



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 11. Mai 2023 (720 22 296 / 114)

Invalidenversicherung

Versicherungsinterne Zumutbarkeitsbeurteilung des RAD schlüssig. Mit Blick auf den Haushaltsbericht kann ausserdem nicht gesagt werden, die Festlegung der Schadenminderung sei in Verkennung der Situation von Personen in vergleichbaren sozialen Umständen erfolgt.

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Jürg Pulver, Gerichtsschreiber Stephan Paukner

Parteien **A.**_____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Désirée Stutz, Rechtsanwältin, Zeller Dettwiler Advokatur & Notariat, Wasserturmplatz 3, 4410 Liestal

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin

Betreff IV-Rente

A. Die 1977 geborene A.____ hat sich unter Hinweis auf Schmerzen im Rücken und in den Beinen im Januar 2013 erstmals zum Leistungsbezug bei der eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) angemeldet. Mit Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) vom 27. März 2014 wurde ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen mit der Begründung abgewiesen,

dass sich die Versicherte subjektiv nicht in der Lage sehe, an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen, und dass keine ärztlichen Bescheinigungen für eine Arbeitsunfähigkeit vorlägen. Am 1. Dezember 2020 ersuchte die Versicherte unter Hinweis auf einen komplexen Verlauf nach einer Magenbypass-Operation erneut um Leistungen der IV. Nach durchgeführten Eingliederungsbemühungen sowie nach Abklärung der gesundheitlichen, erwerblichen und haushalterischen Verhältnisse eröffnete ihr die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 29. März 2022, dass sie beabsichtige, für die Zeit von Juni 2021 bis März 2022 eine befristete ganze Rente der IV auszurichten. Daran hielt sie mit Verfügung vom 19. September 2022 fest und sprach der Versicherten eine vom 1. Juni 2021 bis zum 31. März 2022 befristete ganze Rente der IV zu. In Anwendung der gemischten Methode mit einem Erwerbsanteil von 80% und einem Haushaltsanteil von 20% ermittelte die IV-Stelle dabei einen IV-Grad von 80%. Zur Begründung hielt sie weiter fest, dass bei einem ermittelten IV-Grad von 15% mit Wirkung ab 1. April 2022 kein Rentenanspruch mehr bestehe.

B. Gegen diese Verfügung hat die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Désirée Stutz, am 24. Oktober 2022 Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), erhoben und beantragt, es sei die IV-Stelle zu verpflichten, ihr in Aufhebung der angefochtenen Verfügung ab 1. Juni 2021 eine unbefristete ganze Rente zuzusprechen. Eventualiter sei ein Gerichtsgutachten einzuholen, subeventualiter sei die Angelegenheit zwecks gutachterlicher Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts an die Vorinstanz zurückzuweisen. Ferner sei ihr die unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen. Zur Begründung wurde im Wesentlichen vorgebracht, dass die IV-Stelle den medizinischen Sachverhalt nur ungenügend abgeklärt habe. Der regional-ärztliche Dienst der IV-Stelle (RAD) gehe von einer Arbeitsfähigkeit von 100% in einer angepassten Tätigkeit einzig unter Beachtung der Beschwerden aufgrund der Magenbypass-Operation aus, ohne aber dabei die Rückenproblematik zu berücksichtigen. Ausserdem stütze sich die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einen fehlerhaften Haushalts-Abklärungsbericht. Es sei kein objektives medizinisches Gutachten eingeholt worden, welches sich zu den bestehenden Einschränkungen auch in Bezug auf die Rückenschmerzen äussere. Die IV-Stelle habe die angefochtene Verfügung erlassen, noch bevor die Rückenbehandlung abgeschlossen gewesen sei, so dass keine abschliessende Diagnose habe feststehen können. Die Beschwerdeführerin leide weiterhin unter starken Rückenschmerzen, welche sich trotz bisher durchgeführter Infiltrationen nicht verbessert hätten. Im Hinblick auf eine Operation werde deshalb demnächst ein Gespräch bei ihrem behandelnden Orthopäden stattfinden. Insgesamt würde die angefochtene Verfügung auf unvollständigen und nicht nachvollziehbaren Berichten des RAD basieren, so dass an deren Zuverlässigkeit erhebliche Zweifel bestünden. Folglich sei ein interdisziplinäres und externes Gutachten einzuholen. Zudem sei die Abklärung der haushalterischen Verhältnisse veraltet, falsch und widersprüchlich. Der entsprechende Haushaltabklärungs-Bericht sei bereits mehr als ein Jahr alt und beinhalte keinen Nachweis, dass er von einer qualifizierten Fachperson erstellt worden sei. Dessen Widersprüchlichkeit bestehe darin, dass zwar einzelne Tätigkeiten, welche die Versicherte nicht mehr erledigen könne, festgehalten würden, der Bericht dann aber trotzdem feststelle, dass keine Einschränkung bestehe. Widersprüchlich sei der Bericht auch in Bezug auf die Mithilfe der Kinder, indem deren über Gebühr erfolgende Mithilfe als bloss familienüblich bezeichnet werde. Ausserdem seien verschiedene Hilfestellungen der Söhne im Bericht unerwähnt geblieben. Insofern sei der Bericht

