht beantragt.

Bei einer wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2018 von total 41.7 Stunden (Tabelle T 03.02.03.01.04.01) ergibt sich ausgehend von einer Arbeitsunfähigkeit von 75 % in einer angepassten Tätigkeit

ein Invalideneinkommen von Fr. 12'987.-- (Fr. 4'371.-- x 12 x 0.25 : 40 x 41.7 x 0.95). Vergleicht man das Validen einkommen von Fr. 60'653.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr.

12'987.-- ergibt sich eine Erwerbseinbusse von Fr. 47'666.-- und ein Invaliditätsgrad von rund 79 % . Bei einem Invaliditätsgrad 79 % besteht ab dem 1. August 2018 Anspruch auf eine ganze Rente. Gleiches gilt für den Zeitraum ab 3. September 2018, ab welchem eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in angepasster Tätigkeit bestand.

E. 5

Dr. med. F.____ , Fachärztin für Ophthalmologie, Kantonsspital D.____ , Augenklinik, nannte im Bericht vom 28. August 2019 (Urk. 3/8 = Urk. 10/32 = Urk. 10/34 = Urk. 10/36) als Diagnosen einen hochgradigen Verdacht auf eine mittelschwere, inaktive endokrine Orbitopathie links, CAS 2/10 mit starker Hebungseinschränkung in der Ab- und Adduktion und Zunahme einer Proptosis links. Als Differentialdiagnose nannte sie ein Brown-Syndrom links. Weiter bestünden eine Sursoadduktion rechts, ein Status nach einer Schieloperation als Kind bei vermutlich Strabismus convergens , ein Status nach Okklusionstherapie als Kind und ein Status nach Radiojodtherapie eines autonomen Adenoms links, März 2011, aktuell TSH-Suppression in Substitutionslage.

Dr. F.____ führte weiter aus, die Beschwerdeführerin habe angegeben, dass das linke Auge schon immer grösser gewesen sei. Es habe sich aber in den letzten drei Monaten verändert und sei über wenige Monate gerötet gewesen. Seither beklage sie das Auftreten von Doppelbildern. Die ophthalmologischen Befunde passten zu einer mittelschweren endokrinen Orbitopathie mit einseitiger Ausprägung bei untypischer Schilddrüsen-Vorgeschichte (S. 1). 3.

E. 5.1

Dr. A.____ und Dr. B.____

nannten in der Konsensbeurteilung vom 22. April 2021 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit multifaktorielle Restbeschwerden nach Hüft-TP links mit Gehschwierigkeiten, Status nach Hüft-TEP rechts vom 17. November 2017 bei symptomatischer Coxarthrose bei Restdysplasie, Gonarthrose beidseits, symptomatisch links, mittelgradige depressive Episode, gegenwärtig teilremittiert (aktuell leichtgradig ausgeprägt) bei einer rezidivierenden Schmerzstörung, und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Die Gutachter nannten zudem als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, einen Pes

cavovarus mit chronischer Überlastung und Instabilität laterales OSG beidseits, eine Adipositas (BMI 42) und ein Marine-Lenhard-Syndrom (vorstehend 3.10).

Die Beschwerdeführerin begab sich im Herbst 2021 erneut zu Dr. G.____ in ambulante psychiatrische Behandlung. Der Psychiater nannte im Bericht vom 7.

März 2022 als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode, mit chronischem Verlauf seit Sommer 2019. Dr.

G.____ attestierte für die bisherige und eine angepasste Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (E. 3.16). Dr. Z.____ nannte im Bericht vom 21.

September 2021 aus augenärztlicher Sicht als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Hebungseinschränkung linkes Auge (Doppelbilder, fraglich seit der Kindheit). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine mittelschwere, inaktive endokrine Orbitopathie und ein Marine-Lenhard-Syndrom. Dr. Z.____

nahm keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vor und wies einzig darauf hin, dass diesbezüglich eine stabile Situation vorliege (E. 3.14 hiervor).

