

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00612 vom 7. März 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-03-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00612](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00612)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00612 du 7 mars 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00612 del 7 marzo 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die nicht erwerbstätige, 1975 geborene X.\_\_\_\_

meldete sich am 7. Februar 2012 unter Hinweis auf eine HIV-Erkrankung und einen Knochenbruch in der rechten Hand bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 8/8). Daraufhin tätigte die IV-Stelle medizinische Abklärungen. Insbesondere beauftragte sie die über Z.\_\_\_\_ zugeteilte MEDAS A.\_\_\_\_ mit einer polydisziplinären Begutachtung der Versicherten.

Am 30. September 2013 erstattete die MEDAS A.\_\_\_\_ ihr Gutachten, worin sie unter anderem darauf hinwies, dass die neurologische und die neuropsychologische Untersuchung wegen Nichterscheinens der Versicherten nicht hätten durchgeführt werden können (Urk. 8/57/1-17 S. 13).

Nachdem die IV-Stelle die MEDAS mit einer ergänzenden neurologischen und neuropsychologischen Begutachtung beauftragt hatte (Urk. 8/59 ff.), wies diese den Gutachtersauftrag an die Verwaltung zurück (Urk. 8/66). In der Folge erteilte die IV-Stelle der, wiederum über Z.\_\_\_\_ zugeteilten, MEDAS B.\_\_\_\_ einen neuen Begutachtungsauftrag.

Am 6. März 2015 wurde das Gutachten erstattet (Urk. 8/80/1-41).

Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (Urk. 8/84, Urk. 8/98 und Urk. 8/103) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 26. April 2016 den Anspruch der Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 2).

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes

über die Invalidenversicherung [IVG]). 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 ausgleichenen 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).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

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 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 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art.

### **E. 1.2**

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.

### **E. 1.3**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall 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 (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

### **E. 1.4**

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).

Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Fachleute ab, deren Aufgabe es ist, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerecht fertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachleute dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch eine weitere Fachperson im Rahmen einer Oberexpertise für angezeigt hält, sei es, dass es ohne eine solche vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/ aa ). 2.

## **E. 2**

Dagegen erhob die Versicherte am 26. Mai 2016 Beschwerde mit dem Rechts begehren um Zusprechung einer ganzen Invalidenrente ab September 2012 und dem Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 27. Juli 2016 schloss die Verwaltung auf Abwei sung der Beschwerde (Urk. 7). Darüber wurde die Beschwerdeführerin mit Ver fü gung vom 23. August 2016 orientiert. Gleichzeitig wurde ihr die unentgelt liche Prozessführung gewährt (Urk. 9).

Das Gericht liess die Beschwerdeführerin durch Dr. med. C.\_\_\_\_, Spezialärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, begutachten (Expertise vom 31. Oktober 2018; Urk. 21). Die

Parteien liessen sich dazu am 7. Dezember 2018 (Urk. 24-25 ) vernehmen .

Am 18. Dezember 2018 (Urk. 29) verzichtete die Be schwe r de gegnerin auf eine erneute Stellungnahme . Die Beschwerdeführerin liess sich am 16. Januar 2019 (Urk. 30) zur Stellungna hme der Beschwerdegegnerin vom 7. Dezember 2018 vernehmen . Dies wurde der jeweils anderen Partei am 17. Januar 2019 (Urk. 32) zur Kenntnis gebracht. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründet die Leistungsablehnung in ihrer Verfügung vom 26. April 2016 (Urk. 2) gestützt auf das Gutachten der MEDAS B.\_\_\_\_ vom

6. März 2015 (Urk. 8/ 80/1-41 ) damit, dass bei der Beschwerdeführerin zwar eine Gesundheitsbeeinträchtigung vorliege, diese jedoch aus versicherungsmedizi ni scher Sicht keine dauerhafte Erwerbsunfähigkeit begründe. Ebenfalls bestünden keine Einschränkungen im Haushalt (Urk. 2 S. 2 ) .

Nach Vorliegen des Gutachtens von Dr. C.\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2018 (Urk. 21) brachte die Beschwerdegegnerin am 7. Dezember 2018 (Urk. 24) vor, es be stünden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine anspruchsrelevanten Ein schränkungen in der Haushaltsführung. Seit ihrer Einreise in die Schweiz sei die Beschwerdeführerin nie in relevanter Weise arbeitstätig gewesen, was sie auch nach der Trennung von ihrem Ehemann nicht geändert habe.

## E. 2.2

Demgegenüber stellt sich die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde vom 26. Mai 2016 (Urk. 1)

im Wesentlichen auf dem Standpunkt, dass auf dieses widersprüchliche und fehlerhafte

B.\_\_\_\_ - Gutachten nicht abgestellt werden könne. Es fehle darin eine vertiefte Diskussion des auffälligen Verhaltens der Beschwerdeführerin (S. 8 Rz. 4).

Neben der grundlegend anderen Beurteilung durch die MEDAS A.\_\_\_\_, belegten verschiedene Mängel und Widersprüche im B.\_\_\_\_ -Gutachten selber sowie die von Drittpersonen im Kontakt mit der Beschwerdeführerin beschriebenen Probleme die Zweifel an der Zuverlässigkeit des B.\_\_\_\_ -Gutachtens. Es könne daher nicht darauf abgestellt werden. Da bereits genügend aussagekräftige medizinische Befunde und Berichte bezüglich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vorlägen, sei keine weitere Begutachtung anzuordnen, sondern auf die bereits vorhandenen Berichte abzustellen (S. 10 Rz. 6).

Am 7. Dezember 2018 (Urk. 25) ergingte die Beschwerdeführerin, es könne auf das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ abgestellt werden und es sei dementsprechend von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

In ihrer Stellungnahme

vom 16. Januar 2019 (Urk. 30) brachte sie vor, die Frage nach allfälligen Einschränkungen im Haushalt seien gar nicht relevant. Selbst die Beschwerdegegnerin habe sie im Feststellungsblatt vom 26. April 2016 als Vollerwerbstätige qualifiziert und das Sozialversicherungsgericht habe in der Auftragserteilung für die Begutachtung durch Dr. C.\_\_\_\_ nicht nach allfälligen Einschränkungen im Haushalt gefragt. Zudem treffe es nicht zu, dass gestützt auf das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_

davon ausgegangen werden könne, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Einschränkungen im Haushalt bestünden. So fänden sich im Gutachten umschriebene Umstände, die das Gegenteil vermuten liessen. 3.

