

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00048 vom 27. Dezember 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-12-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00048

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00048 du 27 décembre 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00048 del 27 dicembre 2024

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1966, Mutter von einem Kind (Jahrgang 1994), war seit Mai 2000 bei der Y.____ AG als Service-/Buffetmitarbeiterin in einem 80%-Pensum tätig (Urk. 8/2, Urk. 8/9), als sie sich am

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 intertemporalrechtlichen 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 im Januar 2021 anhängig gemachten Anmeldung bei der Invalidenversicherung

könnten allfällige Leistungen frühestens ab Juli 2021 ausgerichtet werden (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG), beziehungsweise werden vorliegend ab Dezember 2021, nach Ablauf des Wartejahrs, ausgerichtet. In dieser übergangsrechtlichen Konstellation ist die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesene Rechtslage massgebend, die im Folgenden soweit nichts anderes vermerkt ist jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet wird.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294

E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.4

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 Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

E. 1.5

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. 1.6

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den

Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 140 V 193 E. 3.2 mit Hinweisen).

E. 1.7

UV170510 Beweiswert eines Arztberichts 06.2024 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C_587/2023 vom 8. April 2024 E. 4.2). 2.

E. 2

6. Februar 2024 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2, Verfügungsteil 2) fest, aufgrund der veranlassten und durchgeführten medizinischen Untersuchungen sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen Tätigkeit als Servicefachangestellte ab Dezember 2020 zu 50 %

arbeitsunfähig sei, womit das Wartejahr im Dezember 2020 beginne. In einer angepassten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin von Dezember 2020 bis zum 26. Juni 2022 zu 40 % arbeitsunfähig und vom 27. Juni 2022 bis 24. Juli

2022 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Ab dem 25. Juli 2022 bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % für rückenadaptierte Tätigkeiten. Der durchgeführte Einkommensvergleich ergebe eine Einschränkung von 52 %. Unter Berücksichtigung der 80%igen Erwerbstätigkeit resultiere ein Invaliditätsgrad von 42 %, womit ein Anspruch auf eine Viertelsrente ab Dezember 2021 entstehe. Nach dem Klinikaufenthalt habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ab Juli 2022 verbessert, sodass eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer angepassten Tätigkeit bestehe. Der durchgeführte Einkommensvergleich ergebe eine Einschränkung von 36 %. Unter Berücksichtigung der 80%igen Erwerbstätigkeit resultiere ein Invaliditätsgrad von 29 %, womit die Voraussetzungen für eine Rente nicht mehr gegeben seien. Unter Berücksichtigung von drei Monaten ab dem Zeitpunkt der Verbesserung des Gesundheitszustandes ab Juli 2022 bestehe ab Oktober 2022 kein Anspruch mehr auf eine Invalidenrente.

In der Beschwerdeantwort (Urk. 7) führte die Beschwerdegegnerin zudem aus, dass eine vollständige Arbeitsunfähigkeit – mit Ausnahme des stationären zirka vierwöchigen Aufenthalts – nicht bestanden habe. Trotz verbleibender (Rest-)Arbeitsfähigkeit habe die Beschwerdeführerin diese nicht verwertet, sondern bringe vor, die Schmerzen würden ihr keine Arbeit mehr ermöglichen. Auch der psychiatrische Gutachter habe festgehalten, die Beschwerdeführerin habe geäußert, sie könne aufgrund ihrer Beschwerden keiner ausserhäuslichen Tätigkeit mehr nachgehen. Aus rein psychiatrischer Sicht lasse sich eine solch hohe Einschränkung der Arbeitsfähigkeit indes nicht objektivieren. Weiter sei

anzumerken, dass die Beschwerdeführerin über 30 Jahre Berufserfahrung im Service mitbringe und bis zuletzt im Jahr 2020 auch im Service berufstätig gewesen sei. Vor diesem Hintergrund sei die subjektive Eingliederungsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht gegeben. Dies umso mehr, als dass sie selber um berufliche Massnahmen gar nie ersucht habe. Zudem sei abschliessend noch anzumerken, dass gerade Servicekräfte sehr gesucht seien und der Beschwerdeführerin, welche eine langjährige Berufserfahrung im Service mitbringe, die Selbsteingliederung zumutbar erscheine. Folglich fehle es einerseits an der notwendigen Eingliederungsfähigkeit der Beschwerdeführerin, andererseits sei ihr die Selbsteingliederung auch zumutbar. Damit sei die Rente zu Recht ohne Abschluss vorgängiger beruflicher Massnahmen aufgehoben worden.

E. 2.2

). Die Beschwerdeführerin sei wach, bewusstseinsklar, zu allen Qualitäten orientiert bei subjektiv verminderter Konzentration, unauffälliger Auffassung und ohne grob auffällige Gedächtnisstörungen. Die Grundstimmung sei leicht gedrückt mit Einbrüchen von Hoffnungslosigkeit und negativen Zukunftsperspektiven. Es sei eine Affektlabilität und Störung der Vitalgefühle zu verzeichnen. Der Antrieb sei vermindert. Es bestünden Insuffizienzgefühle, Rückenschmerzen und Schlafstörungen, doch keine Hinweise auf Zwänge, Ich-Störungen oder akute Selbst- oder Fremdgefährdung (S. 3 Ziff.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine höhere beziehungsweise unbefristete Invalidenrente hat und ob diesbezüglich der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt wurde. 3. 3.1

Die Ärzte des Z. ___ berichteten am 29. Oktober 2020 (Urk. 8/1) und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - chronisches, exazerbiertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts - aktivierte Facettengelenksarthrose LWK4/5 beidseits, mit multi-etagen, degenerativen Veränderungen mit Diskopathie LWK 3/4, LWK4/5 und LWK5/SWK1, neuroforaminale Engstellung LWK4/5 und LWK5/SWK1 links, keine Hinweise für Radikulärsyndrom - muskuläre Haltungs- und Bewegungskontrolldysfunktion (MR-tomographisch Verfettung der autochthonen Rückenmuskulatur) - zervikovertebrales Beschwerdebild bei minim beginnend degenerativen Veränderungen, dominant myogenes Beschwerdebild - depressive Episode mit Erschöpfungssyndrom seit 2017 in psychiatrisch/psychotherapeutischer Behandlung - einflussnehmend auf Schmerzempfindung möglich

Sie führten aus, die Beschwerdeführerin habe bereits mit medizinischer Trainingstherapie beginnen können und sei instruiert worden für stabilisierende Übungen im unteren Rückenbereich. Die Beschwerdeführerin berichte, dass das tägliche Training ihr sehr gut tue und es ihr auch besser gehe. Einzig das Tragen und Hantieren mit schweren Gegenständen sei noch deutlich schmerzerzeugend (S. 2). 3.2

Die Ärzte der Z. ___ berichteten mit Austrittsbericht vom 22. Juni 2021 (Urk. 8/18) über die stationäre Rehabilitation der Beschwerdeführerin vom 25. Mai bis 22. Juni 2021 und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - chronische

Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bei - aktivierte r Facettengelenksarthrose LWK4/5 beidseits, mit multi-etagen, degenerativen Veränderungen mit Diskopathie LWK 3/4, LWK4/5 und LWK5/SWK1, neuroforaminale