E. 5.2

Bei der in der Konsensbeurteilung von Dr. A.____ und Dr. B.____ für eine angepasste Tätigkeit für den unmittelbar vor beziehungsweise zwischen den Hüftoperationen liegenden Zeitraum von August bis zum 16. November 2017 und von April bis zum 2. September 2018 angegebenen Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 25 % (Urk. 10/70 S. 3) dürfte es sich um ein Versehen handeln. Mit RAD-Arzt Dr. H.____ ist für diesen Zeitraum von einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit von 25 % beziehungsweise einer Arbeitsunfähigkeit von 75 % auszu gehen (E. 3.12).

Hinsichtlich des Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit gelangten die Gutachter unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden (Urk. 10/63 S. 17 ff.) und aufgrund der Auseinandersetzung mit den relevanten Vorakten zum überzeugenden Schluss, dass die

Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht seit September 2017 und bis Ende Juli 2020 für längere Strecken auch in einer ideal angepassten Tätigkeit deutlich eingeschränkt gewesen war (E. 3.8.3, E. 3.10), wobei zwei Mal im Anschluss an die Operationen vom 17. November 2017 und vom 3. September 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die Dauer von vier Monaten bestand.

Im weiteren Verlauf gingen die Gutachter ab 1. Januar 2019 aus somatischer Sicht von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes aus und attestierten eine Arbeitsunfähigkeit von noch 50 % in angepasster Tätigkeit. Dies stimmt mit der Einschätzung der Ärzte des Kantonsspitals D.____, Departement Chirurgie, vom 11. Dezember 2018 überein, welche eine sitzende Tätigkeit sicherlich zu 50 % und je nach Verlauf dann in vollem Umfang für möglich hielten (Urk. 10/21/1 Ziff. 2.1). Auf diese – im Übrigen seitens RAD-Arzt bestätigte Einschätzung – ist damit ebenfalls abzustellen.

Ab dem 1. August 2020 gingen die Gutachter aus somatischer Sicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit bei einer Reduktion der Leistungsfähigkeit von zwei Stunden pro Tag aus. Angesichts der von ihnen im Zeitpunkt der Begutachtung am 16. Oktober 2020 erhobenen Befunde (Urk. 10/63 S. 19 ff.) und der daraus noch bestehenden sich in funktioneller Hinsicht auswirkenden Einschränkungen (Urk. 10/63 S. 23 ff.) sowie der Feststellungen der Ärzte des Kantonsspitals D.____, Departement Chirurgie, vom 3. Juli 2020, wonach in der Zusammenschau die Beschwerden an der linken Hüfte deutlich regredient waren und die Beschwerdeführerin keine regelmässige Analgesie mehr einnimmt (Urk.

10/56/2 unten), erweist sich diese Einschätzung ebenfalls als überzeugend.

Nachvollziehbar ist sodann auch die Einschätzung des psychiatrischen Gutach ters, wonach aus psychischen Gründen zunächst eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 20 % von August 2017 bis Juni 2019 vorgelegen hat, als die Schmerzproblematik dominierte, und dass diese Einschränkung sich ab Juli 2019, als die Depression hinzukam, auf 30 % erhöhte (Urk. 10/66 S. 24 oben).

Insgesamt erweist sich damit auch der in der Konsensbeurteilung (E. 3.10) ermittelte Verlauf der Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit von insgesamt 75 % bis 100 % bis Ende 2018, von 50 % bis Ende Juli 2020 und von 30 % ab August 2020 als schlüssig und nachvollziehbar.

Die Teilgutachten und die Konsensbeurteilung der Gutachter erweisen sich auch hinsichtlich der Ausführungen zur medizinischen Situation und der Schlussfolgerungen der Gutachter als überzeugend, wie der RAD-Arzt der Beschwerde gegnerin bestätigte (vgl. vorstehend E. 3.11 und 3.12). Die rheumatologischen und psychiatrischen Teilgutachten erfüllen daher die Anforderungen an den Beweiswert medizinischer Gutachten (vgl. E. 4.1), weshalb darauf abzustellen ist. Auf ergänzende medizinische Abklärungen und das Einholen eines Gerichts gutachtens (Urk. 1 S. 8 Ziff. 21) ist daher zu verzichten. 5. 3