### 3.1

Am 9. Dezember 2010 wurde im D.\_\_\_\_, Klinik E.\_\_\_\_, eine erste neuropsychologische Untersuchung der Beschwerdeführerin durchgeführt. Laut Bericht vom darauffolgenden Tag (Urk. 8/14/4-6) ergab die Abklärung ausgeprägte Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit/Interferenzunterdrückung, Lernen und Gedächtnis, im motorischen Sequenzieren, aber auch in Sprach- und Visuo-Konstruktion. Die Interpretation dieser insgesamt schweren Beeinträchtigungen sei infolge Fremdsprachlichkeit beziehungsweise Übersetzungssituation sowie der Herkunft aus einem fremden Kulturkreis nicht einfach, zumal anamnestisch Hinweise für eine verzögerte Entwicklung vorlägen. Sicher seien Leistungen beider Hemisphären betroffen, also nicht nur im sprachlichen Bereich, schwerpunktmässig anteriorer kortikaler und subkortikaler Areale. Neben der Affektlabilität sei die Patientin klar depressiv, wobei die Entwurzelungsproblematik wohl eine vordergründige Rolle spiele. Die Arbeitsfähigkeit betrage 0%. Abschliessend führten die berichtenden Fachleute aus, dass die Untersuchung ohne die fachkundige Übersetzerin, welche medizinopsychologische Erfahrungen mitgebracht und mit der Person und

Geschichte der Patientin vertraut gewesen sei, chancenlos gewesen wäre (S. 2). 3.2

Von 1998 bis 2004 und wiederum seit 23. Februar 2010 befindet sich die Beschwerdeführerin im D.\_\_\_\_, Klinik F.\_\_\_\_, in Behandlung. Im Bericht vom 23. März 2012 (Urk. 8/14/1-3) wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Ausgeprägte kognitive Minderleistung unklarer Aetiologie ED 12/10 - unklarer Symptombeginn, möglicherweise Entwicklungsstörung - MRT: Hyperintensität Gyus

parahippocampalis links > rechts - EEG: keine Epilepsie-typischen Potentiale - Depressive Symptomatik DD Entwurzelungsproblematik Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - HIV-1-Infektion CDC Stadium A3, ED 07/98 - Episodische Kopfschmerzen links frontal 2010-2011 - Mehrfragmentäre Fraktur Grundphalanx Dig V rechts 03/11

Weiter führten die Spitalärzte aus, bei der erneuten Vorstellung im Februar 2010 sei die Immunitätslage bei minimaler Viruslast schlecht gewesen. Unter erneuter Verschreibung einer antiretroviralen Behandlung sei die CD4-Zellzahl vorübergehend angestiegen. Die Viruslast sei meist nicht nachweisbar gewesen. Allerdings dürfte die Therapieadhärenz schlecht sein. Seit Mitte 2010 verschlechterte sich die Immunitätslage wiederum. Damit müssten die bisherigen therapeutischen Bemühungen als gescheitert betrachtet werden. Die Ursache der fehlenden Kooperationsbereitschaft der Patientin bezüglich Einhaltung von Terminen, Medikamentenadhärenz und so weiter habe bisher nicht eindeutig geklärt werden können. Neben fehlender Einsicht kämen Ängste vor dem Entdecktwerden der Infektion oder Verdrängen derselben in Frage. Zu eindeutig HIV-assoziierten Erkrankungen sei es bisher glücklicherweise nicht gekommen.

Aus infektiologischer Sicht bestehe aktuell streng genommen keine Arbeitsunfähigkeit, dies könne sich bei Auftreten von AIDS-definierenden Erkrankungen jedoch schnell ändern. Insgesamt, insbesondere in Anbetracht der bisherigen Integrationsversuche und der neurokognitiven Defizite, sei die Patientin als nicht arbeitsfähig zu betrachten. 3.3

Am 3. Oktober 2012 berichteten die behandelnden Ärzte des D.\_\_\_\_, Klinik F.\_\_\_\_, dass es im Krankheitsverlauf der Beschwerdeführerin seit dem Bericht vom 23. März 2012 keine relevanten Veränderungen gegeben habe, welche Einfluss auf die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit hätten (Urk. 8/27). 3.4

Im A.\_\_\_\_-Gutachten vom 30. September 2013 (Urk. 8/57/1-17) wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 13): 1. V.a. organisch affektive Störung (ICD-10 F06.3) 2. V.a. dementielle Entwicklung bei HIV (ICD-10 F02.4) - DD: zusätzliche entwicklungsbedingte Minderintelligenz

Folgenden weiteren Diagnosen massen die Gutachter keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei (S. 14): 1. HIV- Infektion CDC-Stadium A3, ED 07/1998 - ART 1998-2003 (Schwangerschaft), Wiederbeginn 2010 bei CD4-Abfall auf 166 Zellen/  $\mu$ l - Verdacht auf Lipodystrophie unter Stavudin - Mal- Adherence - derzeit unbehandelt? - aktuell nicht nachweisbare Viruslast ( $<20$ ), CD4/CD8 Ratio 0.14 (1.00 bis 1.50) 2. Mehrfragmentäre Fraktur Grundphalanx Dig V rechts 03/2011 3. St.

n. Sectio 1998 und 2003 4. St.

n. Hepatitis A und B Infektion

Aus internistischer Sicht sei die HIV-Infektion das Hauptproblem. Diese sei bei unbekanntem Übertragungsweg anlässlich der ersten Schwangerschaft 1998 bei bis dahin fehlenden Symptomen zufällig diagnostiziert worden. Diesbezüglich lägen diverse Berichte der F. \_\_\_ des D. \_\_\_ vor, worin die HIV-Infektion als CDC-Stadium A3 klassifiziert und wiederholt eine medikamentöse Maladhärenz beschrieben werde. In diesem Zusammenhang sei die aktuelle Angabe der Explorandin, dass sie erst seit 6 Monaten ihre Medikamente bezüglich HIV nicht mehr einnehme, mit Vorsicht zu geniessen. Schon im Mai 2012 werde eine schlechte Therapieadhärenz beschrieben. Auch in den früheren Berichten sei immer wieder davon die Rede. Die aktuelle Viruslast sei weiterhin gut kontrolliert. Die CD 4 Zellen seien jedoch deutlich erniedrigt, so dass eine Wiederaufnahme der Therapie zu empfehlen sei. Aus

infektiologischer Sicht werde nie eine Arbeitsunfähigkeit attestiert (S. 14 f.).