auch unvollständig. Unzutreffend sei, dass die Söhne gesundheitlich beeinträchtigt seien. Insgesamt sei unter dem Titel der Schadenminderung die Mithilfe der Kinder im Haushalt zu stark berücksichtigt worden, was dazu führe, dass trotz zugestanderer Einschränkungen im Haushalt eine Einschränkung der Beschwerdeführerin letztlich verneint werde. Es sei fraglich, wie die Versicherte in einer angepassten Tätigkeit einer 100%-igen Tätigkeit nachgehen könne.

C. Mit Eingabe vom 23. November 2022 hat die Beschwerdeführerin weitere ärztliche Berichte einreichen lassen.

D. Mit Vernehmlassung vom 9. Dezember 2022 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde. Gestützt auf die Stellungnahmen ihres RAD vom 14. Dezember 2022 hielt sie mit Eingabe vom 21. Dezember 2022 an ihrem Abweisungsantrag fest.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde der Versicherten vom 24. Oktober 2022 ist demnach einzutreten.

1.2 Am 1. Januar 2022 ist die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft getreten. Auf alle Rentenansprüche, die ab dem 1. Januar 2022 entstehen, finden grundsätzlich die Bestimmungen des IVG und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 sowie diejenigen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in der ab 1. Januar 2022 geltenden Fassung Anwendung (vgl. Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 9100). Erfolgt die Verfügung über eine erstmalige Rentenzusprache nach dem 1. Januar 2022, begründet diese aber einen Rentenanspruch noch vor dem 1. Januar 2022, sind hingegen die Bestimmungen des IVG und der IVV sowie diejenigen des ATSG in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung massgebend (KSIR, Rz. 9101; vgl. auch Kreisschreiben zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 1009). So verhält es sich auch hier. Damit sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Bestimmungen anwendbar. Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

2.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG in der bis Ende 2021 anwendbaren Fassung Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50% und auf eine Viertelrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist.

2.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (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. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 E. 1).

2.3 Bei nichterwerbstätigen Versicherten, welche in einem Aufgabenbereich (z.B. Haushalt) tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie behindert sind, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Betätigungsvergleich; Art. 28a Abs. 2 IVG). Bei Versicherten, die hingegen nur teilweise erwerbstätig sind, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der IV-Grad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (gemischte Methode der Invaliditätsbemessung). Ist bei diesen Versicherten anzunehmen, dass sie im Zeitpunkt der Prüfung des Rentenanspruchs ohne Gesundheitsschaden ganztätig erwerbstätig wären, so ist die Invaliditätsbemessung ausschliesslich nach den Grundsätzen für Erwerbstätige zu bemessen (Art. 27^{bis} der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961 in der bis Ende 2017 geltende Fassung).

2.4 Mit der am 1. Dezember 2017 beschlossenen Änderung der IVV und der dazu ergangenen Übergangsbestimmung, in Kraft ab 1. Januar 2018 (vgl. AS 2017 7581 f.), wird für Teilerwerbstätige, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich Haushalt betätigen, ein neues Berechnungsmodell statuiert (Art. 27^{bis} Abs. 2-4 IVV). Dieses sieht neuerdings vor, dass für die Ermittlung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Erwerbsfähigkeit für das Valideneinkommen nicht mehr auf das Einkommen aus einem Teilzeitpensum abgestellt, sondern das entsprechende Einkommen auf eine hypothetische Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet wird (Art. 27^{bis} Abs. 3 lit. a IVV). Die so

berechnete prozentuale Erwerbseinbusse wird sodann weiterhin anhand des Beschäftigungsgrads, welchen die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet (lit. b).