Die Beschwerdeführerin machte geltend, es sei zu Unrecht von einer ophthalmologischen Begutachtung abgesehen worden (Urk. 1 S. 5 Ziff. 11). Gutachterin Dr. A.____ verfügt neben einem Facharzttitel für Physikalische Medizin und Rehabilitation zusätzlich über einen Facharzttitel für Allgemeine Innere Medizin. Die Entscheidung, ob aufgrund einer inaktiven endokrinen Orbitopathie links und einer Hebungseinschränkung in der Ab- und Adduktion

mit dem Auftreten von Doppelbildern zusätzlich eine augenärztliche Begutachtung erforderlich war, war der Gutachterin aus internistischer Sicht

durchaus möglich. Der Bericht der Augenärztin Dr. F.____ vom 28. August 2019 (vgl. E. 3.5) lag der Gutachterin zudem

vor (Urk. 10/63 S. 6 f.). Die Augenprobleme waren der Gutachterin somit bekannt und sie ging darauf im Neurostatus ein (Urk. 10/63 S. 21 Ziff. 3.4). Gemäss BGE 139 V 349 E. 3.3 entscheiden die Gutachterstelle beziehungsweise die beteiligten Fachärzte abschliessend darüber, welche Fachdisziplinen im Einzelfall zu begutachten sind. Der Entscheid über einen allfälligen Beizug einer weiteren Fachdisziplin lag daher im Ermessen von Dr. A.____. Weiter ist darauf hinzuweisen, dass Dr. J.____ im Bericht 1. September 2022 bei derzeit geringer klinischer Aktivität eine gute Einstellung der Schilddrüsenwerte empfahl, aber eine weitere Therapie und insbesondere eine Schieloperation für nicht erforderlich erachtete (E. 3.19 hiervor). Die fachärztlichen Untersuchungen durch Dr. A.____ erweisen sich somit für die streitigen Belange als umfassend. 5. 4

Dr. G.____ stellte in den Berichten vom 25. Oktober 2019 und vom 7. März 2022 die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode. Die Grundstimmung ist gemäss den Berichten deprimiert und die Beschwerdeführerin wird unter anderem als affektlabil, affektarm, innerlich unruhig und ängstlich beschrieben.

Zudem ist der Antrieb reduziert und es besteht ein ausgeprägter sozialer Rückzug. Damit wurden im Herbst 2019 und im März 2022 identische Befunde beschrieben

(vorstehend E. 3.6 und 3.16). Gemäss RAD-Arzt Dr. I.____

kann in Anbetracht der erhobenen Befunde, der gleichen Diagnosen und einer Arbeitsunfähigkeit von

100 % in der bisherigen und einer angepassten Tätigkeit nicht von einer gesundheitlichen Verschlechterung seit der Erstellung des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. B.____ vom 26. Februar 2021

ausgegangen werden (E. 3.17). Bei der Beurteilung durch Dr.

G.____ handelt es sich vielmehr verglichen mit dem Teilgutachten von Dr. B.____ um eine unterschiedliche Beurteilung desselben Sachverhaltes. Dr.

G.____ gab im Verlaufsbericht vom 23. Mai 2022 zwar an, dass die Beschwerdeführerin 2021 innerhalb eines halben Jahres drei nahe Angehörige verloren habe und die Behandlung intensiviert werden müsse. Zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin äusserte er sich in diesem Bericht aber

nicht (E. 3.18). Anhand des Berichtes vom 23. Mai 2022 kann daher ebenfalls nicht auf eine erhebliche gesundheitliche Verschlechterung geschlossen werden, nachdem Dr. G.____

vor und nach der psychiatrischen Begutachtung der Beschwerdeführerin für die bisherige und eine angepasste Tätigkeit konstant eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert hatte. Damit vermag die Einschätzung von Dr. G.____ keine Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung zu begründen. Im Übrigen ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V

351 E. 3b/cc). 5. 5

Während aus somatischer Sicht von einer Leistungsminderung von zwei Stunden täglich bei im Übrigen voller Anwesenheit ausgegangen wurde, erweist sich ab August 2020 die aus psychischen Gründen bestehende Einschränkung von 30 % in einer angepassten Tätigkeit als führend. Nachfolgend ist

die attestierte Arbeitsunfähigkeit anhand der Standardindikatoren zu prüfen (E. 4.3-4.4) .