Das Hauptproblem sei eine auffällige kognitive Minderleistungsfähigkeit der Explorandin. Der genaue Zeitpunkt dieser Minderleistung sei nicht zu benennen. Schon 2010 sei dies im Rahmen der infektiologischen Betreuung abgeklärt und als nicht mit der HIV-Infektion in Zusammenhang stehend interpretiert worden. Es sei schon damals eine Entwicklungsstörung postuliert worden. Die diesbezüglichen Angaben der Explorandin seien nicht zu verwerten. Sie hinterlasse den Eindruck einer äusserst einfach strukturierten Person mit geringem Bildungshintergrund und wenig Differenzierungsvermögen. Auch die Frage, ob ätiologisch eine Depressivität zugrunde liege, sei nur schwer zu klären. Die Explorandin selber berichte diesbezüglich wenig bis nichts Greifbares. Mehr nebenher erwähne sie ein teilweise stark gesteigertes Schlafbedürfnis. Dies kontrastiere jedoch wieder mit der Schilderung eines normalen und aktiven Tagesablaufs inklusive Joggen, Schwimmen und Kontakt zu Kollegen. Sofern dies zutreffe. Unzweifelhaft dürfte eine starke Entwurzelungsproblematik mit vorhanden sein, weil die Explorandin hier faktisch ziemlich isoliert sein dürfte, ohne jede deutliche Sprachkenntnis trotz 18jährigem Aufenthalt in der Schweiz und ohne Berufstätigkeit. Auch der Kontakt zu den Kindern sei nicht klar (S. 15).

Aufgrund der psychiatrischen Exploration erachteten die Gutachter die Beschwerdeführerin als nicht vermittelbar und arbeitsfähig im ersten Arbeitsmarkt. Dabei hielten sie fest, dass die neurologischen und neuropsychologischen Untersuchungen nicht hätten durchgeführt werden können. Eine genaue diagnostische Zuordnung der klinisch offensichtlichen kognitiven Minderleistung sei nicht möglich. An der Relevanz für die Arbeitsfähigkeit bestehe jedoch aufgrund der klinisch eindrücklichen Ausprägung kein Zweifel. Es sei differenzialdiagnostisch sowohl eine entwicklungsbedingte frühkindliche Beeinträchtigung als auch eine Problematik im Rahmen einer Depressivität oder Entwurzelungsproblematik erwogen worden. Auch ein Zusammenhang mit der HIV-Infektion sei diskutiert worden, wobei unklar sei, wie lange diese schon bestehe, sei sie doch eher zufällig im Rahmen der Schwangerschaft erstmals diagnostiziert worden. Der Zusammenhang mit einer HIV-Enzephalitis sei nicht gesichert. Obwohl seitens der F. \_\_\_ des D. \_\_\_ eher verneint, könne er nicht vollständig ausgeschlossen werden. Wahrscheinlich sei eine Kombination verschiedener Ursachen wie geringes Intelligenz-/Ausbildungsniveau, mögliche Entwicklungsproblematik, Fremdsprachigkeit, Entwurzelungsproblematik und mögliche HIV-Mitbeteiligung ursächlich beteiligt. 2010 hätten magnetresonanztomographisch diskrete Hyperintensitäten in der Hippokampusformation, im Temporallappen links ausgeprägter als rechts dargestellt

werden können. Im Elektroenzephalogramm seien Funktionsstörungen mit einzelnen irritativen Potentialen erkennbar gewesen. Epilepsietypische Potentiale hätten nicht nachgewiesen werden können. Eine integrative Einordnung dieser Befunde habe bis her nicht erfolgen können und sei auch im Rahmen des aktuellen Gutachtens aufgrund der wiederholt versäumten Termine bei der Neurologie und Neuropsychologie nicht machbar gewesen. Die Ausprägung des klinischen Bildes in Zusammenschau mit der hirnorganischen Lokalisation der Veränderung spreche für eine erhebliche zugrundeliegende organische (Mit-)Beteiligung an der aktuellen affektiven Störung (S. 15 f.).

Die Gutachter konnten den genauen Beginn der Arbeitsunfähigkeit nicht angeben. Der Zeitpunkt der Erstbeschreibung der kognitiven Einschränkungen 2010 dürfte den Minimalzeitraum darstellen (S. 16). 3.5

In ihrem polydisziplinären Gutachten vom 6. März 2015 (Urk. 8/ 80/ 1-41) stellten die Gutachter der B. \_\_\_ folgende Diagnosen, denen sie eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit absprachen (S. 37): - HIV-Infektion CDC A3 ED 7/1998 - ART 1998-2003 (Schwangerschaft) und 2010 bei CD4-Abfall auf 166 Zellen U/l - Status nach Hepatitis A und B Infektion ED 6/1998 - Status nach Lasertherapie von Condylomen im Genitalbereich 11/2012

Die Gutachter kamen zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit der Versicherten in der zuletzt ausgeübten sowie jedweder vergleichbaren Tätigkeit oder auch in einer anderen Arbeit des allgemeinen Arbeitsmarkts nicht als eingeschränkt anzusehen sei. Es bestehe eine HIV-Positivität ohne ausreichend wahrscheinlichen Anhalt für eine HIV-assoziierte aktive Erkrankung. Eine HIV-Positivität führe lediglich zu einer qualitativen, medizinisch-theoretischen Einschränkung mit der Empfehlung, Arbeiten in Infektionsbereichen zu vermeiden. Andere namhafte Erkrankungen mit minderndem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien anhand der hier erhobenen klinischen Befunde sowie der Zusatzbefunde und Aktdaten nicht ausreichend wahrscheinlich. Insbesondere reichten die hier objektiven klinischen Befunde und die Zusatzdaten aus der zerebralen Bildgebung nicht für die Attestierung einer HIV-assoziierten oder andersartigen Enzephalopathie aus. Die notwendige Alkoholkarenz und leitliniengerechte HIV-Therapie seien der Versicherten medizinisch gut zumutbar, stünden in ihrem Gesundheitsinteresse, dürften im Sinne der Schadenvermeidung erwartet werden und seien geeignet, die Arbeitsfähigkeit langfristig stabil zu halten (S. 33 f.). Auch im Haushalt bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 39).