Engstellung LWK4/5 und LWK5/SWK1 links, keine Hinweise für Radikulärsyndrom - muskuläre Haltungs- und Bewegungskontrolldysfunktion (MR-tomo graphisch Verfettung der autochthonen Rückenmuskulatur) - Reizung Iliosakralgelenk rechts mit positiver Anästhesie 2 1. Januar 2021 - zervikovertebrales Beschwerdebild bei minim beginnend degenerativen Veränderungen, dominant myogenes Beschwerdebild - hypotoner Musculus trapezius par descendens und horizontalis, Abschwächung Musculus rhomboideus rechtsbetont - depressive Episode mit Erschöpfungssyndrom seit 2017 in psychia trisch/psychotherapeutischer Behandlung - einflussnehmend auf Schmerzempfindung möglich

Sie führten aus, die Beschwerdeführerin habe am spezifischen 4-wöchigen, ganz heitlich orientierten, interdisziplinären Behandlungsprogramm für Patienten mit chronischen Schmerzen teilgenommen (S. 1 unten) . In den physiotherapeutischen Behandlungen sei der Fokus auf der Verbesserung der Körperwahrnehmung und dem Pausenmanagement gelegen. Zur besseren Ansteuerung der stabilisierenden Rumpfmuskulatur seien Übungen mit dem Pezziball instruiert worden. Es seien Übungen zur aktiven Entspannung angeleitet worden. Die Beschwerdeführerin habe diese selbständig und regelmässig umgesetzt und habe sie als aktives Coping für sich anwenden können. In den Therapien habe sich immer wieder gezeigt, dass die Beschwerdeführerin Mühe habe, ihre körperlichen Grenzen zu erkennen und rechtzeitig eine Pause einzulegen, vor allem in der Gartentherapie (S. 2). Am Ende des Aufenthalts habe die Beschwerdeführerin angegeben, dass sich die Intensität des Schmerzes im Lendenwirbelsäulenbereich bis zur NRS 3/10 verbessert habe. Die Schmerzen im Bereich der rechten Halswirbelsäule und Schulter seien unverändert. Trotz der Verspannungen habe die Beschwerde führerin ihre Körperwahrnehmung verbessern und damit intermittierend Einfluss auf den Tonus nehmen können. Die Rumpfstabilität habe eine deutliche Verbesserung gezeigt (S. 3 oben).

Die Beschwerdeführerin habe im Rahmen des stationären ZISP-Programms im Fachbereich klinische Psychologie regelmässig an Einzelgesprächen sowie an der Schmerzbewältigungsgruppe teilgenommen. Ein sich wiederholendes, zentrales Thema in den Gesprächen sei die Wahrnehmung und Beachtung körperlicher Leistungs grenzen sowie das Praktizieren von Pau s en und Entspannung gewesen. Es sei dabei wichtig gewesen, der Beschwerdeführerin aufzuzeigen, dass Pausen erla u bt werden dürften und nicht mit einer negativen Bewertung einhergehen müssten. Weiter sei in den Einzelgesprächen versucht worden, die Ressourcen zu aktivieren, um die Beschwerdefüh r erin dabei zu unterstützen, auf eigene Strategien im Umgang mit den Beschwerden zurückzugreifen. Dies sei dank der guten Compliance der Beschwerdeführerin sehr gut gelungen. Bei Austritt sei die Beschwerdeführerin trotz der weiterbestehenden, teilweise aber wechselnden Schmerzsituation und noch vorhandenen physischen Einschränkungen zuversichtlicher und psychisch gestärkter gewesen (S. 3). 3.3

Dr. med. A.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 3 1. Dezember 2021 (Urk. 8/32) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 3

Ziff. 2.5): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode mit Schmerzsymptomatik (ICD-10 F33.1) - psychische Faktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F54; Schmerzsyndrom)

Sie führte aus, die Beschwerdeführerin sei seit dem 13. Juni 2017 bei ihr in Behandlung (S. 2 Ziff. 1.1), aktuell einmal pro Woche (S. 2 Ziff. 1.2). Der Erstkontakt habe im Juni 2017 aufgrund einer schweren depressiven Episode stattgefunden. Seit dem Jahre 2019 bestehe zunehmend eine Schmerzsymptomatik (Nacken, Rücken)

mit Zuspitzung im September 2020. Es habe bei einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit eine ambulante und stationäre Behandlung in der Z.____ stattgefunden (S. 2 Ziff. 2.1).

Aktuell bestünden eine schwankende Stimmungslage zum depressiven Pol hin, eine erhöhte Ermüdbarkeit mit Aktivitätseinschränkung, Kopf- und Rückenschmerzen mit Zunahme bei Belastung/Bewegung, eine Einschränkung im Alltag, Schlafstörungen, eine verminderte Konzentration sowie Zukunftsängste (S. 2 Ziff.

E. 2.4

und S. 6).

Die Prognose sei aufgrund der Chronifizierung eher ungünstig (S. 3

Ziff. 2.7). 3.4

Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik C.____, berichtete am 26. August 2022 (Urk. 8/46) über die stationäre multimodale psychosomatische Behandlung der Beschwerdeführerin vom 27. Juni bis 24. Juli 2022 (S. 1 Ziff. 1.1) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 3 Ziff. 2.5): - chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - rezidivierende depressive Störung, ängstlich gefärbt, gegenwärtig mittel gradige Episode (ICD-10 F33.1) - Probleme im Zusammenhang mit multiplen Verlusterlebnissen im unmittelbaren familiären Umfeld und anhaltender Arbeitsunfähigkeit/Stellenverlust - Migräne - chronisches, exazerbiertes, lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts (Diagnosen der Z.____ Juni 2021) - aktivierte Facettengelenksarthrose LWK4/5 beidseits, mit multietageren, degenerativen Veränderungen mit Diskopathie LWK3/4, LWK4/5 und LWK5/SWK1, neuroforaminale Engstellung LWK4/5 und LWK5/SWK1 links, keine Hinweise für Radikulärsyndrom - muskuläre Haltungs- und Bewegungskontrolldysfunktion (MR-tomographisch Verfettung der autochthonen Rückenmuskulatur) - Reizung Iliosakralgelenk rechts mit positiver Anästhesie 21. Januar 2021 - zervikovertebrales Beschwerdebild bei minim beginnend degenerativen Veränderungen, dominant myogenes Beschwerdebild - hypotoner Musculus trapezius par descendens und horizontalis, Abschwächung Musculus rhomboideus rechtsbetont

Er führte aus,

bei Eintritt hätten die Schmerzen und die damit verbundene Hilflosigkeit und Enttäuschung über sich selbst im Zentrum des Leidensdruckes gestanden. Damit verbunden sei ein mittel- bis schwergradiges, stark ängstlich gefärbtes depressives Syndrom gewesen (S. 2 Ziff. 2.2). Es liege eine Kombination einer seit Jahren zunehmenden Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren mit einem ängstlich gefärbten, zumindest mittelgradigen depressiven Syndrom vor. Dies habe zu einer fast zwei Jahre anhaltenden Arbeitsunfähigkeit und schliesslich vor 10 Monaten zum Stellenverlust geführt. Diverse therapeutische Ansätze inklusive ambulante Massnahmen wie Analgetika, lokale Infiltrationen und Physiotherapie, wie auch eine stationäre Behandlung in einer Schmerzklinik hätten zu keiner Besserung der Gesamtsituation geführt. Auch die mehrjährige psychiatrische psychotherapeutische Behandlung habe keine relevante

Besserung herbeiführen können. Insbesondere sei es nicht gelungen, Schritte in Richtung Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit zu machen. Angesichts der zunehmenden Chronifizierung sei davon auszugehen, dass momentan das Verbesserungspotential der sehr leistungsorientierten, sich dabei selbstüberfordernden Beschwerdeführerin ausgeschöpft und die Prognose betreffend Arbeitsfähigkeit als ungünstig einzustufen sei (S. 3 Ziff. 2.7) . 3.5

Dr. med. D.____, Facharzt für Rheumatologie, und Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstatteten ihr bidisziplinäres Gutachten am 2. November 2022 (Urk. 8/49) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchungen der Beschwerdeführerin und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/49/20, Urk. 8/49/ 41): - rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leicht- bis mittelgradiger Episode ohne somatisches Syndrom (ICD

E. 7

) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 4. März 2024 wurde antragsgemäss (vgl. Urk. 1) die unentgeltliche Prozessführung

bewilligt und

der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk.