Dr. B.____ nannte als Diagnosen einen Status nach einer mittelgradigen depressiven Episode, gegenwärtig teilremittiert und aktuell leichtgradig ausgeprägt, bei rezidivierender Schmerzstörung , und eine chronische Schmerz störung mit somatischen und psychischen Faktoren. Die Beschwerdeführerin wirkte gemäss dem psychiatrischen Teilgutachten im Affekt belastet und lediglich etwas deprimiert. Der Gutachter konnte

die von der Beschwerdeführerin angegebene n Konzentrationsstörungen sodann nicht bestätigen und verneinte das Vorliegen von wesentlichen Gedächtnisstörungen

ebenso wie eine wesent liche Ängstlich keit oder eine relevante Zwangssymptomatik (vorstehend E. 3.9.2). Die diagnoserelevanten Befunde erweisen sich somit als

geringfügig ausgeprägt . Die Beschwerdeführerin hatte die ambulante psychiatrische Behandlung bei Dr.

G.____ zum Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung abgebrochen und erhielt nur ein niedrig dosiertes Antidepressivum . D er Gutachter stellte dazu fest , dass die psychotherapeutische Behandlung im Hinblick auf die noch bestehende depressive Restsymptomatik wieder aufgenommen werden könnte (E.

3.9.2). Der Abbruch der Behandlung trotz bestehender Behandlungsoptionen und die nur niedrig dosierte Medikation sprechen gegen das Vorliegen einer Behandlungs resistenz. Die Beschwerdeführerin leidet neben einer leichten depressiven Symptomatik zusätzlich und im Sinne einer Komorbidität an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Trotz der Komorbi dität ist für

den Komplex «Gesundheitsschädigung» gesamthaft von einer eher leichtgradigen Einschränkung auszugehen.

Dr. B.____

erwähnte i m psychiatrischen Teilgutachten keine Auffälligkeiten in der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin. Diese erh ält

etwa für die anfallenden Haushaltsarbeiten Unterstützung von ihrem Ehemann, der den grössten Teil der Arbeiten erledigt (E. 3.9.1). Bei der familiären Unterstützung handelt es sich um eine Ressourc e, auf die Beschwerdeführerin auch bei einem beruflichen Wiedereinstieg zurückgreifen könnte . Weiter bestehe n regelmässige Kontakte zu zwei befreundeten Familien und ein guter Kontakt zu ihrem Ehemann (E. 3.8.1 und 3.9. 1- 2). Für den Komplex «sozialer Kontext» ist davon auszugehen , dass die Beschwerdeführerin sozial gut integriert ist.

Gutachter Dr. B.____ wies auf gewisse Inkonsistenzen im Verhalten der Beschwerdeführerin hin. So stellte sich die Beschwerdeführerin in der psychiatrischen Untersuchung anders als während der rheumatologischen Begutachtung als sehr depressiv dar und schilderte ihre Situation dahingehend, dass sie praktisch den ganzen Tag im Bett liegt und

sich isoliert (vorstehend E. 3.9.2). Dr.

A.____

stellte

in der rheumatologischen Untersuchung ebenfalls eine Diskrepanz zwischen der Intensität der angegebenen Beschwerden und dem beobachteten Verhalten und der Konsistenz der Bewegungsabläufe fest (E. 3.8.2). Eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen Lebensbereichen liegt somit nicht vor. Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin die ambulante psychiatrische Behandlung zum Zeitpunkt der Begutachtung abgebrochen hatte, spricht sodann gegen einen erheblichen Leidensdruck. Insgesamt vermag die aus psychiatrischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit von 30 % seit 1. Juli 2019 auch nach Prüfung der Standardindikatoren zu überzeugen, weshalb darauf abzustellen ist. 5. 6

Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin erweist sich nach dem Gesagten als dahingehend erstellt, dass aus interdisziplinärer Sicht für eine angepasste Tätigkeit von August bis zum 16. November 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 75

%, vom 17. November 2017 bis Ende März 2018 eine solche von 100 % und von April bis zum 2. September 2018

eine Arbeitsunfähigkeit von 75 % bestand. Im Anschluss an die zweite Hüftoperation bestand vom 3. September bis Ende Dezember 2018 erneut eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Ab dem 1. Januar 2019 ist von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen. Ab diesem Zeitpunkt bis zum 31. Juli 2020 ist für eine behinderungsangepasste Tätigkeit von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % und ab dem 1. August 2020 bis auf Weiteres von einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % auszugehen

(vorstehend E.