Die neurologische Untersuchung habe keinen Anhalt für eine die Arbeitsfähigkeit mindernde Läsion im Bereich des zentralen oder peripheren Nervensystems, insbesondere keinen Anhalt für eine HIV-assoziierte Erkrankung ergeben. Anamnestisch werde berichtet, dass die Begutachtete transient die rechte Hand nicht nutzen könne. Es würden Kopfschmerzen bei Nahrungskarenz und eine allgemeine Kraftlosigkeit mit Sturzereignissen geschildert. Für epileptische Anfallsereignisse ergebe sich anamnestisch kein ausreichender Anhalt. Es bestehe eine eingeschränkte Beweglichkeit des rechten Kleinfingers, die nicht alltagsrelevant sei und keine Minderung der Arbeitsfähigkeit begründe. Der neurologische Befund sei ohne Anhalt für eine namhafte nervale Läsion, es ergebe sich auch kein ausreichender klinischer Anhalt für eine die Arbeitsfähigkeit mindernde kognitive Einschränkung. Bei aktendokumentiertem Kopfschmerzsyndrom würden aktuell keine klinisch relevanten und insbesondere auch keine die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Kopfschmerzen geschildert. Für eine HIV-Enzephalopathie bestehe kein

Anhalt. Kognitive Störungen seien nicht objektiviert und Hinweise für eine bei dieser Diagnose zu fordernde rasche Progredienz lägen nicht vor. Die im Rahmen der aktuellen Begutachtung durchgeführte zerebrale Magnet resonanztomographie zeige keine namhaften Strukturauffälligkeiten, insbesondere auch keine Läsion im Hippocampus. Zusammengefasst bestehe aus neurologischer Sicht keine Minderung der Arbeitsfähigkeit (S. 22 f.).

Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung habe die Versicherte vorrangig Schlafstörungen geschildert. Depressive Hauptsymptome seien nicht genannt worden. Insgesamt sei der Beschwerdevortrag vage und ausweichend geblieben. Bei der vertieften psychiatrischen Exploration liessen sich ungerichtete Ängste und Befürchtungen, fraglich paranoid anmutend, erfragen. So verstecke sie sich vor Leuten, weil sie Angst habe, dass sie gegen sie seien oder es nicht gut mit ihr meinten. Eher zusammenhanglos würden auch Misshandlungsereignisse berichtet, ohne dass hier handelnde Personen konkretisiert würden. Die Darstellung bleibe sehr vage. In diesem Zusammenhang äussere die Versicherte einmalig, da spreche immer jemand. Die konkreten Nachfragen nach inhaltlichen Denkstörungen, Ich-Störungen und Sinnestäuschungen würden aber jeweils von der Versicherten verneint. Im weiteren Befund seien eine Antwortlatenz, Daneben reden und ein ausweichendes Antwortverhalten auffällig. Die formalen Parameter der Kognition seien jedoch nicht als gestört anzusehen. Eine

depressive Verstimmung liege nicht vor. In der Zusammenschau der vorliegenden Unterlagen, von Anamnese und Befunden sei keine psychiatrische Diagnose mit ausreichend wahrscheinlichem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen. Eine blande verlaufende Psychose sei allenfalls als möglich anzusehen. Die klinischen Kriterien einer namhaften kognitiven Störung seien nicht erfüllt. Ein depressives Syndrom liege bei Fehlen der Achsensymptome nicht vor. Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung, eine Suchterkrankung, eine Angsterkrankung oder eine Traumafolgestörung fänden sich nicht in den Akten, der Anamnese sowie dem hiesigen Befund (S. 28 f.).

Der klinische kognitive Befund der neuropsychologischen Untersuchung sei ohne ausreichenden Anhalt für eine hirnorganische Störung. Die Achsenkriterien einer solchen Störung seien nicht erfüllt. Auch aktenkundig sei keine enzephalische Erkrankung belegt worden. Aufgrund der erheblichen Sprachbarriere und der nicht europäischen kulturellen Abstammung sei die auf die deutschsprachige Schweiz normierte, psychometrische Testung nicht valide durchführ- oder auswertbar. Das Instruktionsverständnis sei zwar mit Hilfe der Dolmetscherin grob gegeben gewesen, habe aber bereits eine erhebliche Verzögerung und einen vermehrten Erklärungsbedarf gezeigt, wobei auch die Mitarbeitsbereitschaft zweifelhaft geblieben sei, da die klinischen kognitiven Kriterien keine namhafte Abweichung gezeigt hätten. Somit seien falsch-pathologische Verzögerungen und weitere formal nicht normale Befunde zu erwarten und keine aus reichend stabile Testsituation gegeben gewesen. Nach klinischen

Kriterien führe die Beschwerdeführerin ein aktives und selbständiges Leben und wünsche sich eine bessere finanzielle Absicherung. Dies und der hiesige klinische Eindruck seien mit einer behinderungsrelevanten, hirnorganisch bedingten kognitiven Leistungsminderung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nicht vereinbar (S. 32 f.).

Das A.\_\_\_\_-Gutachten aus dem Jahr 2013 sei bereits aus formalen Gründen versicherungsmedizinisch nicht haltbar. Die Vorgutachter stellten lediglich Verdachts

