

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00678 vom 25. November 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-11-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00678

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00678 du 25 novembre 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00678 del 25 novembre 2024

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1968, absolvierte nach dem Besuch der Primar- und Sekundarschule keine Ausbildung (Urk. 9/7/5). Sie ist verheiratet und hat zwei erwachsene Kinder, geboren 19 8

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. Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Entsprechend den allgemeinen intertemporalen Grundsätzen (vgl. BGE 144 V 210 E. 4.3.1) ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist. Steht ein erst nach dem 1. Januar 2022 entstandener Rentenanspruch zur Diskussion, findet darauf das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht Anwendung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_452/2023 vom 24. Januar 2024 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

Auf Grund der am 1. November 2021 (Eingangsdatum) anhängig gemachten Anmeldung zum Leistungsbezug (Urk. 9/ 7) könnten allfällige Rentenleistungen frühestens ab Mai 2022 ausgerichtet werden (vgl. Art. 29 Abs. 1 und Abs. 3 IVG). In dieser übergangsrechtlichen Konstellation ist die seit 1. Januar 2022 geltende Rechtslage massgebend, die im Folgenden soweit nichts anderes vermerkt ist jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet wird.

E. 1.2.1

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

Erwerbs unfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2.2

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 unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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 und BGE 145 V 215 zu Abhängigkeitssyndrome beziehungsweise Substanzkonsumstörungen).

E. 1.3.1

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

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

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

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1 bis und 1 ter nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1 bis IVG).

Die einjährige 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 % (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_463/2007 vom 28. April 2008 E. 7.2.2 in fine mit Hinweisen).

E. 1.3.2

Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Nach Abs. 2 dieser Bestimmung entspricht bei einem Invaliditätsgrad von 50-69 % der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad unter 50 Prozent , und zwar von 40 % bis 49 % , bestimmt sich der Anspruch nach bestimmten

prozentualen Anteile n

nach Massgabe von Art. 28b Abs. 4 IVG .

E. 1.3.3

Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG (Art. 29 Abs. 1 IVG). Die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (Art. 29 Abs. 3 IVG).

E. 1.4.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art.

E. 1.5

Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte, zu denen auch die Berichte und Stellungnahmen regionaler ärztlicher Dienste (RAD) gehören (Urteil des Bundesgerichts 9C_647/2020 vom 26. August 2021 E. 2.2 mit Hinweisen), kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee mit Hinweis). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxismässig nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger (Urteile des Bundesgerichts 8C_427/2022 vom 28. Februar 2023 E. 3.3 und 8C_596/2022 vom 11. Januar 2023 E. 2.3). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens erledigt werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C_630/2022 vom 3. Mai 2023 E. 3.2.1). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung des angefochtenen Entscheids vom 8. November 2023 aus, die Beschwerdeführerin leide seit Mai 2021 an gesundheitlichen Einschränkungen. Die medizinische Abklärung habe ergeben, dass in ihrer bisherigen Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin Restaurant aufgerech net auf ein 100%iges Pensum eine maximal 20%ige Verminderung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Damit sei das für einen Rentenanspruch zu bestehende Wartejahr mit einer mindestens 40%igen Arbeitsunfähigkeit nicht erfüllt. In einer leidensangepassten, körperliche leichten, wechselbelastenden Tätigkeit bestehe zudem eine 100%ige Arbeitsfähigkeit; eine solche Tätigkeit müsste ohne regel mässige Heben- und Tragebelastungen über zehn Kilogramm, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne häufige wirbelsäulen belastende Zwangshaltungen und Tätigkeiten mit Bücken, Hocken, Knien, Überkopfarbeit, Arbeiten in Armvorhalt, ohne häufiges Gehen auf unebenem Gelände, ohne andauernde Vibrationsbelastung sowie ohne Nässe- und Kälteexposition sein. Es sei der Beschwerdeführerin zumutbar, mit einer solchen Tätigkeit ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Aufgrund dessen bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente und auf berufliche Massnahmen. Daran vermöge der im Vorbescheidverfahren vorgelegte Austrittsbericht der B.____, Zentrum für Rehabilitation

(vom 6. Februar 2023, Urk. 9/66) , nichts zu ändern. D enn d araus gehe hervor, dass die Beschwerdeführerin vom Aufenthalt (vom 9. Januar bis 4. Februar 2023) habe profitieren können . Zudem seien darin keine Befunde aufgeführt worden, welche bisher nicht bekannt gewesen seien. Eine Haushaltsabklärung sei aufgrund des nicht erfüllten Warte jahres nicht angezeigt (Urk. 2 S. 1 f.). 2.2

Die Beschwerdeführerin bringt dagegen vor, sie sei ab dem 19.