E. 5.8

Gemäss Dr. A.____ und Dr. B.____ ist ab dem 1. Januar 2019 von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin auszugehen.

Angepasst an die Nominallohnentwicklung für Frauen im Jahr 2019 von 1 % (Tabelle T39, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 2010-2022) und die wöchentliche Arbeitszeit im Gesundheits- und Sozialwesen im Jahr 2019 von 41.6 Stunden

beziehungsweise an die durch durchschnittliche betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Tabelle T 03.02.03.01.04.01 Ziff. 86-88 beziehungsweise Total) ergibt sich ein Valideneinkommen von Fr. 61'259.-- (Fr. 4'860.-- x 12 : 40 x 41.6 x 1.01) und –

angepasst an das nunmehr zumutbare Arbeitspensum von 50 % - ein Invalideneinkommen von Fr. 26'233.-- (Fr. 4'371.-- x 12 x 0.5 : 40 x 41.7 x 1.01 x 0.95). Es ist daher von einem Invalideneinkommen von Fr. 26'233. — auszugehen. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 61'259.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 26'233.-- resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 35'026.--, was einem Invaliditätsgrad von 57 % entspricht. Nach Art. 88a Abs. 1 IVV ist die gesundheitliche Verbesserung nach Ablauf von drei Monaten und damit ab dem 1. April 2019 zu berücksichtigen. Ab diesem Zeitpunkt bestand bei einem Invaliditätsgrad von 57 % noch ein Anspruch auf eine halbe Rente. 5. 9

A aufgrund der weiteren gesundheitlichen Verbesserung

lag ab dem 1. August 2020 noch eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % entsprechend einer Arbeitsfähigkeit von 70 % in einer angepassten Tätigkeit vor. Nach LSE 2020 Tabelle TA1_tirage_skill_level ist für das Jahr 2020 im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen (Ziff. 86-88) für Frauen von einem monatlichen Einkommen von Fr.

4'700.-- (Kompetenzniveau 1) auszugehen. Bei einer wöchentlichen Arbeitszeit im Gesundheits- und Sozialwesen im Jahr 2020 von 41.5 Stunden ergibt sich ein Einkommen von Fr. 58'515.-- (Fr. 4'700.-- x 12 : 40 x 41.5). Als Valideneinkommen sind daher Fr. 58'515.-- zu veranschlagen.

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist nach LSE 2020 Tabelle TA1_tirage_skill_level bei Kompetenzniveau 1 von einem Einkommen für Frauen von total Fr. 4'276.-- und bei einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 70 % von einem monatlichen Einkommen von Fr.

2'993.-- (Fr. 4'276.-- x 0.7) auszugehen. Nach einem Abzug vom Tabellenlohn von 5 % und einer wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2020 von total 41.7 Stunden ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 35'573.-- (Fr. 4'276.-- x 12 x 0.7 : 40 x 41.7 x 0.95). Vergleicht man das Valideneinkommen von Fr. 58'515.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 35'573.-- resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 22'942.--, was einem Invaliditätsgrad von 39 % entspricht. Die gesundheitliche Verbesserung ist nach drei Monaten und damit ab dem 1. November 2020 zu berücksichtigen. Ab diesem Zeitpunkt besteht daher kein Rentenanspruch mehr. 5. 10

Zusammenfassend besteht vom 1. August 2018 bis 31. März 2019 ein Anspruch auf eine ganze Rente. Vom 1. April 2019 befristet bis 31. Oktober 2020 besteht Anspruch auf eine halbe Rente. Ab dem 1. November 2020 besteht kein Rentenanspruch mehr.

Die angefochtene Verfügung vom 2. Februar 2023 erweist sich nach dem Gesagten als rechtens. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. 6.