diagnosen. Versicherungsmedizinisch sei jedoch eine überwiegend wahrscheinliche Gesundheitsstörung zu fordern. Eine Verdachtsdiagnose repräsentiere lediglich eine mögliche Gesundheitsstörung. Weiter konstatierten die Vorgutachter eine mangelhafte Compliance/Mitarbeit der Versicherten, was selbstverständlich auch zu einem kritischen Hinterfragen des für die Vorgutachter formal auffälligen klinischen Eindrucks hätte führen müssen. Dies gelte insbesondere auch für die testpsychologischen Verfahren, da diese bekanntlich vollständig von der Mitarbeitsbereitschaft der untersuchten Person abhängig seien. Eine diesbezügliche kritische Diskussion lasse sich dem Vorgutachten nicht entnehmen. Weiter sei die biologische Plausibilität einer verdachtsweise unterstellten HIV-Enzephalopathie unzureichend kritisch geprüft beziehungsweise hinterfragt worden. Keiner der den Vorgutachtern zur Verfügung stehenden apparativen Zustandsbefunde erlaube dabei tatsächlich die definitive Annahme einer namhaften Enzephalopathie. Allenfalls hätte man hier klinische und apparative Verlaufuntersuchungen empfehlen können. Die jetzige zerebrale Bildgebung weist in der Tat gar keine Enzephalopathie aus und der hiesige klinische Befund ergebe keinen Anhalt für eine prozesshaft voranschreitende HIV-assoziierte oder andere Enzephalopathie, was jedoch zu fordern wäre. auch der psychiatrische Vorgutachter attestiere keine eigenständige depressive Episode. Die Vorgutachter hätten sich also in ihrer Einschätzung zumindest ebenso gut von einer bewusstseinsnahen demonstrativen Begehrenshaltung der Versicherten fehlleitend lassen können (S. 34- 36). 3.6

Die von den Gutachtern der B.\_\_\_\_ veranlasste magnetresonanztomographische Untersuchung des Gehirns ergab gemäss Bericht der G.\_\_\_\_, vom 6. November 2014 (Urk. 8/80/47) eine wesentliche Zahl von nicht auswertbaren Messungen infolge erheblicher Bewegungsartefakte. Deswegen sei auf das U-Protokoll für nicht-kooperative Patienten gewechselt worden, das der klinischen Fragestellung nur eingeschränkt Rechnung tragen könne. Soweit beurteilbar bestehe kein Nachweis einer HIV-Enzephalopathie, zumal eine eindeutige Leukenzephalopathie oder Atrophie fehle. Es bestehe keine progressive multifokale Leukoenzephalopathie (PML).

Zum Vorbefund einer diskreten Hyperintensität im Gyrus

hippocampalis links vom Dezember 2012 wurde festgehalten, dass Signalanhebungen im Hippocampus typisch in FLAIR-Messungen und auch aktuell nicht als Pathologie objektivierbar seien. 3.7

Am 6. Oktober 2015 unterzog sich die Beschwerdeführerin im D.\_\_\_\_, Klinik E.\_\_\_\_, einer erneuten neuropsychologischen Untersuchung. Im Bericht vom gleichen Tag (Urk. 8/101) wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1): 1. Ausgeprägte kognitive Minderleistung unklarer Ätiologie ED 12/10 - St.

n. neuropsychologischer Abklärung 12/10: unklarer Symptombeginn, möglicherweise

Entwicklungsstörung - MRT 12/10 ( D.\_\_\_\_ ): Diskrete Hyperintensität Gyrus / Hippocampusformation

parahippocampalis links > rechts. DD limbische Enzephalitis? Postiktale Veränderung? Verlaufskontrolle diesbezüglich empfohlen. - MRT 11/14 ( H.\_\_\_\_ ): Unkooperative Patientin -> verkürztes Messprotokoll, teils verwackelt. Soweit

beurteilbar kein Nachweis einer HIV-Enzephalopathie, zumal keine eindeutige Leukenzephalopathie oder

Atrophie. Keine PML. - EEG 3/11: keine Epilepsie-typischen Potentiale 2. HIV-1-Infektion CDC Stadium A3, ED 07/98 - Malcomp I anace 3. Depressive Symptomatik 4. Rezidivierende Cephalgien 5. AIN/PEIN II perianal

#### **E. 7**

Abs. 2 ATSG).

#### **E. 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. 11**

h, VIN I

Labium

majus rechts 10

h - LSIL Vulva: Introitus 6 und 9

h, Labium

majus links 2

h - Inkonsequente Aldaratherapie seit 07/2012 - Condyloma

planum hintere Kommissur (Biopsie 10/2012) - VIN I Introitus rechts (Biopsie 05/2012 und 11/2012) - Pap

II 02/2012 - St.

n. Biopsie-Entnahmen vulvär und perianal sowie Lasertherapie Introitus-hintere Kommissur, Labium

majus rechts extern bei 7

h, Labium

majus links extern bei 5

h am 28.11.2012

Laut Bericht ergäben sich schwere Beeinträchtigungen im Lernen von neuen Inhalten, wobei der Abruf auf Basis des Gelernten, das Wiedererkennen aber unauffällig ausfallen. Diese schwere Minderleistung in der Lernfähigkeit werde teilweise durch die mittelschweren attentionalen Minderleistungen erklärt, welche sich in einer deutlich reduzierten basalen Reaktionsfähigkeit, einer verlangsamten kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit mit allerdings ausreichender Belastbarkeit, jedoch leichter Ablenkbarkeit und Ermüdung im Verlauf abzeichnen. Markant sei eine deutliche Beeinträchtigung in der Auffassungsfähigkeit, welche auf die eingeschränkten frontal-exekutiven Leistungen zurückgeführt würden und die über eine allenfalls

vorhandene Intelligenzminderung, etwa im Rahmen einer frühkindlichen Hirnschädigung mit Entwicklungsrückstand, hin aus gehe. Dazu passend fielen eine ungenügende Ideenproduktion, eine reduzierte Umstellfähigkeit sowie eine ebenfalls reduzierte Interferenzkontrolle auf. Auch die motorische Flexibilität sei herabgesetzt. Die visuokonstruktiven Leistungen unterlägen einerseits den exekutiven Planungsschwierigkeiten, liessen sich jedoch zum Teil, wie auch die verminderten Rechenleistungen, auf das tiefe Bildungsniveau zurückführen. Die Patientin wirke leicht affektlabil und ver einzelt inadäquat reagierend. Eine Leistungsminderung aufgrund der affektiven Symptomatik sei vorstellbar, erscheine jedoch nicht vordergründig (S. 4).

In keinem Moment der Verhaltensbeobachtung erwecke die Patientin Hinweise auf Aggravation. Die formal geprüfte Leistungsmotivation erweise sich lediglich in einem von drei Verfahren als grenzwertig. Hier sei das nicht organisch zu erklärende schlechte Abschneiden in einem gedächtnisorientierten Test auf merk samkeits - beziehungsweise motivationsbedingt.