Mai 2021 wegen eines Rückenleidens zu 100 % arbeitsunfähig geworden. Diese Arbeitsunfähigkeit dauere bis heute an. Die Beschwerdegegnerin habe sich mit einer ausschliesslich rheumatologischen Untersuchung durch den RAD begnügt, obschon der Krankentaggeldversicherer Mutuel mit Zustimmung des RAD ein poly disziplinäre s Gutachten vorgesehen und für indiziert gehalten habe , welches jedoch schliesslich aus Kostengründen mit Blick auf das tiefe Taggeld nicht durchgeführt worden sei. Die leistungsablehnende Verfügung sei rein somatisch begründet. Die Beschwerdegegnerin habe nicht berücksichtigt, dass sie , die Beschwerdeführerin, bei Dr. med. D.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der am 4. Januar 2023 eine Depression diagnostiziert habe, und beim Psychologen Dr.

phil .

E.____ in Behandlung stehe und starke Medikamente einnehme. Es sei klar erkennbar und erstellt, dass sie an chronischen Schmerzen leide, welche sie nicht nur körperlich, sondern auch psychisch beeinträchtigen würden. Die im Bericht des Medizinischen Zentrums C.____ vom 12. Dezember 2023 aufgeführte Diagnose einer rezidivierenden depressive n Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1), bestätige, dass im Verbund mit den übrigen Diagnosen eine medizinische Problematik mit interdisziplinärem Charakter vorliege. Gemäss diesem Bericht sei sie zudem auch nach der Entlassung aus der Tagesklinik am 30. Juni 2023 weiterhin zu 100

% arbeitsunfähig und die Prognose für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sei schlecht. Es zeige sich überdies, dass eine Vortraumatisierung durch schwere Lebensereignisse bestehe, welche immer wieder durch Trigger aktualisiert werde und zu somatischen Symptomen führe. Aus dem Austrittbericht der B.____ , Zentrum für Rehabilitation (vom 6. Februar 2023; Urk. 9/66), gehe ferner nur hervor, dass sie, die Beschwerde führerin, insgesamt ihren Therapiezielen habe nähergebracht werden können, so dass am 4. Februar 2023 die Entlassung habe erfolgen können. Sie habe dabei im sechs-Minuten- Gehstest die Wegstrecke um bescheidene 37 Meter steigern und bei absoluter Schonhaltung in der Klinik eine geringe Schmerz linderung erzielen können. Der rheum a tologische RAD-Bericht genüge den von der Rechtsprechung umschriebenen Anforderungen nicht.

Denn es liege eine medizinische Problematik mit interdisziplinärem Charakter vor, welche die Fach gebiete der Orthopädie/Rheumatologie, der Neurologie und Psychiatrie betreffe .

Wenn keine genügenden somatischen Befunde für eine dauernde Arbeitsunfähig keit vorlägen, bedeute das noch nicht, dass auch keine somatoforme Schmerz störung, kein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden und keine depressive Störung bestünden. Die Beschwerdegegnerin hätte den Sachverhalt umfassend abklären und ein polydisziplinäres Gutachten einholen müssen. Es seien für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit dabei die systematisierten Indikatoren gemäss dem strukturierten

(Beweis-)Verfahren beachtlich, welches ebenfalls nicht durchgeführt worden sei. Die Beschwerdegegnerin habe es zudem unterlassen, die Einschränkungen im Haushalt abzuklären. Es fehle komplett an einer herleitbaren Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, welche von Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nach wie vor mit 0

% in der angestammten und in einer leidensangepassten Tätigkeit beurteilt werde. Damit habe die Beschwerdegegnerin den rechtserheblichen Sachverhalt nicht erhoben

(Urk. 1 S. 3 ff., Urk. 6 S.

2 f.). 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, insbesondere auf eine Rente, hat.

Zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis in diesem Verfahren bildet die am 5. Oktober 2023 erlassene angefochtene Verfügung (BGE 143 V 409 E. 2.1, 134 V 392 E. 6). 3. 3.1

Zu klären ist im Folgenden zunächst, ob das sogenannte Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG, wonach während eines Jahres eine Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Beruf oder im Aufgabenbereich (Art. 6 ATSG) von durchschnittlich mindestens 40 %

ohne wesentlichen Unterbruch bestanden haben muss, erfüllt ist. Dabei ist zu beachten, dass diese Arbeitsunfähigkeit auch in Bezug auf den Haushaltsbereich - analog zur Arbeitsunfähigkeit im Erwerbsbereich - nach medizinischen Einschätzungen und nicht nach den Ergebnissen einer Haushaltsabklärung zu beurteilen ist (vgl. E. 1.4.2 hiervor). Die Beschwerdegegnerin stütze sich zur Beurteilung der Voraussetzung von Art. 28 Abs.

1 lit.

b IVG im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) daher insofern grundsätzlich zutreffend auf eine ärztliche Beurteilung, ohne hierfür eine Abklärung vor Ort zur Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Haushalt durchzuführen. 3.2 3.2.1

Den Akten ist in medizinischer Hinsicht zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin am 19.