E. 6

Die Beschwerdeführerin ist seit dem 30. August 2019 bei Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in ambulanter psychiatrischer Behandlung (Urk. 10/33 S. 2 Ziff. 1.1). Dr. G.____ gab im Bericht vom

25. Oktober 2019 (Urk. 3/18 = Urk. 10/33) zu den erhobenen Befunden an, im Gespräch seien Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen aufgefallen. Die Mimik und Gestik seien angespannt. Im formalen Denken sei die Patientin eingeengt. In der Grundstimmung sei sie deprimiert, affektlabil, affektarm, innerlich unruhig und ängstlich. Der Antrieb sei reduziert und es sei ein ausgeprägter sozialer Rückzug vorhanden. Suizidgedanken und -absichten würden glaubhaft verneint (S. 3 Ziff. 2.4). Der Psychiater nannte als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode (ICD-10 F33.11), seit Sommer 2019 (S. 3 f. Ziff. 2.5).

Die Patientin könne die bisherige Tätigkeit nicht ausüben. Auch eine angepasste Tätigkeit sei ihr aktuell nicht zumutbar (S. 5 Ziff. 4.1 und 4.2). Sie sei motiviert, wieder zu arbeiten, könne sich aber aktuell kaum vorstellen, einer Arbeit nachzugehen (S. 6 Ziff. 4.4). 3.

E. 6.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 8 00.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Zuzüglich der unentgeltlichen Prozessführung sind die Kosten jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

E. 6.2

Mangels einer Honorarnote setzt das Gericht die Entschädigung des unentgeltlichen Rechtsvertreters nach Ermessen fest (§ 8 i.V.m. § 7 der Verordnung über Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor Sozialversicherungsgericht, GebV

SVGer), wobei sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemisst (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Als weitere Bemessungskriterien nennt § 7 GebV

SVGer den Zeitaufwand und die Barauslagen.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien ist

die Entschädigung des unentgeltlichen Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin bei Anwendung des gerichtsüblichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) mit Fr. 2'350.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

E. 6.3

Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden, 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, zuzüglich der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Dr. Rolf Schmid, Zürich, wird mit Fr. 2'350.-- (inkl. Barauslagen und MWST) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Rolf Schmid - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diese Entscheidung 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.

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
Die Vorsitzende
Der Gerichtsschreiber
Grieder-Martens
Brugger

E. 7

Die Ärzte des Kantonsspitals D.____, Departement Chirurgie, führten im Bericht vom 3. Juli 2020 (Urk. 10/54/2-5 = Urk. 10/56) aus, die Patientin habe berichtet, dass sie zur Entlastung weiterhin zwei Stöcke verwende

und vor allem auf der linken Seite im Oberschenkel Schmerzen verspüre. Die sowohl bei Belastung als auch in Ruhe auftretenden Schmerzen würden vom Rücken her lateral über den Oberschenkel und teilweise bis zum Knie ziehen (S. 2 oben). In der Zusammenschau bestünden insgesamt deutlich reduzierte Beschwerden an der linken Hüfte. Die Patientin nehme nicht mehr regelmässig Analgesie ein. Die Möglichkeit einer Schafflocke linksseitig als Ursache der Schmerzsymptomatik sei weiterhin gegeben (S. 2 unten). 3.

E. 8

.3

Aus somatischer Sicht seien der Beschwerdeführerin keine hohen Belastungen der Hüften, der Knie und der LWS zumutbar. Vor allem die linke Hüfte sei sehr wenig belastbar. Die Gehfähigkeit und die Gehsicherheit seien eingeschränkt. Die angestammte Tätigkeit als Pflegerin der Spitex beinhalte häufiges Stehen, Gehen und Arbeiten in vorübergebeugter Haltung, das Heben und Tragen von Patienten, häufiges nach vorne Beugen etc. Die angestammte Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin seit der IV-Anmeldung nicht mehr zumutbar (S. 26 Ziff. 6.6).