Die beeinträchtigte Lernfähigkeit bei normaler Speicherung des Gelernten lasse sich mit der bildgebend abgeklärten diskreten hypertensen Veränderung im Gyrus

parahippocampalis /

Hippocampusformation links vereinbaren. Eine HIV-assozierte Beeinträchtigung aufgrund der weiteren schwer verminderten exekutiven Funktionsbereiche bei eingeschränkten autonomen Alltagsfunktionen in finanziellen Angelegenheiten und medikamentöser Malcompliance lasse zusätzlich an eine HIV-assozierte neurokognitive Einschränkung denken. Im letzten extern durchgeführten cMRI vom November 2014 hätten die hippocampalen Veränderungen bei einem verkürzten Messprotokoll bei unkooperativer Patientin allerdings nicht erhoben werden können. Im Vergleich zur letzten hausinternen neuropsychologischen Untersuchung im Dezember 2010 finde sich ein stabiles kognitives Leistungsprofil auf tiefem Niveau, bei leicht verbesserter affektiver Symptomatik im klinischen Eindruck. Ein Vergleich zur letzten neuropsychologischen Untersuchung vom 6. März 2015 in der B.\_\_\_\_ sei anhand der damals angeblich nicht verwertbaren Ergebnisse nicht möglich beziehungsweise nicht sinnvoll (S. 4 f.).

Abschliessend gaben die berichtenden Fachleute an, aus neurologischer Sicht sähen sie die Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt unverändert als nicht gegeben an (S. 5). 3.8

Am 1. November 2015 nahm Prof. Dr. phil. I.\_\_\_\_, Abteilungsleiter Neuropsychologie D.\_\_\_\_, der den Bericht über die neuropsychologische Untersuchung vom 6. Oktober 2015 (E. 3. 7) visiert hatte, zu der in der B.\_\_\_\_ erfolgten neuropsychologischen Untersuchung Stellung (Urk. 15/102/6-7). Einerseits stellte er die Vollständigkeit der Untersuchung in Frage, weil eine eigentliche Testung angesichts der Sprachbarriere und der nicht europäischen Abstammung der Beschwerdeführerin offenbar nicht durchführbar oder auswertbar gewesen sei. Andererseits wies er auf Fehler beziehungsweise Mängel des Berichts hin. So sei es im vorliegenden Fall neuropsychologisch nicht sinnvoll, die beobachtete Verlangsamung generell einem tiefen Bildungsstand zuzuschreiben. In der Untersuchung vom 6. Oktober 2015 sei für einige temporelevante Aufgaben eine Verlangsamung gefunden worden, für andere aber nicht. Weiter gehe aus dem Gutachten der B.\_\_\_\_ nicht hervor, inwieweit bei der Anzweiflung der Mitarbeitsbereitschaft zwischen Kooperationsbereitschaft und Kooperationsfähigkeit unterschieden worden sei. Schliesslich lasse das Fehlen jeglicher Symptomvalidierungsverfahren vermuten, dass die

im Gutachten angegebene Beurteilung nicht auf testpsychologischer Grundlage, sondern auf dem Eindruck der Untersucherin im Rahmen eines Übersetzer-vermittelten Gesprächs mit der Versicherten beruht habe. 3.9

Dr. C. \_\_\_ nannte in ihrem Gutachten vom 31. Oktober 2018 (Urk. 21) als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine schizophreniforme Psychose (ICD-10 F20.8) sowie als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit Cannabis Konsum, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F12.1), Probleme mit der primären Bezugsgruppe, Familienzerrüttung (ICD-10 Z63.5) und eine HIV-Infektion mit Erstdiagnose im Jahr 1998 (S. 37).

Dr. C. \_\_\_ führte dazu aus, es ergebe sich das klare und letztlich widerspruchsfreie Bild eines Menschen, dessen Zustand geprägt sei von zeitübergreifender Störung des Denkens, der Zielstrebigkeit, affektiver Veränderung mit Verflachung der Affektivität bei gleichzeitiger Kritiklosigkeit, inadäquatem Verhalten und äusserem Auftreten, Vernachlässigung sozialer Verpflichtungen und Selbstfürsorge sowie intermittierenden Wahnvorstellungen und Halluzinationen. Damit seien die Diagnosekriterien einer schizophreniformen Psychose erfüllt. Aus Gründen dieses Störungsbildes vernachlässige die Beschwerdeführerin zeitübergreifend soziale, berufliche und gesundheitsrelevante Aspekte des Lebens. Die Kernsymptome seien seit Jahren die Störung des Denkens und der Affektivität, sowie ein Verlust der zielstrebigsten Selbststeuerung, die dem Selbsterhalt dienlich ist. Damit weise die schizophreniforme Psychose die Charakteristika einer hebephrenen oder desintegrativen Schizophrenie auf, die aber aus formalen Gründen nicht diagnostiziert werden dürfe (S. 37).

Weiter berichtete Dr. C. \_\_\_ , bei ausschliesslicher Betrachtung der symptomatischen Krankheitsentwicklung über die letzten aktenkundigen acht Jahre sei ein dauerhafter und über die Jahre sogar leicht akzentuierter Zustand von Vernachlässigung der vital wichtigen Selbstfürsorge, ein Verlust der zielgerichteten Selbststeuerung mit aktiver Planung des materiellen und persönlichen Fortkommens und Verlust des formal und inhaltlich geordneten Denkens - eine Voraussetzung für die Erledigung der eigenen administrativen Verpflichtungen - feststellbar. Die bereits im B. \_\_\_

Gutachten dokumentierte Wahnhaftigkeit sei auch anlässlich der aktuellen Untersuchung wieder als floride zu erkennen gewesen. Die Wahndynamik sei aber so moderat, dass die Beschwerdeführerin ihr Wahnerleben erst auf Nachfrage preisgebe und nicht bereits spontan kundtue, wie dies bei aktiverer Wahndynamik zu erwarten wäre. Bei gleichzeitig inadäquatem Affekt mit verflachten und/oder vergrößerten Affekten, der die Grundlage des ans kritiklose grenzenden Eingehens von Beziehungen darstelle, bestehe an der Diagnose einer hebephrenen Schizophrenie im Prinzip wenig Zweifel. Vor dem Hintergrund der seit Jahrzehnten bekannten HIV-Infektion, deren zerebrale Mitbeteiligung in der Gestalt eines HAND, einer organischen Ursache der Psychose, nicht vollständig ausgeschlossen werden könne, dürfe eine desintegrative oder hebephrene Schizophrenie nach ICD-10 aus formalen Gründen nicht diagnostiziert werden, auch wenn die symptomatischen Diagnosekriterien erfüllt seien (S. 37 f.).