2.5 Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nicht erwerbstätig einzustufen ist, ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre (BGE 133 V 507 E. 3.3 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 17. Juli 2012, 9C_335/2012, E. 3.1). Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der jeweiligen Verfügung entwickelt haben (BGE 137 V 338 E. 3.2, 125 V 150 E. 2c, je mit Hinweisen).

3.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. Nach Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter 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 allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

3.2 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugelenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Ist eine psychische Störung von Krankheitswert schlüssig erstellt, kommt der weiteren Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwar-

tet werden kann, zu arbeiten und einem Erwerb nachzugehen (BGE 127 V 294 E. 5a mit Hinweisen). Zur Annahme einer durch eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung verursachten Erwerbsunfähigkeit genügt es also nicht, dass die versicherte Person nicht hinreichend erwerbstätig ist; entscheidend ist vielmehr, ob anzunehmen ist, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei ihr sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder - als alternative Voraussetzung - sogar für die Gesellschaft untragbar (BGE 102 V 165; vgl. auch BGE 127 V 294 E. 4c in fine).

4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung und im Streitfall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarer-weise noch verrichtet werden können (ULRICH MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

4.2 Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 138 V 218 E. 6 mit diversen Hinweisen). Der Untersuchungsmaxime entsprechend hat das Gericht von Amtes wegen die notwendigen Beweise zu erheben. Eine Beweislast besteht nur in dem Sinne, dass im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die hohe Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 263 E. 3b). Das schweizerische Sozialversicherungsrecht kennt demnach keinen Grundsatz, wonach die Versicherungsorgane im Zweifel zu Gunsten der Versicherten zu entscheiden haben. Ein Anspruch auf Leistungen besteht nur, wenn die Voraussetzungen dafür mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erfüllt sind (ZAK 1983 S. 259).

4.3 Zur Feststellung der medizinischen Verhältnisse hat das Gericht die ihm von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellenden Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die

verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes 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 Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 f. E. 1c mit Hinweisen).

4.4 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen, Urteil des Bundesgerichts vom 6. März 2019, 9C_609/2018, E. 3.2.2). Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen kommt demgegenüber nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An deren Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.1).

4.5 Analog zur Rechtsprechung betreffend die Beweiskraft von Arztberichten (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweis) sind für den Beweiswert eines Berichtes über die Abklärung im Haushalt einer versicherten Person verschiedene Faktoren zu berücksichtigen. Wesentlich ist, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis von den örtlichen und räumlichen Verhältnissen sowie den aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei allenfalls divergierende Meinungen im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext muss plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein sowie in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig (AHI 2003 S. 218 E. 2.3.2 [in BGE 129 V 67 nicht veröffentlichte Erwägung]; Urteil des Bundesgerichts I 733/03 vom 6. April 2004 E. 5.1.2; vgl. auch BGE 130 V 61 E. 6.2 und 128 V 93 f. E. 4 betreffend Abklärungsberichte im Zusammenhang mit der Hauspflege und Hilflosigkeit). Diese Beweiswürdigungskriterien sind nicht nur

für die im Abklärungsbericht enthaltenen Angaben zu Art und Umfang der Behinderung im Haushalt massgebend, sondern gelten analog für jenen Teil eines Abklärungsberichts, der den mutmasslichen Umfang der erwerblichen Tätigkeit von Versicherten im Gesundheitsfall betrifft (Urteil des Bundesgerichts I 236/06 vom 19. Juni 2006 E. 3.2). Letztlich ist in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen, dass auch in Bezug auf die Haushaltabklärungsberichte nicht ohne Grund von den Angaben der versicherten Person abgewichen werden darf (BGE 121 V 45 E. 2a mit Hinweisen). Das Gericht greift, sofern der Bericht formal korrekt erstellt worden ist, in das Ermessen der Abklärungsperson nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen oder Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit der Abklärungsergebnisse vorliegen. Rechtsprechungsgemäss hat sich ausserdem nur dann auch eine ärztliche Fachperson zur Zumutbarkeit der Haushaltsverrichtung zu äussern, wenn die versicherte Person unglaubwürdige Angaben macht, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen (in BGE 134 V 9 nicht publizierte E. 5.2.1 des Urteils des Bundesgerichts vom 30. Oktober 2007, I 246/05).