Mai 2021 im G.____ wegen einer massiv exazerbierten, seit Jahren bestehenden chronischen rezidivierenden Lumbalgie behandelt wurde. Sie sei knapp gehfähig und stark leidend gewesen. Es habe der Verdacht auf ein lumboradikuläres Schmerzsyndrom links bestanden und es sei eine Arbeitsunfähigkeit vom 19. bis 21. Mai 2021 attestiert worden. Die Weiterbehandlung werde beim Orthopäden erfolgen (Bericht von med.

pract. H.____ vom 19. Mai 2021, Urk. 9/19/6).

Gemäss dem Austrittsbericht der Klinik für Rheumatologie des I.____ vom 9. Juni 2021 wurde die Beschwerdeführerin vom 22.

Mai bis 9.

Juni 2021 stationär behandelt. Es wurden die Diagnosen eines akuten lumboradikulären Schmerzsyndroms L5 links mit/bei chronischem lumbovertebralen Schmerzsyndrom, aktuell mit neuer Ausstrahlung in das linke Bein ohne sensorische Ausfälle, mit rezessalen Kontakt und Reizung der Nervenwurzel L5 links sowie aktivierten Facettengelenksarthrosen auf Höhe Lendenwirbelkörper (LWK)

4/5 und LWK

5/Sakralwirbelkörper (SWK) 1 links (Magnetresonanztomographie [MRT] der Lendenwirbelsäule [LWS] vom 25.

Mai 2021; Urk. 9/19/16) sowie einer Adipositas WHO Grad

I gestellt (Urk.

9/19/7). Im Verlauf der stationären Behandlung habe sich eine leichte Reduktion der Schmerzen im Vergleich mit dem Anfangswert gezeigt bei subjektiv jedoch weiterhin bestehenden dauerhaften brennenden Schmerzen auf ein nicht erträgliches Niveau. Die Beschwerdeführerin habe im Verlauf längere Strecken mit und kürzere Strecken ohne Hilfe gehen können. Die anfangs initiierte analgetische Therapie

mit Opiaten habe nicht ausgeschlichen werden können. Vom 22. Mai bis 10. Juni 2021 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (Urk. 9/19/8-9).

Im Anschluss daran wurde die Beschwerdeführerin vom 9. Juni bis 3. Juli 2021 im Zentrum für Rehabilitation B. ___ stationär behandelt. Vor dem Austritt habe sie eine maximale Gehstrecke im 6-Minuten-Gehtest von zirka 516 Metern ohne Hilfsmittel und ohne Pause erreicht. Das Bewältigen von Treppe n über zwei Etagen sei sicher möglich gewesen. Sie sei in einem Heimübungsprogramm instruiert und in die häuslichen Verhältnisse entlassen worden (Urk. 9/19/22).

Laut dem Bericht der Klinik für Neurochirurgie I. ___ vom 22.

Juli 2021 berichtet die Beschwerdeführerin über einen erfreulichen Verlauf. Die Schmerzen im Bein seien praktisch komplett regredient mit zwei Punkten auf der visuellen Analogskala (VAS). Die radikuläre Schmerzsymptomatik sei somit deutlich regredient und in den Hintergrund gerückt. Weiterhin bestünden tief lumbale Rückenschmerzen zeitweise mit Ausstrahlung gluteal, aktuell mit einem VAS von fünf bis acht, welche am ehesten facetogen einzuordnen seien. Die Beschwerdeführerin werde daher zur Facettengelenksinfiltration an die Kollegen der Schmerztherapie überwiesen (Urk. 9/19/ 27-28).

Die Schmerztherapie wurde im Schmerzambulatorium des I. ___ - Instituts für Anästhesiologie durchgeführt. Gemäss dem Bericht zur Erstkonsultation vom 6.

September 2021 berichtete die Beschwerdeführerin über starke konstante Schmerzen im Lendenbereich, welche sich bei Bewegung oder längerem Stehen verschlechtern würden. Ausserdem verspüre sie brennende/elektrisierende Schmerzen im Bereich des linken Fusses, welche jedoch aushaltbar seien. Es seien die Diagnosen chronische sekundäre Schmerzen (ICD-11 MG 30.3) und chronische neuropathische Schmerzen (ICD-11 MG 30.5) bei lumboradikulärem Schmerzsyndrom L5 links sowie Adipositas WHO Grad I gestellt worden. Es sei am ehesten von einem gemischt nozizeptiv-neuropathischen Schmerzbild auszu gehen. Die LWS-Beschwerden seien am ehesten degenerativ mit nozizeptivem Ursprung. Die neuropathischen Schmerzen könnten, wie in der Bildgebung gesehen, mit einer Reizung der L5-Wurzel korrelieren. Zur Diagnostik werde eine Facettengelenksblockade L4/5 links durchgeführt (Urk. 9/19/29-30). Im Bericht des Schmerzambulatoriums vom 17. September 2021 wurde festgehalten, es habe sich nicht wie erwartet eine Facettengelenksproblematik, sondern ISG-Beschwerden gezeigt. Somit sei eine Infiltration der Iliosakralgelenke (ISG) beidseits vorgenommen worden.