E. 10

F33.0/1) - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts, klinisch im Sinne eines Facettensyndroms bei Facettengelenksarthrosen LWK4/5 beidseits, ansonsten nur initiale Diskopathien distal-lumbal gemäss MRI der Lendenwirbelsäule vom 30. Juli 2020 - begleitende ansatztendinotische Beschwerden im Bereich der SIPS rechts mit pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung ins rechte Bein

Sie führten in ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung aus, da aus psychiatrischer Sicht die Schmerzproblematik im Rahmen der Diagnose des depressiven Krankheitsgeschehens bereits berücksichtigt sei, erfolge keine, auch nur teilweise, Addition der attestierten Arbeitsunfähigkeit aus rheumatologischen und psychiatrischen Gründen. Die Arbeitsunfähigkeit ergebe sich aus bidisziplinärer Sicht wie folgt: In der bisherigen Tätigkeit habe vom Dezember 2020 bis zum 26. Juni 2022 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden, vom 27.

Juni 2022 bis zum 24. Juli 2022 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und seit dem 25. Juli 2022 bestehe andauernd eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. In einer angepassten Tätigkeit habe vom Dezember 2020 bis zum 26. Juni 2022 eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden, vom 27. Juni 2022 bis zum 24. Juli 2022 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und seit dem 25. Juli 2022 bestehe andauernd eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/49/3). Der psychiatrische Gutachter führte in seinem Teilgutachten (Urk. 8/49/5-27) betreffend die erhobenen Befunde aus, die Stimmung sei ausgeglichen, die Beschwerdeführerin spreche auch oft mit einem Lächeln auf den

Lippen. Beim Gespräch über die Schmerzen und die depressiven Beschwerden sei die Stimmung zeitweise leicht bedrückt, auch ganz am Ende der Exploration, als es um die Frage nach der Arbeitsfähigkeit gehe. Die affektive Modulationsfähigkeit sei insgesamt als

leichtgradig eingeschränkt zu beurteilen, nicht jedoch die Vitalität, die Beschwerdeführerin hinterlässt einen vitalen Eindruck. Der Gedankengang sei in formaler Hinsicht weder gehemmt, verlangsamt, noch an Ideen verarmt, jedoch auf die geklagten Beschwerden leicht eingeengt. In inhaltlicher Hinsicht sei er ebenfalls unauffällig. Die Beschwerdeschilderung sei logisch und kohärent, zeitweise aber auch etwas vage, zeitweise lasse sich auch eine gewisse Dramatisierungstendenz erkennen. Die Angaben seien nicht immer konsistent. Die Beschwerdeführerin könne meist, jedoch nicht immer, präzise zeitliche Angaben machen. Während der gesamten 75 Minuten dauernden Untersuchung liessen sich rein klinisch weder Konzentrations-, Aufmerksamkeits-, noch Auffassungsstörungen und auch keine Ermüdungszeichen feststellen. Hinweise für einen psychotischen Prozess lägen nicht vor (S. 13 f.). Psychopathologische Befunde in der Kindheit liessen sich anamnestisch nicht eruieren (S. 14) .

Die Angaben der Beschwerdeführerin könnten als nicht immer konsistent beurteilt werden. Beispielsweise berichtete

sie darüber, dass sie wegen ihrer Schmerzen lediglich noch eine halbe

bis maximal 1 Stunde sitzenbleiben könne, danach müsse sie jeweils aufstehen. Sie gebe in einer VAS-Skala auch

eine aktuelle Schmerzintensität von 4 an. Demgegenüber würden Mimik und Gestik während

der gesamten 75 Minuten dauernden Untersuchung zu keinem Zeitpunkt ein

Schmerzerleben andeuten. Die Beschwerdeführerin könne auch bis am Ende der Untersuchung ruhig im

Stuhl sitzenbleiben. Des Weiteren beklagte sie sich über eine erhebliche Schmerzintensität,

vor allem im Bereiche der rechten Schulter. Gleichzeitig berichtete sie nicht zu wissen,

weshalb sie in der Nacht jeweils erwache. Ihre Angaben seien zeitweise etwas vage.

Nichtsdestotrotz lasse sich jedoch aus psychiatrischer Sicht ein Leidensdruck erkennen.

Es müsse indes von einer gewissen ungleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen

vergleichbaren Lebensbereichen ausgegangen werden. Einerseits berichtete die

Beschwerdeführerin darüber, dass sie die anfallenden Alltagsarbeiten, die

Haushaltsarbeiten, alleine erledigen könne, auch wenn sie von ihrer Tochter manchmal

dabei unterstützt werde. Demgegenüber berichtete sie, dass sie zu gar keiner ausserhäuslichen

Berufstätigkeit mehr fähig sei wegen ihrer Beschwerden. Diese Diskrepanz lasse sich aus

psychiatrischer Sicht nicht begründen. Von einer Nicht-Inanspruchnahme von

medizinischen-therapeutischen Leistungen könne indes nicht ausgegangen werden, da sich

die Beschwerdeführerin seit dem Jahre 2017 in ununterbrochener

psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung befinde (S. 15 f.). Die Diagnose einer

anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne aufgrund der Inkonsistenzen nicht

zusätzlich zu den somatisch begründbaren Schmerzen gestellt werden. Sollten sich nicht

sämtliche Schmerzen hinreichend durch körperliche Störungen erklären lassen, müssten

diese als Ausdruck der Depression gewertet werden (S. 17).

Der Schweregrad der Depression sei aktuell als leichtgradig zu beurteilen. Dazu passend sei die Tatsache, dass sich keine

andauernd bedrückt-traurige oder gereizt-aggressive Stimmung und auch keine andauernd verminderte Energie sowie keine Freud- oder Interesselosigkeit nachweisen lassen. Zudem sei die psychosoziale Funktionsfähigkeit als intakt zu beurteilen. Die Beschwerdeführerin

sei auch in der Lage, die Haushaltsarbeiten weitgehend alleine zu erledigen.

Den anamnестischen Angaben der Beschwerdeführerin zufolge habe sich im Jahre 2017 eine

schwere depressive Episode mit Symptomen der Kraft- und Energielosigkeit, der Erschöpfungsgefühle, der Freudlosigkeit, der bedrückten und weinerlichen Stimmung, der Nervosität sowie einer Essstörung entwickelt. Bis heute sei es diesbezüglich insofern zu einer deutlichen Verbesserung gekommen, als dass die Beschwerdeführerin nicht mehr unter einer

Freudlosigkeit, auch nicht mehr unter einer ausgeprägten respektive andauernden verminderten Kraft und Energie und auch nicht mehr unter einer weinerlichen Stimmung leide.