5.1 Umstritten ist zunächst die Arbeitsfähigkeit der Versicherten im erwerblichen Bereich für die Zeit ab Januar 2022. Die IV-Stelle stützte sich bei deren Beurteilung auf die Zumutbarkeitsbeurteilung ihres RAD-Arztes Dr. B.____, Facharzt für Arbeitsmedizin. Auf der Basis der Berichte der behandelnden Ärzte diagnostiziert Dr. B.____ in seinem Bericht vom 17. Februar 2022 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine epigastrische Narbenhernie bei Status nach komplexem Verlauf nach laparoskopischem und proximalem Roux-Y-Magenbypass im Mai 2020 mit Frühinsuffizienz der Gastrojejunostomie und einer offenen Neuanlage am 14. Juni 2020 nach einem Wundinfekt mit infiziertem Hämatom und Hämatomausräumung am 20. Juni 2020 mit VAC-Verband für die Zeit vom 29. Juni bis 9. Juli 2020 sowie bei offener Adhäsion im Oberbauch mit Sublay-Netzplastik am 3. November 2020. Ferner diagnostiziert er degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule (LWS) mit Bandscheibendegenerationen L4-S1 und foraminaler Enge L4 und L5 linksbetont mit radikulärer Schmerzproblematik bei mediolateraler Diskusextrusion L4/5 und Kompression der Nervenwurzel L5 links bei Status nach Radiofrequenztherapie am 29. Oktober 2021 sowie bei Status nach Facettengelenksinfiltration L5/S1 am 7. Juni 2021 und L4/5 am 14. Juni 2021. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ein Panaritium D3 an der rechten Hand mit Inzision am 3. November 2020, ein Nikotinabusus, eine Adipositas initial Grad 3, im Verlauf Grad 1, ein Status nach sectio caesarea 1998, 2000, 2005 sowie 2008, ein Status nach offener Sterilisation post partum 2008, sodann eine Steatohepatitis, eine Hypertriglyceridämie sowie ein Status nach Covid-19-Infektion im September 2020. In der angestammten Tätigkeit als Pflegehelferin bestehe seit dem 3. Juni 2020 und bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. In einer körperlich sehr leichten bis leichten Tätigkeit mit Wechselbelastung bestehe in der Zeit vom 3. Juni 2020 bis längstens am 31. Dezember 2021 eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Seit dem 1. Januar 2022 sei in einer derart angepassten Tätigkeit wieder eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben. Die relativ junge Versicherte sei deutlich übergewichtig gewesen. Nach einer Magenbypass-Operation habe sie einen komplikationsreichen Verlauf mit mehreren Re-Operationen gehabt. Die letzte bauchchirurgische Kontrolle im Dezember 2021 habe zufriedenstellende Untersuchungsergebnisse gezeigt. Die Versicherte sei beinahe beschwerdefrei gewesen. Gelegentlich seien noch geringe Beschwerden bei Belastungen aufgetreten. Spätestens seit diesem Zeitpunkt sei in einer angepassten Tätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit mehr gerechtfertigt. Im Verlauf

seien Rückenbeschwerden bei degenerativen LWS-Veränderungen mit Vorliegen einer Diskushernie aufgetreten. Diese Beschwerden seien mehrfach behandelt worden. Anlässlich einer letzten orthopädischen Untersuchung Mitte Januar 2022 seien keine erheblichen pathologischen klinischen Befunde zutage getreten, so dass leichte Tätigkeiten auch hinsichtlich des Rückens grundsätzlich möglich und zumutbar seien. Eine psychiatrische Diagnose liege keine vor, ebenso wenig sei die Rede von einer Schmerzstörung. Seit dem Jahreswechsel 2021/2022 lasse sich in einer angepassten Tätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit mehr rechtfertigen, nachdem die Befundlage zufriedenstellend und die Versicherte beschwerdearm sei. Für eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit spreche auch, dass angesichts der Haushaltsabklärung vom Januar 2022 keine wesentlichen Einschränkungen erhoben worden seien. Weitere Abklärungen seien nicht erforderlich (IV-Dok 119).