Postinterventionell habe sich eine vollständige Schmerzregredienz gezeigt (Urk. 9/19/ 32-33). Am 20. Oktober 2021 erfolgte gemäss dem Bericht gleichen Datums bei nunmehr betont lumbospondylogenen Schmerzen eine diagnostische Blockade des Facettengelenks LWK5-SWK1 beidseits. Postinterventionell sei keine Verbesserung bemerkbar gewesen. Sollte im weiteren Verlauf keine Schmerzreduktion auftreten, lasse sich eine Beteiligung der Facettengelenke LWK5-SWK1 ausschliessen (Urk. 9/19/39-40). Im Bericht zur Kontrolle im Schmerzambulatorium vom 17. November 2021 wurde festgehalten, nach ISG-Infiltration mit kurzzeitiger Schmerzfreiheit und erfolgloser diagnostischer Facettengelenksblockade LWK5-SWK1 scheine bei lokalisierten Schmerzen im ISG-Bereich eine ISG-Blockade am sinnvollsten (Urk. 9/19/45-46). Diese Infiltration wurde am 24. November 2021 vorgenommen. Gemäss dem Bericht gleichen Datums konnten die Beckenschmerzen durch diese Intervention komplett blockiert werden (Urk. 9/19/48).

Prof. Dr. med. J. ____, Facharzt für Neurochirurgie, speziell Wirbelsäulenchirurgie, hatte die Beschwerdeführerin gemäss dem ambulanten Sprechstundenbericht vom 24. September 2021 am 23. September 2021 gesehen. Er stellte die Diagnosen einer leichten thorakolumbalen Skoliose, einer Protrusion L4/5 ohne Neurokompression, einer minimalen Protrusion L5/S1 ohne Neurokompression und einer teillumbalisierten S1. Als Nebendiagnosen führte er eine Hypertonie und die Masse 167 Zentimeter x 90 Kilogramm auf. Im Vergleich zu den Befunden gemäss dem MRT vom Juli 2021 sei insbesondere die Protrusion L4/5 regredient. Die Schmerzen seien hauptsächlich lumbal. Ferner bestünden Missempfindungen in den Zehen I-III links und eine gewisse Symptomausweitung (bei Druck auf Zehen Strom im ganzen Körper). Eine Indikation zu einer Operation bestehe nach seiner Ansicht nicht, ausser bei eindeutiger höhergradiger Neurokompression mit neurologisch nachgewiesenen, relevanten Defiziten. Im Vordergrund der Behandlung stünden die körperliche Aktivierung mit Gewichtsnormalisierung und Rumpfstabilisation (Urk. 9/19/34).

Gemäss dem Bericht von Dr. med. K. ____, Facharzt für Neurologie, zur neurologischen und elektrodiagnostischen Untersuchung vom 10.

November 2021 gab die Beschwerdeführerin an, die Schmerzen seien aktuell zwar etwas besser, aber immer noch täglich vorhanden. Es bestünden dumpfe Rückenschmerzen, unangenehme Missempfindungen im Bereich des linken Unterschenkels und linken Fussrückens beim Gehen. Die Schmerzen seien vor allem im Sitzen kaum auszuhalten und die Gehstrecke sei aufgrund der Rückenschmerzen vermindert.

Durch verschiedene Infiltrationsbehandlungen sei es zu keiner Besserung, sondern im Gegenteil zu einer Verschlechterung ihrer Rückenschmerzen gekommen. Anamnestisch relevant seien ausserdem eine Adipositas, eine arterielle Hypertonie und der Status nach laparoskopischer Cholezystektomie im Jahr 2019. Als Diagnose sei eine radikuläre Reizsymptomatik L5 links mit erheblicher myofaszialer und funktioneller Überlagerung zu stellen. Es bestünden zwar chronische linksseitige Lumboischialgien mit ausstrahlendem Charakter und neuropathischen Missempfindungen, welche an eine Radikulopathie L5 links mit ausschliesslich sensiblen Missempfindungen denken liessen. Hauptbefund sei aber eine funktionelle, myofasziale, wahrscheinlich auch schmerzbedingte Überlagerung und Minderaktivierung des linken Beines. Zusätzlich zeige sich eine erhebliche Dekonditionierung, wobei die Minderaktivierung durchaus im Rahmen des chronischen Schmerzzustandes erklärt werden könne. In der elektrodiagnostischen Untersuchung

hätten keine neurogenen Veränderungen objektiviert werden können. Hauptbefund sei auch hier eine Minderaktivierung bei normalen Potenzialen motorischer Einheiten. Es werde angesichts der fehlenden objektivierbaren Paresen und Veränderungen in der Elektrophysiologie die Weiterführung der konservativen Behandlung empfohlen (Urk. 9/19/41-42).