Auch der Vergleich mit den im Bericht vom 31. Dezember 2021 von der behandelnden Therapeutin Dr. A.____

genannten

Befunden lässt eine Verbesserung insofern erkennen, als dass der Antrieb während der aktuellen Untersuchung als nicht vermindert beurteilt werden könne. Daraus ergäbe sich die leichtgradige Diskrepanz insofern, als dass Dr. A.____ eine gegenwärtig leicht- bis mittelgradige depressive Episode auf dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert habe. Darüber hinaus habe sie zwar keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, sondern psychische Faktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F54) diagnostiziert, diese Diagnose reihe sie ebenfalls unter den Diagnosen mit

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein, was als nicht nachvollziehbar zu betrachten sei. Sie

begründe diese Diagnose auch nicht näher, so dass

dazu keine Stellungnahme

erfolgen könne. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit würden in diesem Bericht keine Angaben

gemacht, so dass

auch dazu keine Stellungnahme erfolgen könne (S. 17 f.). Die Beschwerdeführerin befinde sich – wie bereits erwähnt - seit dem Jahre 2017 in ununterbrochener psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. A.____. Die Sitzungsfrequenz sei seit dem Klinikaustritt von 1 Sitzung wöchentlich auf 1 Sitzung 14 täglich reduziert worden. Es sei anzunehmen, dass diese Reduktion aufgrund der Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes erfolgt sei. Psychopharmakologisch werde die

Beschwerdeführerin lediglich mit Deprivita, einem Johanniskrautpräparat, behandelt. Optimalerweise wäre auch die Behandlung mit einem Antidepressivum, beispielsweise aus der SSRI-Reihe, zu empfehlen. Das therapeutische Potenzial könne insgesamt als noch nicht ausgeschöpft beurteilt werden. Unter Berücksichtigung all der erwähnten Faktoren und des bisherigen Verlaufs könne die Prognose aus rein psychiatrischer Sicht als offen bis nicht ungünstig beurteilt werden (S. 19). Es liessen sich auch Ressourcen erkennen, diesbezüglich sei insbesondere die intakte psychosoziale Funktionsfähigkeit zu nennen. Die Beschwerdeführerin sei zudem vielseitig interessiert, sie lese gerne, vor allem Romane, aber auch regelmässig die Tageszeitung, zudem koche sie gerne. Sie backe und stricke auch gerne, obwohl letzteres wegen ihrer Schmerzen zurzeit nicht möglich sei. Zudem sei sie an Aktualitäten interessiert, sie informiere sich unter anderem auch mit dem Schauen von Nachrichtensendungen im Fernseher. Schwerwiegende Psychopathologien, welche als Hinweise für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung gewertet werden könnten, liessen sich nicht nachweisen. Schwerwiegende psychiatrische Komorbiditäten liessen sich ebenfalls nicht nachweisen. Das Fähigkeitsniveau gemessen am Ratingbogen Mini-ICF-APP sei insgesamt aus rein psychiatrischer Sicht als leichtgradig eingeschränkt zu beurteilen. Insbesondere seien die Durchhaltefähigkeit, aber auch die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, als eingeschränkt zu beurteilen. Die übrigen Items des Ratingbogens Mini-ICF-APP könnten als nicht relevant eingeschränkt betrachtet werden. An Funktionseinschränkungen zu nennen seien die Beschwerden von Seiten der rezidivierenden depressiven Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leichtgradiger Episode ohne somatisches Syndrom. Diese führe zu einer verminderten psychophysischen Belastbarkeit und einer verminderten Arbeitsfähigkeit (S. 19). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sowie in einer angepassten Tätigkeit könne die Beschwerdeführerin 6.5 Stunden pro Tag anwesend sein .

Somit betrage die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen sowie in einer angepassten Tätigkeit 80 % .

Retrospektiv, gleichzeitig approximativ, sei davon auszugehen, dass seit der definitiven Krankschreibung an Weihnachten 2020 bis zum Eintritt in die Klinik C.____

am 27. Juni 2022 eine etwa 40%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht bestanden habe infolge einer gemittelten mittelgradigen depressiven Episode in diesem Zeitraum (S. 20 f.). Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung bei der Ausübung der Haushaltarbeiten, da die Beschwerdeführerin sich ihre Tätigkeiten diesbezüglich selber einteilen könne (S.

22). Der rheumatologische Gutachter führte in seinem Teilgutachten (Urk. 8/49/28 45) aus, die Beschwerdeführerin habe ihre

Beschwerden konsistent zur Aktenlage geschildert. In der klinischen

Untersuchung hätten sich dazu passende Befunde gefunden , wie sie auch schon in früheren Berichten erwähnt worden seien .

Darüber hinaus bestünden auch deutliche klinische Zeichen von somatisch nicht erklärbaren Schmerzen, nämlich die 4/5 positiven Waddell-Zeichen, die 8/9 schmerzhaften Fibromyalgie Druckpunkte auf der rechten Körperhälfte und die

pseudoneurologischen motorischen Ausfälle. Die ACR-Kriterien für ein Fibromyalgie-Syndrom würden nicht erfüllt, zudem besteht bereits eine psychiatrische Diagnose, die

diese somatisch nicht erklärbaren Schmerzen beinhaltet

(chronische Schmerzstörung

mit psychischen und somatischen Faktoren). Dieser Anteil der Beschwerden sei aus rein rheumatologischer Sicht entsprechend nicht plausibel (S. 13) .

Im Sinne eines somatischen Kerns bestünden weiterhin die klinischen Zeichen eines spondylogenen Lumbalsyndroms rechts mit Bewegungseinschränkung , lokaler weichteilrheumatischer Reaktion und Lokalschmerz sowie nicht-dermatombezogener Schmerzausstrahlung ins rechte Bein. Zusätzlich kommt es zu einer gleichartigen Schmerzausstrahlung auf Druck im Bereich des dorsalen medialen Beckenkammes rechts (SIPS) im Sinne eines Begleitphänomens. Bei positivem Quadrantentest rechts und früherem Soforteffekt auf das Lokalanästhetikum im Rahmen einer Infiltrationsbehandlung sowie den radiologischen Zeichen einer aktivierten Spondylarthrose seien diese Schmerzen im Sinne eines Facettensyndroms rechts zu interpretieren (S. 14) .

Die durchgeführten Behandlungen seien angemessen und auch angemessen gewesen . Sie seien insofern

ausgeschöpft, als aus rheumatologischer Sicht keine weiteren Therapien vorgeschlagen werden könnten, die voraussichtlich das bestehende Beschwerdebild relevant vermindern würden (S. 15) .

Aufgrund der Beurteilung eines somatischen Kerns müssten sowohl quantitative als auch qualitative Beeinträchtigungen attestiert werden. Der Beschwerdeführerin seien aus gutachterlicher rheumatologischer Sicht nur noch rückenadaptierte Tätigkeiten (keine längerdauernden oder wiederholten Zwangshaltungen rekliniert oder vornüber gebeugt, keine repetitiven Bück- und Torsionsbewegungen) und in der Regel leichte bis intermittierend mittelschwere Gewichtsbelastungen möglich (S.