Ferner stellte Dr. C. \_\_\_ fest, die Beschwerdeführerin habe als zentralen auf fälligen kognitiven Befund ein massiv aufgelockertes Zeitraster gezeigt. Jahreszahlen, zeitliche Abläufe und logische Abfolgen entlang

der Lebensachse seien von ihr immer wieder durcheinandergebracht worden. Die

Gedächtnisleistung sei auch immer wieder auffällig aus gefallen , streckenweise hätten die eigenanamnestischen Angaben geradezu konfabulatorisch gewirkt (z.B. aktuell den [erwachsenen, sic! ]

Kindern in der Pause beim Spielen zusehen). Anderorts

sei spür- und sichtbar gewesen, dass sie eine Frage als unangenehm erlebte, was sie zum Schweigen und Abwenden des Gesichts bewegt habe ( dieses Verhalten habe sie als kulturell bedingter Versuch einer Asiatin , einer

unangenehmen Frage ausweichen zu wollen ohne die fragende Person mit einer ausgesprochenen Verweigerung zu brüskieren , interpretiert ) . Die Beschwerdeführerin sei gegenüber ihren für sie offensichtlichen Widersprüchen in ihren Angaben

kritiklos. Die Zuordnung des Symptoms der Kritiklosigkeit sei bezüglich Ursache sowohl zu

einer organischen Beeinträchtigung der Hirnleistung, als auch zur schizophreniformen Störung

möglich (S. 39) .

Dr. C.\_\_\_\_

führte weiter aus , es sei aufgrund der Kommunikationseinschränkungen weder zulässig , eine verminderte, noch eine normale Intelligenz zu diagnostizieren. Eine Minderintelligenz könne weder belegt noch ausgeschlossen werden (S. 40).

Eine depressive Grundstimmung habe nicht festgestellt werden können. Auch hätten keine Hinweise auf eine eigenständige Angsterkrankung gefunden werden können. Die Diagnose einer dissozialen Persönlichkeitsstörung sei nicht zu stellen. Eine eingehende Klärung des betriebenen Cannabiskonsumes sei leider nicht möglich gewesen. Die Schlussfolgerung hingegen, dass sämtliche psychischen Probleme und Befunde dem Konsum von Cannabis geschuldet seien, sei nicht zulässig. Zu massiv sei die Befundlage, welche die schizophreniforme Psychose begründe, als dass sie allein durch Cannabiskonsum verursacht sein könnte (S. 41).

Zur Konsistenz erklärte Dr. C.\_\_\_\_ , einerseits beklage die Beschwerdeführerin kaum Beschwerden, andererseits zeige sie sehr ausgeprägte Krankheits Symptome , deren sie sich offensichtlich nicht gewahr sei . Trotz der Buntheit der Krankheits Symptome hätten sich mehrere objektive Kernsymptome herausarbeiten lassen (zerfahrenes Denken, Veränderung der Affektivität, Wahnhaftigkeit, Antriebsstörung, Verlust der übergeordneten Selbststeuerung, Störung des Zeitrasters), die eine Einschätzung ermöglichten. Die chaotische Anamneseerhebung mit fehlerhaften Angaben selbst zu überlerten Jahreszahlen und Inhalten, die bei oberflächlicher Betrachtung leicht als nicht-authentische Symptomenpräsentation hätten verkannt werden können, hätten sich nach längerer Exploration und Studium der Akten als konstanter schwerwiegender Befund erwiesen. Das letztlich unkooperative und potentiell selbstschädigende Verhalten decke sich mit dem ebenfalls stark selbstschädigenden Verhalten durch die fehlende Inanspruchnahme der antiretroviralen Therapie im Zusammenhang mit ihrer erworbenen Immunschwäche. Es handle sich beim Verhalten der Beschwerdeführerin um ein aus psychischen Gründen krankheitsbedingtes selbstschädigendes Verhalten, welches mit der

gestellten Diagnose einer schizophreniformen Psychose mühelos erklärbar sei. Das über praktisch alle Lebensbereiche konstante tiefe Leistungsniveau stütze die Einschätzung, dass bei der Symptomenpräsentation keine Diskrepanzen vorlägen (S. 42).

Hinsichtlich einer Prognose führte Dr. C.\_\_\_\_ aus, im Fall der Beschwerdeführerin liege bereits ein chronischer Zustand vor. Psychosen hebephrener oder desintegrativer Ausprägung, wie sie bei ihr festgestellt worden seien, hätten unter den Psychosen die ungünstigste Prognose (S. 45).

Zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin führte Dr. C.\_\_\_\_

aus, diese sei aus Gründen gesundheitlicher Einschränkungen seitens der Psyche zu 100 % arbeitsunfähig. Es lägen gesundheitlich begründete Einschränkungen arbeitsrelevanter psychischer Funktionen vor, die teilweise erheblichen Grades seien (S. 46). Das psychische Leiden habe es ihr mindestens seit 2010 nicht erlaubt, eine Arbeitsfähigkeit umzusetzen. Auch wenn die Diagnose erst jetzt gestellt worden sei, so seien die Befundbeschreibungen und Probleme aus der Vergangenheit im Wesentlichen übereinstimmend mit dem aktuellen Befund und den aktuellen Defiziten (S. 48).

Überdies setzte sich Dr. C.\_\_\_\_ unter anderem mit dem B.\_\_\_\_-Gutachten auseinander und führte diesbezüglich aus, die Widersprüche im Gutachten seien zahlreich. Nicht nachvollziehbar sei die fehlende diagnostische Würdigung der paranoiden Symptomangabe der Beschwerdeführerin. Im Gutachten fehlende Auseinandersetzung mit offensichtlich pathologischen Befunden und

die konsequente Bereitschaft, Angaben von einem hohen Funktionsniveau im Alltag durch die Beschwerdeführerin als bare Münze zu nehmen, werfe die Frage auf, ob hier überhaupt

begutachtet worden sei (S. 49 f.). 4.