Der Hausarzt Dr. F.____

attestiert im Bericht vom 22. Dezember 2021 aufgrund der Diagnose eines spondylogenen Schmerzsyndroms L5 links bei Diskushernie L4/5 in der bisherigen Tätigkeit als Cafeteria-Angestellte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 22. Mai 2021 bis 31. Januar 2022. Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit sei infaust, da therapeutische Interventionen bisher nur eine minime Besserung bewirkt hätten (Urk. 9/19/2-3). Im Bericht vom 14. Februar 2022 attestiert Dr. F.____ weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, und zwar bis Ende Februar 2022; auch eine leidensangepasste Tätigkeit sei der Beschwerde führerin aktuell nicht zumutbar (Urk. 9/27/34-35).

Der Vertrauensarzt der Krankentaggeldversicherers Mutuel, Dr. med. L.____, Facharzt für Rheumatologie und für Physikalische Medizin und Rehabilitation, kam in seiner Aktentellungnahme vom 1.

März 2022 zum Schluss, der Hausarzt Dr.

F.____ diagnostiziert im Bericht vom 14. Februar 2022 (Urk. 9/27/34) aktuell weiter ein Wurzelreizsyndrom (lumboradikuläre Reizung) und attestiert eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen und in jeder anderen Tätigkeit, beides jedoch ohne Objektivierung der radikulären Reizung und der Beschwerden. Dr. F.____ gehe zudem nicht mehr davon aus, dass medizinische Massnahmen die Situation verbessern könnten, was sehr atypisch bei einer radikulären Reizung sei. Dies untermauere die Chronifizierung der Beschwerden. Die Aussagen der Beschwerdeführerin seien eher passiv, katastrophisierend. Zusammengefasst liege ein chronisches Schmerzproblem ohne eindeutige Objektivierung vor (Beschreibung lediglich der subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ohne Darlegung von objektiven Befunden).

Aus somatischer Sicht fällt es schwer, die attestierte Arbeitsunfähigkeit weiter zu stützen, wenn auch vor dem Hintergrund der langen Arbeitsunfähigkeit, der eher passiv-katastrophisierenden Aussagen, der Aussagen des Hausarztes, dass medizinische Massnahmen nicht mehr helfen würden, der unklaren Diagnosen und weiterer Faktoren, vieles darauf hindeute, dass mit der Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit nicht mehr gerechnet werden könne. Bei der aktuellen Tätigkeit als Cafeteria-Mitarbeiterin handle es sich um eine körperlich leichte, vorwiegend stehende und gehende Tätigkeit. Die aktuellen Angaben würden eigentlich aus somatischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit mehr rechtfertigen. Unter Berücksichtigung der langen Arbeitsunfähigkeit und angesichts der aktuell mangelhaften medizinischen Angaben sei ein Gutachten zur definitiven Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nötig (Urk.

9/27/31-33).

Der Telefonnotiz der Beschwerdegegnerin vom 5. Mai 2022 ist zu entnehmen, dass die Mutuel beabsichtigte, ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben, nachdem laut

der Einschätzung der Rehaklinik M.____ ein rein rheumatologisches Gutachten nicht sinnvoll und ein polydisziplinäres Gutachten (Orthopädie, Neurologie, Psychologie) empfohlen worden sei (Urk. 9/29). Gemäss der weiteren Telefonnotiz der Beschwerdegegnerin vom 9. Juni 2022 wurde das von der Mutuel geplante polydisziplinäres Gutachten in der Rehaklinik M.____ wegen der damit verbundenen hohen Kosten und des sehr tiefen Taggeldes der Beschwerdeführerin nicht durchgeführt (Urk. 9/32).

Das MRT der LWS vom 30.

März 2022 hatte im Vergleich mit der Voruntersuchung vom 19.

Juli 2021 eine Progredienz der paramedianen Diskusprotrusion auf Höhe LWK 5/SWK 1 mit nun progredienter medianer kleiner Diskushernie gezeigt, welche die neuroforaminale Nervenwurzel L5 links nun leicht zunehmend osteodiskoligamentär einengte (Bericht der Bilddiagnostik N.____ des I.____ vom 30. März 2022; Urk. 9/37/2).