15) .

Ohne Berücksichtigung der deutlichen , somatisch nicht erklärbaren Schmerzkomponente müsse dennoch aus gutachterlicher rheumatologischer Sicht eine relevante

Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und der Leistungsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von insgesamt 50 %

attestiert werden, dies bezogen auf ein Pensum von 100 % .

Diese Beurteilung g e l t e entsprechend den Angaben in der Aktenlage seit Dezember 2020, nachdem zuvor gemäss Angaben der Beschwerdeführerin eine dreimonatige vollständige Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen bestanden ha b e. Die Einschränkung um 50 % sei vorerst als andauernd anzusehen.

Eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere und rücken adaptierte Tätigkeit sei aus rheumatologischer

Sicht als angepasst anzusehen (S.

16) . I n einer angepassten Tätigkeit bestehe, wiederum ohne Berücksichtigung der deutlichen Zeichen somatisch nicht begründbarer Beschwerden, eine höhere Arbeitsfähigkeit als in der bisherigen Tätigkeit, die als nur teilweise rücken adaptiert anzusehen sei. Geschätzt betrage die Arbeitsfähigkeit in einer ange passten Tätigkeit 80 % . Die Einschränkung von 20 % begründe sich durch den erwähnten organischen Kern der Beschwerden im Sinne des chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms rechts. Entsprechend der obigen Begründung gelte die Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit von 20 % seit Dezember 2020, vorerst andauernd (S. 17) . 3.6

Dr. med. F.____ , ärztlicher Leiter Schmerzlinik, Spital G.____ , berichtete am 1 4. März 2023 (Urk. 8/58 /1-2) über die ambulante Behandlung der Beschwerdeführerin und nannte folgende Hauptdiagnosen: - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode - Migräne Er führte aus, die Beschwerdeführerin habe leider von den Procain-Infusionen nicht profitiert. Da die Rückenschmerzen eine klinisch typische spondylogene Symptomatik zeigen würden, sei noch einmal die Möglichkeit einer infiltrativen Therapie besprochen und Anfang März eine Blockade der medial branches durch geführt worden (vgl. hierzu Urk. 8/58/3-4) . Diese habe jedoch keinerlei Effekte gehabt, so dass keine weiteren Massnahmen indiziert seien. 3.7

Dr. B.____ , Klinik C.____ , berichtete am 1 2. Mai 2023 (Urk. 8/63) über den stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 1 4. April bis 1 1. Mai 2023 , nannte als Hauptdiagnose eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und führte aus, es sei auf die zusammenfassende Beurteilung vom Aufenthalt vom 2 7. Juni bis 2 4. Juli 2022 zu verweisen. Aus Sicht des fallführenden Psychiaters/Psychotherapeuten habe sich an der Situation nichts verändert. Die Situation erscheine bei der anstehenden versicherungsrechtlichen Auseinandersetzung sogar noch stärker blockiert als vor einem Jahr. Die geschilderte diskrete Entspannung der Situation sei als Folge des «timeouts» und dem damit verbundenen weniger unmittelbaren Erleben von Druck zu sehen. Dazu komme der geregelte, die Beschwerdeführerin nicht überfordernde Tagesablauf und die sozialen Kontakte (S. 4).

Die bekannten Schmerzen hätten im Verlauf gewisse Schwankungen gezeigt, seien aber im Wesentlichen bestehen geblieben. Sobald es der Beschwerdeführerin etwas besser gehe, neige sie dazu , sich zu übernehmen, was dann die nächste Schmerz zunahme/Enttäuschung provoziere. Die Beschwerdeführerin habe wieder etwas an Zuversicht und Selbstvertrauen gewonnen , und die Kraft und Ausdauer hätten verbessert werden können (S. 4 f.) . 3.8

Dr. A.____ berichtete am 23. Juni 2023 (Urk. 8/71) , nannte als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) , sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und führte aus, aufgrund der Symptomschwere bestehe aus psychiatrischer Sicht eine generelle 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Schmerzsymptomatik, die im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu sehen sei, führe zu einer verminderten psychophysischen Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht seien die Flexibilitäts-, Umstellungs-, Durchhalte- und Selbstbehauptungsfähigkeiten mittelgradig bis stark eingeschränkt. Die Schmerzsymptomatik sei anfangs im Rahmen der Depression interpretiert worden. Ab Januar 2018 seien zunehmend Schmerzen beklagt worden , zuerst im Nackenbereich, später dann auch lumbal bzw. sakral . Die Schmerzsymptomatik sei immer mehr in den Vordergrund des Zustandsbildes getreten . Angesichts der Krankheitsentwicklung und der Chronifizierung der progredienten Schmerzsymptomatik sei diagnostisch von Komorbidität auszugehen. Trotz adäquater Therapie und einer motivierten und kooperativen Einstellung der Beschwerdeführerin zeige sich Therapieresistenz. 3.9

Dr. F.____ , Spital G.____ , berichtete am 28. Juni 2023 (Urk. 8/77) , nannte die bekannten Diagnosen und führte aus, die durch die degenerative Wirbelsäulenerkrankung hervorgerufenen Schmerzen würden durch körperliche Belastung wie Stehen, Gehen und Lasten tragen deutlich verstärkt, so dass eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit im Servicebereich sicher nicht mehr gegeben sei. Eine angepasste Tätigkeit ohne körperliche Belastung und mit der Möglichkeit, immer wieder die Lage zu wechseln, sei in einem Pensum von maximal 40-50 % mit genügend langen Erholungspausen jedoch vorstellbar. 3.10

Dr. med. H.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, regionaler ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin, nahm am 21. November 2023 Stellung (Urk. 8/86/6) und führte aus, es werde auf die RAD Stellungnahme vom 15. November 2022 verwiesen, gemäss welcher und gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung und eines chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms rechts eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit als Servicekraft und eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit beurteilt worden sei. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung habe nicht bestätigt werden können. Die Diagnose und die Schmerzsymptomatik würden im Gutachten ausführlich diskutiert. In der Gesamtschau könne anhand der neu eingereichten Unterlagen keine Veränderung des medizinischen Sachverhalts eruiert werden. Bei der Beurteilung handle es sich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts. 4. 4.1

Das bidisziplinäre Gutachten vom November 2022 (vorstehend E. 3. 5) umfasst die Fachrichtungen Psychiatrie und Rheumatologie. Die Gutachter verfügen über den entsprechenden Facharztstitel und waren somit in ihren Fachgebieten zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin befähigt. Die Gutachter berücksichtigten sodann die geklagten Beschwerden und das Verhalten der Beschwerdeführerin in und erstellten ihr je weiliges Teilgutachten in Kenntnis der Vorakten. Sowohl die gestellten Diagnosen als auch die Schlussfolgerungen zur Arbeitsfähigkeit werden im Gutachten ausführlich begründet und sind nachvollziehbar. Damit erfüllt das Gutachten die bundesgerichtlichen Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vorstehend E. 1.7) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abzustellen ist.