5.2 Die Beschwerdeführerin lässt gegen diese RAD-Einschätzung vorbringen, dass lediglich ihre Beschwerden im Zusammenhang mit ihrer Magenbypass-Operation, nicht aber auch ihre Rückenproblematik durch den RAD berücksichtigt worden seien. Ausserdem sei die angefochtene Verfügung von der IV-Stelle erlassen worden, bevor die Behandlung ihrer Rückenbeschwerden abgeschlossen worden sei, so dass eine abschliessende Diagnose zu erheben noch gar nicht möglich gewesen sei. Entgegen der von ihr vertretenen Auffassung trifft es jedoch gerade nicht zu, dass Dr. B.____ die Rückenproblematik ausser Acht gelassen hätte. In Übereinstimmung mit den Akten der Behandler des C.____ (IV-Dok 86 und 100) hält der RAD-Arzt nämlich zu Recht fest, dass die degenerativen LWS-Veränderungen in der Vergangenheit wiederholt behandelt worden sind und dass die letzte orthopädische Untersuchung Mitte Januar 2022 keine erheblichen pathologischen Befunde aufgezeigt hat. Unter den von ihm erhobenen Diagnosen anerkennt Dr. B.____ explizit, dass die seit Jahren vorbestehenden degenerativen Veränderungen an der LWS einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten haben. Vor diesem Hintergrund gelangt er zur Überzeugung, dass der Versicherten namentlich bezüglich ihres Rückenleidens nur noch sehr leichte bis leichte Tätigkeiten zumutbar sein werden. Auch dass die Behandlung des Rückenleidens nicht abgeschlossen ist, steht einer Beurteilung des Rentenanspruchs und mit ihr der Einschätzung der dabei noch verbleibenden Restarbeitsfähigkeit nicht entgegen. Vielmehr verhält es sich so, dass grundsätzlich die nach Ablauf des Wartejahres verbleibende Erwerbsfähigkeit den möglichen Rentenanspruch bestimmt und allfällige Verschlechterungen der gesundheitlichen Verhältnisse über eine verfügungsweise bereits erfolgte Festsetzung allfälliger Rentenleistungen hinaus Gegenstand eines allfälligen Revisionsverfahrens zu bilden haben. Massgebend ist mithin jener Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19. September 2022 entwickelt hat (BGE 129 V 4 E. 1.2). Auch aus diesem Argument vermag die Versicherte somit nichts zu ihren Gunsten abzuleiten.

5.3.1 Im Zusammenhang mit den erst im Beschwerdeverfahren eingereichten Arztberichten macht die Beschwerdeführerin weiter geltend, dass ihren Rückenproblemen zu wenig Rechnung getragen worden sei und die Schmerzsymptomatik trotz stattgehabter Infiltrationen persistieren würde. Fraglich und zu prüfen ist demnach, ob diese neuen Berichte eine Verschlechterung der Rückenproblematik noch vor dem hier massgebenden Verfügungserlass am 19. September 2022 nahelegen. Im Bericht der Klinik D.____ vom 25. Februar 2022 wird die bisher bekannte Diagnose gestellt, wonach die Versicherte an chronischen lumbovertebralen Schmerzen leide. Ausserdem