Das MRT der LWS und des ISG vom 22. April 2022 ergab - verglichen mit der Voruntersuchung vom 30. März 2022 - eine stationäre mässiggradige degenerative Veränderung, insbesondere LWK4-SWK1, und auf Höhe LWK 4/5 eine stationäre osteodiskoligamentär bedingte, mässiggradige rezessale

Enge links mit möglicher Kompression der Nervenwurzel L5 links sowie eine stationäre leichtgradige rezessale Enge rechts mit Kontakt zur Nervenwurzel L5 rechts. Auf Höhe LWK 5/SWK 1 hätten sich ebenfalls stationäre Verhältnisse gezeigt, und zwar eine leichtgradige rezessale Enge links mit Kontakt zur Nervenwurzel S1 links, mässiggradige neuroforaminale Stenose links mit möglicher Affektion der Nervenwurzel L5 links, grössenstationäre kleine Facettengelenkszyste links, stationäre Osteochondrose mit ödematösen Endplattenveränderungen Modic Typ 1. Im ISG hätten sich leichtgradige degenerative Veränderungen beidseits gezeigt (Bericht der Bilddiagnostik N.____ des I.____ vom 22. April 2022; Urk. 9/38/2).

Anlässlich der Kontrolle vom 12. Mai 2022 im I.____-Schmerzambulatorium wurde festgehalten, in der aktuellen Bildgebung würden sich, trotz Zunahme der Schmerzen, stationäre Befunde mit möglichen Nervenwurzelkompressionen L5 beidseits und S1 links sowie facettär-degenerative Veränderungen der Segmente LWK4-SWK1 zeigen. Anamnestisch wie auch klinisch würden Druckdolenzen paravertebral lumbal und über den ISG imponieren. Für eine radikuläre Ausstrahlung fehle es aktuell an der Anamnese. Die bisher zweimalige ISG-Infiltration habe nur kurzzeitig zu einer Schmerzsuppression geführt. Es würden aktuell nebst myofaszialen Schmerzkomponenten am ehesten degenerativ bedingte Schmerzen im Rahmen der Facettengelenksarthrosen vermutet (Urk. 9/37/7). Hinweise für aktivierte Entzündungen oder eine systemische Erkrankung fänden sich weiterhin keine (Urk. 9/37/8).

Im Bericht zur Sprechstunde in der Klinik für Neurochirurgie I.____

vom

E. 5

und 19

E. 9

/57). Ausserdem gab sie (Urk. 9/65) den Austrittsbericht der B.____ , Zentrum für Rehabilitation, vom 6. Februar 2023 (Urk. 9/66) zu den Akten. Mit Verfügung vom 8. November 2023 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren wie angekündigt ab (Urk. 9/76 = Urk. 2). 2.

Hiergegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 11. Dezember 2023 Beschwerde und beantragte, die Verfügung vom 8. November 2023 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, den Invaliditätsgrad festzusetzen und die gesetzlich geschuldeten Leistungen, insbesondere eine IV-Rente, zu erbringen; eventualiter sei ein polydisziplinäres Gutachten einzuholen und gestützt darauf sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen, den Invaliditätsgrad festzusetzen sowie ihr die gesetzlich geschuldeten Leistungen, insbesondere eine IV-Rente, zu erbringen

(Urk.

1 S.

2). Mit Eingabe vom 25. Januar 2024 (Urk. 6) reichte die Beschwerdeführerin den Bericht des Medizinischen Zentrums C.____ vom 12. Dezember 2023 ein (Urk. 7/21) .

Die Beschwerdegegnerin beantragte in der Beschwerdeantwort vom 29. Januar 2024 die Abweisung der Beschwerde (Urk.

8) . Mit Eingabe vom 13. Februar 2024 verzichtete sie auf eine Stellungnahme zur weiteren Eingabe der Beschwerdeführerin (Urk. 11) , was der Beschwerdeführerin am

E. 14

. Februar 2024 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 12). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 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). 1. 4. 2

Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung des Invaliditätsgrades in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen. Art. 7 Abs. 2 ATSG ist sinngemäss anwendbar (Art. 28a Abs. 2 IVG in Verbindung mit Art. 8 Abs. 3 ATSG; spezifische Methode der Invaliditätsbemessung [Betätigungsvergleich]; vgl. statt vieler: BGE 142 V 290 E. 4). Als Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG der im Haushalt tätigen Versicherten gilt die übliche Tätigkeit im Haushalt sowie die Pflege und Betreuung von Angehörigen (Art. 27 Abs. 1 IVV).