4.2

Der rheumatologische Gutachter legte in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dar, dass die Beschwerdeführer in aus somatischer Sicht an einem chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndrom rechts mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit leide (vgl. vorstehend E. 3. 5), welches klinisch im Sinne eines Facetten syndroms bei Facettengelenksarthrosen LWK 4/5 beidseits zu sehen sei und radiologisch nachvollzogen werden könne und somit die Belastungsfähigkeit

des Rückens vermindere. Darüber hinaus bestünden auch deutliche klinische Zeichen von somatisch nicht erklärbaren Schmerzen , dieser Anteil der Beschwerden sei aus rein rheumatologischer Sicht entsprechend nicht plausibel und durch die psychiatrische Diagnose abgedeckt . Die dargelegten objektivierbaren Rücken probleme führten zu einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit in einer schweren körperlichen Arbeit. In der bisherigen Tätigkeit könne seit Dezember 2020 eine dauernde 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. In leichter bis intermittierend mittelschwerer und rückenadaptierter Tätigkeit ergebe sich seit Dezember 2020 eine Arbeitsfähigkeit von 80 % .

Die vom Gutachten abweichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. F.____ (vgl. vorstehend E. 3 .9) , wonach eine angepasste Tätigkeit ohne körperliche Belastung maximal zu 40 50 % vorstellbar sei, wird nicht näher begründet oder durch eine eigene, sorg fältig erläuterte und nachvollziehbare Befunderhebung gestützt.

Nach dem Gesagten vermögen die Ausführungen von Dr. F.____ die nachvollziehbare und schlüssige Arbeitsfähigkeitsbeurteilung durch den rheumatologischen Gutachter nicht umzustossen. Ausserdem bleibt anzumerken, dass aufgrund der unterschiedlichen Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach)Arztes und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten medizinischen Experten es rechtsprechungsgemäss nicht geboten ist, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderen Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine klärende Ergänzung des medizinischen Dossiers oder direkt eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_252/2012 vom 7. September 2012 E. 8.4). Solches liegt vorliegend nicht vor. Zusammen fassend kann demnach festgehalten werden, dass der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht die bisherige Tätigkeit im Umfang von 50 % und eine angepasste Tätigkeit gemäss Belastungsprofil zu 80 % zumutbar ist. 4.3

Der psychiatrische Gutachter nannte in seinem Teilgutachten (vgl. vorstehend E.

3. 5) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leicht- bis mittel gradiger Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.0/1) und ging davon aus, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht in der bisherigen Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig sei und aus psychiatrischer Sicht keine Merkmale zu nennen seien, die bei einer Tätigkeit berücksichtigt werden müssten , wobei unter Einhaltung der empfohlenen Massnahmen mit grosser Wahrscheinlichkeit von einer weiteren Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes ausgegangen werden könne (Urk. 8/49/5-27 S. 20 ff.).

Auch das psychiatrische Teilgutachten erfüllt die formalen Beweisanforderungen (vgl. vorstehend E. 1.7) und ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis sowie Würdigung der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und enthält nachvollziehbar begründete Schlussfolgerungen, weshalb darauf abgestellt werden kann.

Insbesondere zeigt sich anhand der Würdigung von Dr. E.____ der Fähigkeiten und Ressourcen der Beschwerdeführerin eine differenzierte und sorgfältige Einordnung der Beeinträchtigung der Beschwerdeführer in (S. 19 f.) .

Eine entsprechende Prüfung ergibt, dass der psychiatrische Gutachter die heute massgebenden Standardindikatoren (vorstehend E. 1.4) in seine Beurteilung einbezogen hat. 4.4

Der psychiatrische Gutachter setzte sich rechtsgenügend mit der divergierenden Beurteilung durch die behandelnde Psychiaterin Dr. A.____

auseinander und die gestellte Diagnose wurde ausführlich

hergeleitet und begründet . Der psychiatrische Gutachter erklärte zudem, aus welchen Gründen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt werden könne (S.

16

ff.).

Weiter hat sich der psychiatrische Gutachter einlässlich mit den diagnoserelevanten Befunden und deren Ausprägung befasst (S. 13 f., S. 17 f., S.

19) und sich zum bisherigen Behandlungserfolg geäußert (S. 19). Er legte in nachvollziehbarer Weise dar, dass die Beschwerdeführerin in der Untersuchung im klinischen Eindruck eine mehrheitlich ausgeglichene Stimmung präsentiert habe, beim Gespräch über die Schmerzen und die depressiven Beschwerden die Stimmung jedoch zeitweise leicht bedrückt gewesen sei. Insgesamt sei die affektive Modulationsfähigkeit als leichtgradig eingeschränkt zu beurteilen, nicht jedoch die Vitalität. Die Beschwerdeführerin hinterlasse einen vitalen Eindruck. Der Schweregrad der Depression sei aktuell als leichtgradig zu beurteilen. Dazu passend sei die Tatsache, dass sich keine andauernd bedrückt-traurige oder gereizt-aggressive Stimmung und auch keine andauernd verminderte Energie sowie keine Freud- und Interesselosigkeit nachweisen liessen (S. 17) . Bei der Beschwerdeführerin seien konkrete psychopathologische Befunde vorhanden, welche die zur Diagnosestellung einer depressiven Episode notwendigen Kriterien erfüllten. Aufgrund der längeren Dauer der depressiven Beschwerden sei in diagnostischer Hinsicht von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen. Die nicht durch die körperliche Störung erklärbaren Schmerzen könnten als Ausdruck der Depression gewertet werden (S. 17). Zum Aspekt der Persönlichkeit kann dem Gutachten entnommen werden, dass sich schwerwiegende Psychopathologien, welche als Hinweise für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung gewertet werden könnten, nicht nachweisen liessen. Schwerwiegende psychiatrische Komorbiditäten liessen sich ebenfalls nicht nachweisen (S. 19). Zum sozialen Kontext ist dem Gutachten zu entnehmen, dass die psychosoziale

Funktionsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der Beziehung mit der Tochter und drei Freundinnen/Arbeitskolleginnen und einer Nachbarin sowie mit ihren Geschwistern als intakt beurteilt werden könne. Sozial könne die Beschwerdeführerin insgesamt als gut integriert betrachtet werden (S. 15) . Es liessen sich auch Ressourcen erkennen.

Diesbezüglich sei insbesondere die erwähnte intakte psychosoziale Funktionsfähigkeit zu nennen. Ausserdem sei die Beschwerdeführerin vielseitig interessiert, sie lese gerne, vor allem Romane, aber auch regelmässig die Tageszeitung, sie koche gerne, sie backe und stricke auch gerne, obwohl letzteres wegen ihrer Schmerzen zurzeit nicht möglich sei. Zudem sei sie an Aktualitäten interessiert (S. 19) . Bezüglich Behandlungs- und Eingliederungserfolg könne nicht von einer Nicht-Inanspruchnahme von medizinischen-therapeutischen Leistungen ausgegangen werden, da sich die Beschwerdeführerin seit dem Jahre 2017 in ununterbrochener psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung befinde. Psychopharmakologisch werde die Beschwerdeführerin lediglich mit Deprivita, einem Johanniskrautpräparat, behandelt. Optimalerweise wäre auch die Behandlung mit einem Antidepressivum zu empfehlen . Das therapeutische Potential könne insgesamt als noch nicht ausgeschöpft beurteilt werden (S. 16, S. 19).

Zu prüfen bleibt der Aspekt der Konsistenz. Im psychiatrischen Teilgutachten wurde mit beispielhafter Aufzählung ausgeführt, dass die Angaben der Beschwerdeführerin nicht immer als konsistent beurteilt werden könnten. Ihre Angaben seien zweitweise etwas vage. Nichtsdestotrotz lasse sich aus psychiatrischer Sicht ein Leidensdruck erkennen. Es müsse indes von einer gewissen ungleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ausgegangen werden (S. 15 f.).