erheben die Behandler in diesem Bericht die Verdachtsdiagnose einer rheumatologisch-systemischen Erkrankung. In der Anamnese wird festgehalten, dass die Versicherte schon seit vielen Jahren eine Wirbelsäulenproblematik zu beklagen habe und dass die Intensität und Frequenz der Beschwerden dabei variere (Beilage 5 zur Eingabe der Beschwerdeführerin vom 23. November 2022). Eine eigentliche Verschlechterung wird in diesem Bericht jedoch keine ausgewiesen. Es wird lediglich darauf hingewiesen, dass die die Wirbelsäulenproblematik rheumatologisch bereits abgeklärt worden sei, eine erneute Beurteilung indessen angebracht wäre. Die Schmerzausstrahlung wird als pseudoradikulär bezeichnet. Therapeutisch werden erneute Infiltrationen empfohlen. Im Sprechstundenbericht der Klinik für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparats am C.____ vom 3. März 2022 wird sodann ausgeführt, dass die Versicherte seit der letzten Infiltration eine nur mässige Verbesserung verspürt habe. Die Ursache der Schmerzen wird als multifaktoriell vermutet, wobei eine Arthrose des Processus costalis L5 rechts als teilursächlich bezeichnet wird. Geplant wird eine weitere CT-gesteuerte Infiltration (Beilage 6 zur Eingabe der Beschwerdeführerin vom 23. November 2022). Im nächsten Bericht der Klinik D.____ vom 8. April 2022 wird über die durchgeführte Infiltration mittels bildgebender Verfahren berichtet. Die Intervention sei problemlos verlaufen. Die Versicherte habe vor der Intervention die Schmerzen mit NRS 8 und nach der Intervention mit NRS 3 angegeben. Der Austritt nach Hause sei in regelrechtem Allgemeinzustand erfolgt. Die vorausgegangene Radiofrequenz-Therapie habe die Versicherte als sehr quälend empfunden, die bisherigen Infiltrationen mit einer einhergehenden Schmerzreduktion um 50% hingegen gut vertragen. Unter Berücksichtigung der bekannten radiomorphologischen Veränderungen und des klinischen Untersuchungsbefunds sei somit die Indikation für eine weitere Infiltration gegeben. Bei positivem Verlauf könne als nächstes eine Denervation geplant werden (Beilage 7 zur Eingabe der Beschwerdeführerin vom 23. November 2022). In der Folge wurde eine erneute Infiltration vorgenommen. Im entsprechenden Folgebericht der D.____ vom 5. August 2022 wird allerdings wiederum ein problemloser Verlauf festgehalten. Die Patientin habe vor der Intervention die Schmerzen mit NRS 6 und nach der Intervention mit NRS 0 angegeben. Die letzte Infiltration sei mit einer Schmerzreduktion um rund 50% gut vertragen worden. Nach dem Austritt in regelrechtem Allgemeinzustand sei eine Kontrolle wieder in vier Wochen geplant (Beilage 8 zur Eingabe der Beschwerdeführerin vom 23. November 2022). Schliesslich hat die Beschwerdeführerin eine Terminbestätigung vom 26. Oktober 2022 sowie einen Sprechstundenbericht vom 28. Oktober 2022 ins Recht legen lassen (Beilagen 9 und 10 zur Eingabe der Beschwerdeführerin vom 23. November 2022).

5.3.2 Was zunächst die beiden letztgenannten Belege betrifft, datieren diese Unterlagen erst nach Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 19. September 2022. Die Terminbestätigung vom 26. Oktober 2022 betrifft eine radiologische Abklärung an der Halswirbelsäule. Mit Blick auf die Tatsache, dass in den zeitlich vorangehenden medizinischen Unterlagen indessen keinerlei Diagnose in Bezug auf die HWS ersichtlich ist, handelt es sich dabei offensichtlich um ein neues Beschwerdebild, das erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung aufgetreten ist. Es kann im Rahmen des vorliegenden Verfahrens daher nicht berücksichtigt werden (oben Erwägung 5.2 a. E.). Im Bericht der Klinik D.____ vom 28. Oktober 2022 wird bei unveränderter Diagnose sodann festgehalten, dass bereits diverse Infiltrationen und Radiofrequenzablationen ohne Therapieerfolg durchgeführt worden seien. Im Hinblick auf eine mögliche Operation werde