Die von einer qualifizierten Person durchgeführte Abklärung vor Ort (nach Massgabe des Art. 69 Abs. 2 IVV; vgl. auch Rz. 3600 ff. des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], Stand: 1. Januar 2024) stellt für gewöhnlich die geeignete und genügende Vorkehrung zur Bestimmung der gesundheitlichen Einschränkung im Haushalt dar. Bei der spezifischen Methode der Invaliditätsbemessung ist mithin nicht die medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit ausschlaggebend, sondern wie sich der Gesundheitsschaden in der nichterwerblichen Betätigung konkret auswirkt, was durch eine Abklärung an Ort und Stelle zu erheben ist (BGE 133 V 504 E. 4.2 mit Hinweisen). Dagegen kann zur Bestimmung des Begriffs der Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG im sogenannten Wartejahr nicht von den Ergebnissen der Haushaltsabklärung ausgegangen werden, um die diesbezügliche Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Aufgabenbereich zu beurteilen. Der Beginn des Rentenanspruches ist vielmehr auch bei nichterwerbstätigen Versicherten - analog zur Arbeitsunfähigkeit bei Erwerbstätigen - auf der Basis medizinischer Stellungnahmen zu beurteilen. Daraus sollte hervorgehen, ab wann und inwieweit die versicherte Person in ihrer Arbeitsfähigkeit (definiert als funktionelles Leistungsvermögen) im Haushaltsbereich eingeschränkt war (BGE 130 V 97 E. 3.3.3). 1. 4. 3

Gemäss Art. 27 bis Abs. 1 IVV werden für die Bestimmung des Invaliditätsgrades von Teilerwerbstätigen folgende Invaliditätsgrade zusammengezählt: a.

der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit; b.

der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich.

Für die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Erwerbstätigkeit wird gemäss Art. 27 bis Abs. 2 IVV: a.

das Einkommen ohne Invalidität auf eine Erwerbstätigkeit, die einem Beschäftigungsgrad von 100 Prozent entspricht, hochgerechnet; b.

das Einkommen mit Invalidität auf der Basis einer Erwerbstätigkeit, die einem Beschäftigungsgrad von 100 Prozent entspricht, berechnet und entsprechend an die massgebliche funktionelle Leistungsfähigkeit angepasst; c.

die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrades, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet.

Für die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird gemäss Art. 27 bis Abs. 3 IVV: a.

der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt; b.

der Anteil nach Buchstabe a anhand der Differenz zwischen dem Beschäftigungsgrad nach Absatz 2 Buchstabe c und einer Vollerwerbstätigkeit gewichtet.

E. 18

August 2021 weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestand oder ob bereits damals, mithin vor dem 1. August 2021, aus fachärztlicher rheumatologischer respektive neurologischer Sicht von einer erheblich verbesserten Leistungsfähigkeit in der bisherigen

Tätigkeit und im Haushaltsbereich auszugehen sei. Eine fachärztliche Stellungnahme dazu fehlt.

Es bedarf zur abschliessenden Beurteilung, ob die Voraussetzung von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG erfüllt sei, somit ergänzende r

medizinische r

Abklärungen. 3.3.2

Im Anschluss an das Wartejahr muss gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG eine mindestens 40%ige Invalidität (Art. 8 ATSG) bestehen. Auch diese Voraussetzung kann bei gegebener Aktenlage nicht abschliessend beurteilt werden. Denn es bestehen in den Akten Hinweise darauf, dass die somatischen Beschwerden von psychischen Beschwerden überlagert wurden, ohne dass dazu eine hinreichende (fach-)ärztlich -psychiatrische Stellungnahme vorliegt. So hatte bereits Dr.

K.____

bei der neurologischen und elektrodiagnostischen Untersuchung vom 10. November 2021 nebst der Diagnose einer radikulären Reizsymptomatik L5 links eine erhebliche myofasziale und funktionelle Überlagerung

festgestellt (Urk.

9/19/41-42).

Der RAD-Arzt sodann betonte in seinem Bericht vom 24.

August 2022, dass seine aktuelle Einschätzung sich auf eine spezialärztliche körperliche Untersuchung abstütze, wobei er auf eine Schmerzchronifizierung schloss und eine erhebliche Diskrepanz zwischen den objektiv feststellbaren pathologischen Befunden einerseits und der subjektiven Selbsteinschätzung so wie dem Schmerzgebaren der Beschwerdeführerin andererseits feststellte (Urk.

9/41/8). Auch empfahl er eine psychosomatische Rehabilitation mit ambulantem Anschlussprogramm (Urk. 9/41/9). Die Beschwerdeführerin nahm im Sinne dieser Empfehlung denn auch ab Dezember 2022 eine psychiatrisch-psychologische Behandlung auf (Urk. 9/57/3, Urk. 9/66/3), welche zur tages klinischen Behandlung im C.____ vom 8. Mai bis 30. Juni 2023 führte. Dort wurde die Beschwerdeführerin vor allem auch psychiatrisch-psychologisch behandelt (Urk. 7/21 S. 3 f.) und es wurden zufolge der festgestellten depressiven Symptomatik sowie traumatischer Erfahrungen psychiatrische Diagnosen gestellt (Urk.

7/21 S. 1). Zudem wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem Beginn der Behandlung durch die Ärzte des C.____ per 27. Dezember 2022 attestiert (Urk. 7/21 S. 3). Im Anschluss daran war ferner eine ambulante Weiterbehandlung mit Einzeltherapie und medikamentöser Behandlung vorgesehen worden (Urk.