Die Bestimmung der Arbeitsfähigkeit (S. 20 f.) ist schliesslich so erfolgt, dass sie sich gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1) ergibt. Die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob sich der Gutachter an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt hat (BGE 141 V 281 E. 5.2.2), ist demnach zu bejahen. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage lassen sich anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen. Mithin erfüllt das Gutachten sowohl die praxisgemässen herkömmlichen Anforderungen (vorstehend E. 1.7) als auch diejenigen des strukturierten Beweisverfahrens (vorstehend E. 1.3-1.4). Somit ist betreffend die Diagnose n sowie die Arbeitsfähigkeit auf das Gutachten abzustellen. 4.5

Anhaltspunkte dafür , dass das bidisziplinäre Gutachten nicht verwertbar wäre, sind nicht zu erkennen. Auch mit der in diagnostischer und leistungsrelevanter Hinsicht divergierenden Meinung durch Dr. A.____ (vorstehend E. 3.8) vermag die Beschwerdeführerin nicht durchzudringen. Dr. A.____ begründete die von ihr attestierte generelle 100%ige Arbeitsunfähigkeit lediglich mit der Symptom schwere, ohne sich zu einer detaillierten funktionellen Leistungsprüfung (Bilanzierung von Defiziten und Ressourcen) zu äussern. Ihre Ausführungen beziehen sich lediglich auf Einschränkungen und Beeinträchtigungen im Alltag beziehungsweise der Haushaltsarbeit (vgl. Urk. 8/ 71 S. 2) . Eine nachvollziehbare und schlüssige sowie durch entsprechende Befunde untermauerte Begründung für eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in einer ausserhäuslichen Tätigkeit kann ihrem Bericht jedoch nicht entnommen werden.

Sie nimmt denn auch nicht Stellung, inwiefern das Gutachten beziehungsweise die Schlussfolgerungen darin nicht zu überzeugen vermöchten.

Angesichts des Umstandes, dass die Frage nach der noch zumutbaren Arbeitsleistung rechtsprechungsgemäss nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung (und nicht gestützt auf die Diagnose) zu beurteilen ist, ist vorliegend auf die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, welche im Einklang mit den erhobenen Befunden erging, abzustellen. Der psychiatrische Gutachter hat ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt, welche Folge der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind, und seine versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung ist auf ob jektivierter Grundlage erfolgt. 4.6

Insgesamt gibt es demnach keinen Grund, von den nachvollziehbaren und über zeugenden Schlussfolgerungen der Gutachter abzuweichen und der medizinische Sachverhalt ist als dahingehend erstellt zu betrachten, dass die Beschwerdeführer in in der angestammten Tätigkeit von Dezember 2020 bis 2 6. Juni 2022 zu 5 0 %

und vom 2 7. Juni 2022 bis 2 4. Juli 2022 zu 100 % arbeitsunfähig war und seither andauernd zu 50 % arbeitsunfähig ist. In einer angepassten Tätigkeit gemäss beschriebenen Belastungsprofil bestand von Dezember 2020 bis 2 6. Juni 2022 eine 40%ige und vom 2 7. Juni 2022 bis 2 4. Juli 2022 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und seither andauernd eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit.

Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführer in wurde sowohl in somatischer als auch in psychiatrischer Hinsicht ausreichend abgeklärt. In antizipierter Beweis würdigung sind keine weiteren Abklärungen nötig (BGE 136 I 229 E. 5.3 mit Hin weisen), da nicht davon auszugehen ist, dass weitere medizinische Abklärungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einem anderen Ergebnis führen würden.

Nach dem Gesagten ist die IV-Stelle zu Recht von der im bidisziplinären Gutachten attestierten Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen und hat gestützt darauf den Leistungsanspruch der Beschwerdeführer in mittels Einkommensvergleich s festgestellt. 5. 5.1

Hinsichtlich der sozialversicherungsrechtlichen Qualifikation der Beschwerdeführerin (vgl. BGE 144 I 28 E. 2.2-2.3, 141 V 15 E. 3.1, 137 V 334 E. 3.2, 125 V 146 E. 2c, 117 V 194 E. 3b) kam die Beschwerdegegnerin zum Schluss, dass diese als zu 80 % Erwerbstätige und zu 20 % im Haushalt Tätige zu qualifizieren sei (vgl. Urk. 2 S. 2; Urk. 8/13, Urk. 8 / 86 S. 6). Dies wurde von der Beschwerdeführerin nicht bestritten und gibt aufgrund der Akten zu keinen Beanstandungen Anlass (vgl. Urk. 8/ 49/15).

Für die Beurteilung der Statusfrage haben sich Gericht und Verwaltung insbesondere am unmittelbar vor Eintritt des Gesundheits schadens geleisteten Arbeitspensum zu orientieren (Urteil des Bundesgerichts 8C_122/2018 vom 2 7. August 2018 E. 4.3). Die Beantwortung der Statusfrage erfordert zwangsläufig eine hypothetische Beurteilung, die auch die hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen hat. Diese Entscheidungen sind als innere Tatsachen wesensmässig einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in der Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (vgl. BGE 144 I 28 E. 2.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_178/2021 vom 1 1. Mai 2021 E. 3.2). Aus den vorhandenen Akten ergibt sich, dass der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit fachärztlich frühestens erstmals im Jahre

2017 attestiert wurde (vgl. Urk. 8 / 32). Für die Zeit davor ist nach Lage der Akten weder eine Arbeitsunfähigkeit noch ein (invaliditäts) relevanter Gesundheitsschaden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausge wiesen. Mit Blick auf die Erwerbsbiographie war die Beschwerdeführerin seit 2009 teilzeitlich in einem Pensum von 80 % erwerbstätig (vgl. Urk. 8/49/15). Auch im Zeitpunkt der IV-Anmeldung lässt sich zweifelsfrei ein Pensum von 80 % er kennen (vgl. Urk. 8/2 Ziff. 5.4, Urk. 8/9). 5.2

Auf die Durchführung einer Haushaltsabklärung zur Ermittlung der konkreten Einschränkungen der Beschwerdeführerin im Haushalt verzichtete die Be schwerdegegnerin .

Bei im Haushalt tätigen Personen mit Teilerwerbstätigkeit nimmt die IV-Stelle grundsätzlich eine Abklärung vor Ort vor, wobei auf eine solche unter Angabe einer kurzen Begründung im Dossier verzichtet werden kann, wenn die persönlichen Verhältnisse der versicherten Person sowie die Auswirkungen des Gesundheitszustandes bereits genügend bekannt und aktenmässig belegt sind (vgl. Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Januar 2024, Rz. 3041-3042). Ein Abklärungs bericht ist seiner Natur nach in erster Linie auf die Ermittlung des Ausmasses physisch bedingter Beeinträchtigungen zugeschnitten, weshalb seine grundsätzliche Massgeblichkeit unter Umständen Einschränkungen erfahren kann, wenn die versicherte Person – wie vorliegend die Beschwerdeführerin –

massgeblich an psychischen Beschwerden leidet. Widersprechen sich die Ergeb nisse der Abklärung vor Ort und die fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, ist aber in der Regel den ärztlichen Stellungnahmen mehr Gewicht einzuräumen als dem Bericht über die Haushaltsabklärung, weil es der Abklärungsperson regelmässig nur beschränkt möglich ist, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen (zum Ganzen: Urteil des Bundes gerichts 8C_817/2013 vom 28. Mai 2014 E. 5.1).