Eine angepasste, sitzende Tätigkeit sei ihr zumutbar. Die Tätigkeit sollte im Idealfall die Möglichkeit beinhalten, kurzen Pausen einzulegen, aufzustehen und kurze Gehstrecken zurückzulegen. Eine angepasste Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin

in einem vollen Pensum mit reduzierter Leistungsfähigkeit von maximal zwei Stunden pro Arbeitstag zumutbar. Die eingeschränkte Leistungsfähigkeit sei durch die Restbeschwerden der linken Hüfte begründet, die sich teilweise gut objektivieren liessen, mit einer verminderten Belastbarkeit der LWS bei degenerativen Veränderungen und verstärkt durch die krankhafte Adipositas und aufgrund der Arthrose der grossen Gelenke. Eine Arthrose beider Kniegelenke werde bestätigt. Möglicherweise bestehe auch eine beginnende Arthrose beider Sprunggelenke (S. 26 Ziff. 7.6.1).

In einer ideal angepassten Tätigkeit bestehe bei einer Präsenzzeit von 100 % eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von zusätzlich zwei Stunden pro Tag für Pausen oder aufgrund einer Verlangsamung. Die attestierte Arbeitsfähigkeit gelte retrospektiv durchgehend ab Sommer 2020. Von September 2017 bis Sommer 2020 sei die Beschwerdeführerin für längere Strecken auch in einer ideal angepassten Tätigkeit deutlich

eingeschränkt gewesen. Zweimal habe für je vier Monate nach den Hüftoperationen auch in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Demnach habe seit dem 17. November 2017 bis Ende März 2018 und zwischen dem 3. September bis Ende Dezember 2018 in der bisherigen und einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Ab dem 1. Januar 2019 bis zum 1. August 2020 habe in einer ideal angepassten Tätigkeit theoretisch eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestanden. Ab dem 1. August 2020 habe die attestierte Arbeitsfähigkeit mit einer Reduktion der Leistungsfähigkeit von zwei Stunden pro Tag vorgelegen (S. 27 Ziff. 7.7.1). 3.

E. 9

.3

In der angestammten Tätigkeit sei von August 2017 bis Juni 2019 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % und danach von 50 % anzunehmen. In einer angepassten Tätigkeit habe von August 2017 bis Juni 2019 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % und danach von 30 % bestanden (S. 24 Ziff. 7.1). 3.

E. 10

Dr. A.____ und Dr. B.____

nannten in der Konsensbeurteilung vom 22. April 2021 (Urk. 3/16 , Urk. 10/70) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit multifaktorielle Restbeschwerden nach Hüft-TP links mit Gehschwierigkeiten, Status nach Hüft-TEP rechts am 17. November 2017 bei symptomatischer Cox arthrose bei Restdysplasie, Gonarthrose beidseits, symptomatisch links, mittel gradige depressive Episode, gegenwärtig teilremittiert (aktuell leichtgradig ausgeprägt) bei rezidivierender Schmerzstörung (ICD-10 F33.1) und chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Die Gutachter nannten sodann als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbospondylogene s Schmerzsyndrom, Pes

cavovarus mit chronischer Überlastung und Instabilität des lateralen OSG beidseits, eine Adipositas (BMI 42) und ein Marine-Lenhart-Syndrom (S. 2).

Aus somatischer Sicht sei die angestammte Tätigkeit als Pflegerin seit dem Zeitpunkt der IV-Anmeldung nicht mehr zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht sei für diese Tätigkeit von einer gewissen Restarbeitsfähigkeit auszugehen (S. 2 f.) . Angepasst sei eine sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit, kurze Pausen zu machen, aufzustehen und kurze Gehstrecken machen zu können. Diese Tätigkeit sollte klar strukturiert sein, vorwiegend alleine ausgeführt werden können und keine höheren Anforderungen an die Interaktion beinhalten . In einer solchen Tätigkeit sei aus interdisziplinärer Sicht und längerfristig von einer leichten Einschränkung der Leistungsfähigkeit auszugehen. Kurzfristig habe eine höhere Arbeitsunfähigkeit bestanden. Von August bis zum 16. November 2017 sei eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 25 % anzunehmen. Vom 17. November 2017 bis Ende März 2018 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Von April 2017 (richtig: 2018) bis zum 2. September 2018 habe wieder eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit

von 25 % vorgelegen. Vom 3. September bis Ende Dezember 2018 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und vom 1.

Januar 2019 bis 31. Juli 2020 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % vorgelegen. Seit dem 1. August 2019 (richtig: 2020) sei eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 30 % anzunehmen (S. 3).

E. 14

oben).

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