7/21 S. 5).

Auch im Rahmen der stationären, multimodalen Behandlung im Zentrum für Rehabilitation B.____ vom 9. Januar bis 4. Februar 2023 war die Beschwerdeführerin

psychiatrisch-psychologisch betreut

worden und es war eine entsprechende Weiterbehandlung als indiziert erachtet

worden (Urk. 9/66/3) .

Vor diesem Hintergrund kann nicht ohne fachärztlich-psychiatrische Entscheid grundlage beurteilt werden, ob und gegebenenfalls ab wann psychisch bedingte Beeinträchtigungen das chronifizierte, subjektive

Schmerzerleben und die Leistungsfähigkeit massgeblich beeinflusst haben sowie

ob bereits vor Beginn der psychiatrisch -psychotherapeutischen Behandlung im Dezember 2022 über wiegend wahrscheinlich eine psychi atrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit anzunehmen ist . Auch hierzu bedarf es ergänzender medizinischer Abklärungen. Dies rechtfertigt sich auch mit Blick auf die diagnostizierte Adipositas, denn diesbezüglich ist gemäss der jüngsten Recht sprechung des Bundesgerichts (Urteil 8C_104/2024 vom 22. Oktober 2024 E. 5.9) zu fragen, ob ihr Einfluss auf die Leistungsfähigkeit beizumessen ist, und ob und wie sich die Krankheit allenfalls leistungslimitierend auswirkt .

3.4 3.4.1

Nach dem Gesagten ist die Sache an die B eschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie in Bezug auf das Wartejahr (Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG) ab dem 19. Mai 2021 und insbesondere ab dem Ende der stationären Behandlung per 3. Juli 2021 bis Mai 2022 ergänzende medizinische Abklärungen zum Verlauf der Arbeits fähigkeit in der bisherigen Erwerb st ätigkeit und im Haushaltsbereich

(dies bezüglich definiert als funktionelles Leistungsvermögen) v ornimmt.

Ferner ist d er Gesundheitszustand und die Arbeits-/Leistungsfähigkeit auch aus fachärztlich-psychiatrischer Sicht und hinsichtlich der Adipositas beurteilen zu lassen .

Angesichts der somatischen und psychischen Beschwerden mit fragliche r psycho somatischer Überlagerung ist eine interdisziplinäre Gesamtbeurteilung angezeigt.

Diese hat nach Vorlage der vervollständigten Akten unter Berücksichtigung aller Beschwerden

insbesondere

auch zum chronologischen Verlauf der Arbeitsfähig keit in der bisherigen Tätigkeit als Cafeteria-Angestellte (ab Mai 2021 bis aktuell) und im Haushaltsbereich (von Mai 2021 bis Mai 2022)

mit besonderem Augen merk auf die Zeit vom 3. Juli 2021 bis Mai 2022 sowie zur Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ab Mai 2022 Auskunft zu geben .

Dabei sind bei (allfälligem) Vorliegen einer fachärztlich-psychiatrisch festgestellten Diagnose die Standardindikatoren im Sinne der bundegerichtlichen Recht sprechung zum strukturierten Beweisverfahren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) beachtlich. 3.4.2

Des Weiteren ist gegebenenfalls eine Haushaltsabklärung durchzuführen. Der Verzicht auf das Einholen eines Haushalt s abklärungsberichts ist nur ausnahms weise zulässig, wenn angesichts eines sehr tiefen Invaliditätsgrades im Erwerbs bereich ein relativ hoher Grad im Haushalt s bereich erforderlich wäre, um einen rentenbegründenden Gesamtinvaliditätsgrad zu erreichen (vgl. Urteile des Bundesgericht s vom 16. November 2007 I 1005/06 E. 5.2

und vom 15. Juni 2004 I 246/03 E. 5.2.3).

3.4.3

Dem Antrag der Beschwerdeführer in , die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, die gesetzlichen Leistungen zu erbringen (Urk. 1 S. 2), ist bei der derzeitigen Aktenlage nicht stattzugeben .

Die Beschwerde ist in dem Sinne gutzuheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 8.

November 2023 (Urk. 2) aufzuheben und die Sache an die Beschwerde gegnerin zur ergänzenden Abklärung im Sinne der Erwägungen und zu neuem Entscheid über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung zurückzuweisen ist. 4.

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu weiterer Abklärung und neuem Entscheid als vollständiges Obsiegen (vgl. ZAK 1987 S. 268 f. E. 5 mit Hinweisen). Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen sowie ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Der Beschwerdeführer in steht eine Entschädigung zu, welche nach Art. 61 lit . g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen auf Fr. 3' 1 00.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 8 . November 2023 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Anspruch der Beschwerdeführer in auf Leistungen der Invalidenversicherung neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführer in eine Prozessentschädigung von Fr. 3' 1 00.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Harry F. Nötzli - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
FehrHartmann

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