nun ein Gesprächstermin mit dem behandelnden Orthopäden vereinbart. Zuvor würden noch aktuelle MRI- und Röntgenaufnahmen angefertigt. Insgesamt lässt sich bei dieser Ausgangslage feststellen, dass damit auch den erwähnten Arztberichten neueren Datums keine Verschlechterung der Wirbelsäulenproblematik zu entnehmen ist. Namentlich ist in Bezug auf die Schmerzsituation gegenüber der letzten Behandlung im Gegenteil sogar eine leichte Verbesserung zu erkennen. Auch die Diagnostik bezüglich der LWS erweist sich als unverändert. Es wird zwar die Verdachtsdiagnose einer rheumatologisch-systemischen Erkrankung beschrieben. Auch dieser Verdacht ist allerdings nicht neu. Den Akten zufolge wurden bereits in einem früheren Zeitpunkt entsprechende Abklärungen vorgenommen, welche aber den erhobenen Verdacht letztlich nicht erhärtet haben. Schon dazumal wurden erneute Abklärungen empfohlen, allfällige Unterlagen befinden sich in diesem Zusammenhang aber ebenfalls keine in den Akten. Mit Blick auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten existieren von Seiten der behandelnden Ärzte auch keine von der Beurteilung von Dr. B.____ abweichenden Einschätzungen. Die Hausärztin der Versicherten attestiert der Beschwerdeführerin zwar durchwegs eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Sie bezieht sich dabei aber offensichtlich auf die angestammte Tätigkeit als Pflegehelferin, welche der übereinstimmenden Einschätzung auch von Dr. B.____ zufolge künftig nicht mehr zumutbar ist. Bei dieser Ausgangslage ist schliesslich auch das Ergebnis des Belastbarkeitstrainings bei der E.____ nicht aussagekräftig (IV-Dok 70). Auch wenn darin eine lediglich hälftige Leistungsfähigkeit festgehalten wird, erweist sich diese Einschätzung für die hier strittigen Verhältnisse ab Januar 2022 als nicht aussagekräftig, weil die entsprechenden Eingliederungsmassnahmen in der Zeit vom 1. Februar bis 30. April 2021 und damit zu einer Zeit durchgeführt worden sind, in welcher die Versicherte auch nach dem Dafürhalten von Dr. B.____ in einer angepassten Tätigkeit noch vollständig arbeitsunfähig war. Hierfür spricht schliesslich auch die Vermutung der E.____ vom 7. Mai 2021, wonach die postoperativen Beschwerden nach Magenbypass-Operation eine erfolgreiche Eingliederung ursprünglich noch verhindert hatten (IV-Dok 75). Insgesamt sind damit keine Hinweise ersichtlich, die mit Blick auf die gesundheitlichen Verhältnisse geringe Zweifel an der versicherungsinternen Beurteilung des RAD aufkommen lassen würden. In einer den Rückenleiden angepassten Verweistätigkeit ist mithin ab Januar 2022 wieder von einer vollständigen Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auszugehen.

6.1 Umstritten ist im Weiteren der Abklärungsbericht Haushalt der IV-Stelle vom 11. Januar 2022. Dagegen lässt die Beschwerdeführerin in formaler Hinsicht zunächst einwenden, dass der Bericht nicht von einer qualifizierten Fachperson erstellt worden sei. Dieser Einwand geht offensichtlich fehl (IV-Dok 109, S. 7). Auch sind keine Hinweise ersichtlich, dass die Abklärungsperson keine qualifizierte Fachperson ist. Es kann in dieser Hinsicht auf die Stellungnahme der IV-Stelle in deren Vernehmlassung verwiesen werden. Schliesslich hat die Beschwerdeführerin keine entsprechenden Anhaltspunkte aufgezeigt, wonach die Verfasserin des strittigen Abklärungsberichts nicht über die notwendige Fachqualifikation verfügen würde. Soweit die Beschwerdeführerin weiter einwenden lässt, dass der Abklärungsbericht veraltet sei, kann ihr ebenfalls nicht gefolgt werden. So fand die Abklärung vor Ort am 8. Dezember 2021 statt, der entsprechende Bericht selber datiert vom 11. Januar 2022. Bereits zweieinhalb Monate später wurde der Vorbescheid der IV-Stelle erlassen (IV-Dok 121). Ausserdem vermag das Alter eines Berichts seinen Beweiswert ohnehin nur dann zu verringern, wenn sich die Haushaltsverhältnisse oder der Gesundheitszu-

stand in der Zwischenzeit verändert haben. Wie bereits aufgezeigt, bestehen jedoch keine Hinweise, dass sich die gesundheitlichen Verhältnisse bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19. September 2022 massgebend verschlechtert haben. Nichts Anderes gilt hinsichtlich der haushalterischen Verhältnisse, wohnt die Beschwerdeführerin doch immer noch an derselben Adresse mit ihren beiden Töchtern zusammen.