Die Beschwerdeführerin gab anlässlich der psychiatrischen Begutachtung bei der Schilderung des Tagesablaufs an, sie bereite am Mittag eine Mahlzeit für sich selbst, aber auch für ihre Tochter und deren Freund zu. Am Nachmittag erledige sie Haushaltsarbeiten. Diese erledige sie alleine. Zu Hause sei es sauber und aufge räumt. Die Tochter (28-jährig, mit welcher sie zusammen in einer dreieinhalb-Zimmer Mietwohnung lebe ,) helfe ihr man c h mal beim Erledigen der Haushalts arbeiten. Vor allem die körperlich schweren Tätigkeiten übernehme die Tochter (Urk. 8/49/15-16).

Angesichts dessen und der aus fachärztlicher Sicht attestierten hohen Arbeitsfähigkeit im Erwerbsbereich von 80 % ist es deshalb nicht zu bean standen, dass die Beschwerdegegnerin

auf eine Abklärung vor Ort verzichtet und eine Einschränkung im Haushaltsbereich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verneint hat. Der psychiatrische Gutachter hielt zudem fest, dass aus rein psych iatrischer Sicht keine Einschränkung bei der Ausübung der Haushaltsarbeiten bestehe, da die Beschwerdeführerin sich ihre Tätigkeiten diesbezüglich selber ein teilen könne (Urk. 8/49/26). 5. 3

Nach dem Gesagten ist die Beschwerdeführerin somit mit dem im Sozialver sicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlich keit als zu 80 % Erwerbstätige und zu 20 % im Haushalt Tätige zu qualifizieren. Eine (relevante)

Einschränkung im Haushaltsbereich ist nicht überwiegend wahr scheinlich ausgewiesen. 6.
6.1

Es bleibt damit die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen vorzunehmen, wobei bei festgestellter Qualifikation der Beschwerdeführerin als zu 80 % Erwerbstätige und zu 20 % im Haushalt Tätige (vorstehend E. 5. 3) der Invaliditätsgrad in Anwendung der gemischten Methode im Sinne von Art. 28a Abs. 3 IVG zu bemessen ist. 6.2

Bei der Ermittlung des hypothetischen Valideneinkommens (vgl. 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) stützte sich die Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 8/53, Urk. 8/88, Urk. 2 S. 2) auf die Angaben im Arbeitgeberfragebogen (Urk. 8/9) . Demnach betrug das Jahreseinkommen der Beschwerdeführerin im Jahr 2019 brutto Fr. 52'717.5 0. Die Beschwerdegegnerin berechnete für das Jahr 2021 unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung ein Einkommen von Fr. 53'511.20 sowie für das Jahr 2022 ein Einkommen von Fr. 53'832.30 (vgl. Urk. 8/53). Aufgerechnet auf 100 % betrage das Valideneinkommen somit Fr. 66'889 . -- im Jahr 2021 beziehungsweise Fr. 67'290.35 im Jahr 202 2. Dies ist aufgrund der Akten nicht zu beanstanden. 6.3

Für das Invalideneinkommen zog die Beschwerdegegnerin die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohn strukturerhebungen (LSE) heran , wobei sie auf den Zentralwert der Löhne für Frauen in der untersten Kategorie in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors abstellte. Da grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten LSE-Tabellen zu verwenden sind (BGE 143 V 295 E. 4.13), sind die am 23. August 2022 vom Bundesamt für Statistik publizierten Tabellen der LSE 2020 heranzuziehen. Demnach betrug der durchschnittliche Monatslohn von Frauen in der untersten Kategorie in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors im Jahr 2020 Fr. 4'276.-- (LSE 2020, TA1_tirage_skill_level, Total, Kompetenzniveau 1). Der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2021 von 41.7 Stunden sowie der Nominallohnentwicklung bei den Frauen im Jahr 2021 von 0.6 % angepasst, ergibt dies im Jahr 2021 ein hypothetisches Invalideneinkommen in einem Vollzeitpensum von rund Fr. 53'814.-- (Fr. 4'276.- x 12 : 40 x 41.7 + 0.6 %) , sowie im Jahr 2022 von Fr. 54'136.60

(Fr. 4'276.-- x 12 : 40 x 41.7 + 0.6 %

+ 0.6 %). In dem der Beschwerdeführerin zumutbaren 60%-Pensum im Jahr 2021 ergibt dies ein Invalideneinkommen von Fr. 32'288. 25 und in dem zumutbaren 80%-Pensum im Jahr 2022 ein Invalideneinkommen von Fr. 43'309.3 0.

Angesichts der Erwerbsbiographie der Beschwerdeführerin erscheint das Abstellen auf die Tabellenlöhne und dabei auf den Zentralwert für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art in sämtlichen Wirtschaftszweigen gerechtfertigt. 6.4

Aus der Gegenüberstellung des Valideneinkommens, aufgerechnet auf 100 %, von Fr. 66'889.-- und des Invalideneinkommens von Fr. 32'288. 25 resultiert für die Zeit bis Juli

2022 eine Erwerbseinbusse von Fr. 34'600.75 und somit eine Einschränkung von rund 52 %, was bei der massgebenden Gewichtung des Erwerbsbereichs mit 80 % einen Teilinvaliditätsgrad von rund 42 % (52×0.80) ergibt.

Für die Zeit ab Oktober 2022 (unter Berücksichtigung von drei Monaten ab Zeitpunkt der Verbesserung des Gesundheitszustandes ab Juli 2022) resultiert aus der Gegenüberstellung des Valideneinkommens, aufgerechnet auf 100 %, von Fr. 67'290.35 und des Invalideneinkommens von Fr. 43'309.30 eine Erwerbseinbusse von Fr. 23'981.05 und somit eine Einschränkung von rund 36 %, was bei der massgebenden Gewichtung des Erwerbsbereichs mit 80 % einen Teilinvaliditätsgrad von rund 29 % (36×0.80) ergibt.

Im Haushaltsbereich liegt keine relevante Einschränkung vor, womit sich ein Gesamtinvaliditätsgrad von rund 42 % beziehungsweise 29 %

und damit mit Wirkung ab 1. Dezember 2021 bis 30. September 2022 (unter Berücksichtigung von drei Monaten ab Zeitpunkt der Verbesserung gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV) ein Anspruch auf eine Viertelsrente ergibt.

Anzumerken bleibt, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer Vernehmlassung richtigerweise auf die Grundsätze zur Beurteilung des Eingliederungsbedarfs, wenn eine Herabsetzung oder Aufhebung des Rentenanspruchs von über 55-jährigen versicherten Personen im Raum steht, hingewiesen hat (Urk. 7). Angesichts der verbleibenden Restarbeitsfähigkeit und dem Vorbringen der Beschwerdeführerin, aufgrund ihrer Schmerzen keiner Arbeit mehr nachgehen zu können (Urk. 1, Urk. 8/49/19, Urk. 8/51), befand die Beschwerdegegnerin korrekterweise den Eingliederungswillen bzw. die subjektive Eingliederungsfähigkeit als nicht gegeben.

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach

als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen, infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom

15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
Grieder-Martens Schüpbach

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