6.2 In inhaltlicher Hinsicht lässt die Beschwerdeführerin im Wesentlichen vorbringen, dass die im Haushaltsbericht angerechnete Mitwirkung der Töchter über das zulässige Normalmass hinausgehe und damit ihre eigene Schadenminderungspflicht überstrapaziert worden sei. Entgegen der von ihr vertretenen Auffassung ist festzustellen, dass die Töchter der Versicherten im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung 14 bzw. 17 Jahre alt waren (IV-Dok 155, S. 3). In diesem Alter kann von ihnen erwartet werden, dass sie sich anteilmässig an der Haushaltsarbeit beteiligen. Eine Beteiligung an der Hausarbeit je zu einem Drittel bewegt sich unter diesen Umständen durchaus noch im Rahmen des zulässigen Normalmasses, wobei dabei insbesondere auch erwartet werden darf, dass die körperlich schwereren und rückenbelastenden Arbeiten von den beiden Töchtern erledigt werden. Dies gilt namentlich in Anbetracht der Tatsache, dass die beiden Töchter in den Bereichen 6.1 bis 6.4 auch ohne gesundheitliche Einschränkungen die Beschwerdeführerin im familienüblichen Rahmen unterstützen würden. So erledigt die ältere Tochter schon länger in Eigenverantwortung ihre Wäsche und wäscht dabei auch die Kleider der Versicherten und ihrer jüngeren Tochter jeweils mit (IV-Dok 109, ad Ziffer 6.4). Hinzu tritt, dass auch die beiden Söhne die Versicherte im Rahmen ihrer Möglichkeiten unterstützen (Beschwerdebeurteilung, ad Ziffer 26.). Eine unübliche Aufgaben- und Rollenverteilung kann mit Blick auf diese tatsächlich gelebten Verhältnisse nicht erkannt werden. Mit Blick auf die unbestritten gebliebene Aussage des Abklärungsdienstes in dessen ergänzenden Stellungnahme vom 9. Juni 2022 (IV-Dok 136), wonach die Versicherte bei guter Gesundheit in einem Pensum von 80% tätig wäre und der Haushalt ebenfalls mit Hilfe ihrer Töchter gemeinsam bewältigt würde, kann jedenfalls nicht gesagt werden, die Festlegung der Schadenminderung sei in Verkennung der Situation von Personen in vergleichbaren sozialen Umständen erfolgt (Urteil des Bundesgerichts 8C_879/2012 vom 17. Januar 2013, E. 4.2). Unter diesen Voraussetzungen ist das Ergebnis des Haushaltsberichts, demzufolge mit Blick auf die Mithilfe der Töchter der Versicherten letztlich keine Einschränkung der Beschwerdeführerin im haushalterischen Bereich resultiert, nachvollziehbar und schlüssig. Selbst wenn davon auszugehen wäre, dass die Schadenminderungspflicht überdehnt worden und deshalb eine gewisse Einschränkung im Haushalt in den erwähnten Bereichen mit Rücken belastenden Tätigkeiten gerechtfertigt wäre, würde kein anderes Ergebnis resultieren. Nachdem im erwerblichen Bereich in einer angepassten Verweistätigkeit von einer verbleibenden Restarbeitsfähigkeit von 100% auszugehen ist (oben, Erwägung 5.3.2), würde selbst eine 100%-ige Einschränkung im Haushalt zu keinem Rentenanspruch führen, nachdem der Haushaltsanteil unbestrittenermassen lediglich 20% beträgt. Dies führt im Ergebnis zur Abweisung der Beschwerde.

7.1 Es bleibt über die Kosten zu befinden. Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.— bis Fr. 1'000.— festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden

ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.— fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb ihr die Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Ihr ist allerdings mit Verfügung vom 27. Oktober 2022 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

7.2 Dem Verfahrensausgang entsprechend wird keine Parteientschädigung zugesprochen. Da der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 27. Oktober 2022 auch die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrer Rechtsvertreterin bewilligt worden ist, ist diese für ihre Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.— pro Stunde. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat in ihrer Honorarnote vom 11. Januar 2023 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 16 Stunden geltend gemacht. Dieser Aufwand erweist sich als zu hoch, wenn man berücksichtigt, dass für die Begründung der Beschwerde im Wesentlichen lediglich der Abklärungsbericht der IV-Stelle vom 11. Januar 2022 den tatsächlichen Gegebenheiten sowie die Einschätzung des RAD den eingereichten Arztberichten gegenüberzustellen war. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang weiter, dass die vor Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19. September 2022 angefallenen Bemühungen nicht entgolten werden können. Der für die Beschwerdebegründung geltend gemachte Zeitaufwand ist daher angemessen auf 14 Stunden zu kürzen. Nicht zu beanstanden sind die ausgewiesenen Auslagen im Umfang von insgesamt Fr. 342.40. Nachdem der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 27. Oktober 2022 auch die unentgeltliche Verbeiständung bewilligt worden ist, ist ihrer Rechtsvertreterin ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'384.35 (14 Stunden à Fr. 200.— sowie Auslagen von Fr. 342.40, zuzüglich 7,7% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

7.3 Die Beschwerdeführerin wird jedoch ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

Demgemäss wird **erkannt** :

://:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

3. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'384.35 (inkl. Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.