4.1

Die

allgemeininternistischen

und neurologischen Teilgutachten von med. pract. J.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ vom B.\_\_\_\_

(E. 3.5) beruhen auf den erforderlichen Untersuchungen, sind für die streitigen Belange umfassend und wurden in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorakten erstellt. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar, beurteilten die medizinische Situation überzeugend und setzten sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander.

Med. pract. J.\_\_\_\_ zeigte - gestützt auf ihre klinische Untersuchung sowie die erhobenen Laborwerte

-

schlüssig auf, dass der erhobene Befund ohne Anhalt für eine namhafte internistische Gesundheitsstörung ist.

Die durchgemachten Hepatitis-A/B-Infektionen sind ausgeheilt und Anzeichen für eine aktive AIDS-Erkrankung bei belegter HIV-Positivität fehlen (vgl. Urk. 8/80 S. 16). Dies steht in Einklang mit den vorliegenden Akten. Namentlich wurde im Bericht der Klinik

F. \_\_\_ des D. \_\_\_ vom 23. März 2013 (E. 3.2 ; vgl. auch E. 3.3 ) darauf hingewiesen, dass aus infektiologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit besteht .

Ebenso legte Dr. K. \_\_\_ plausibel dar , dass aus neurologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Insbesondere zeigte er auf, dass der Befund keinen Anhalt für namhafte nervale Läsionen ergab, kein Hinweis auf eine HIV-Enzephalopathie bestand und eine kognitive Störung nicht objektiviert werden konnte . Das im Rahmen der B. \_\_\_ -Begutachtung durchgeführte zerebrale MRI zeigte auch keine namhaften Strukturauffälligkeiten, insbesondere keine Läsion im Hippocampus (Urk. 8/80 S. 22 ; vgl. auch E. 3.6 ).

Die Gutachter gelangten sodann zum ausführlich begründeten und nachvollziehbaren Schluss, dass die Beschwerdeführer in

sowohl aus allgemeinmedizinischer als auch aus neurologischer Sicht in angestammter und angepasster Tätigkeit arbeitsfähig ist. Eine organische Ursache für die kognitiven Einschränkungen konnte nicht nachgewiesen werden. Was die zahlreichen neuropsychologischen Untersuchungen angeht – und aufgrund welcher Arbeitsunfähigkeiten ausgewiesen wurden (vgl. E. 3.1 und E. 3.7 ) - ist auf den Umstand hinzuweisen, dass es sich bei der Neuropsychologie um eine Hilfswissenschaft handelt , die letztendlich die Ätiologie und die invalidisierende Wirkung einer gefundenen Pathologie nicht für sich alleine beurteilen kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_444/2015 vom 14. Oktober 2015 E. 4.4) . Zwischen psychologischen Problemen und neuropsychologischen kognitiven Leistungen können Wechselbeziehungen bestehen. Bei auffälligen Testwerten kann deshalb nicht ohne weiteres auf eine traumatisch bedingte organische Folge geschlossen werden.

Die Ursache der kognitiven Beeinträchtigungen kann auch psychisch bedingt sein. Bildgeben konnte keine organische Hirnschädigung nachgewiesen werden . Ebenso wenig wurde eine

neuronale Schädigung nachgewiesen (vgl. E. 3.5-6).

Die allgemeininternistischen und neurologischen Teilgutachten

von med. pract . J. \_\_\_ und Dr. K. \_\_\_

entsprechen damit den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (E. 1.5). Diese

wurden von den Parteien denn auch nicht bestritten. Auf die Teilgutachten ist damit abzustellen. 4.2 4.2.1

Das psychiatrische Gutachten von Dr. C. \_\_\_ vom 31. Oktober 2018 (E. 3.9 ) beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen – was bei einer psychiatrischen klinischen Untersuchung eine Anamneseerhebung ( biographisch Urk. 21 S. 26 f., beruflich S. 27 f., gesundheitlich S. 28 f., sozial S. 29, Noxen S. 29 f. ,

Behandlung S. 30 und Fremdauskünfte S. 31 ), Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (vgl. S. 33-35 ; sowie Laboruntersuchung S. 8 ) umfasst (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2) - wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet (S. 8 - 25 und S.

49 f. ), berücksichtigt die geklagten Beschwerden ( S. 32 ) und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander (S. 37-42 ).

Dr. C.\_\_\_\_ hat die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerung nachvollziehbar begründet.

Sie

zeigte schlüssig auf, dass die Beschwerdeführerin bei eindeutig erhobenem Befund wegen der schizophrenieformen Psychose durch die Störung des formalen Denkens in Auffassung, Einschätzung von Sachverhalten und Personen sowie in ihrer Ausdrucksfähigkeit massiv und ihre motivationale Leistungsfähigkeit durch den Verlust der Zielstrebigkeit und des Antriebs erheblich eingeschränkt ist.

Ebenso legte sie

plausibel dar, dass die Interaktionsfähigkeit und die Gesellschaftsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch den abgeflachten und vergrößerten Affekt und das inadäquate äussere Erscheinungsbild zusätzlich eingeschränkt sind sowie dass ihr massiv aufgelockertes Zeitraster im Alltag einer Störung des Gedächtnisses gleich kommt. Weiter begründete Dr. C.\_\_\_\_

überzeugend, dass die Beschwerdeführerin aus fehlender Zielstrebigkeit, welche mitunter auch die kurzfristige Selbststeuerung verunmöglicht, in höherem Masse unzuverlässig und auf der Handlungsebene unberechenbar

ist. Ferner zeigte

sie

nachvollziehbar auf, dass das psychotische Erleben (Wahnhaftigkeit und Halluzinationen) und die Denkstörungen der willentlichen Selbststeuerung der ungestörten Handlungsplanung und -ausführung

zuwiderlaufen

und somit in der Gesamtschau der Einschränkungen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorliegt (vgl. S. 46).

Die klinische Untersuchung untermauerte Dr. C.\_\_\_\_

zudem mit einem MINI-ICF-APP-Test, dessen Ergebnisse sich mit der klinischen Untersuchung deckten (S. 46-48). Damit entspricht die Expertise von Dr. C.\_\_\_\_

den bundesgerichtlichen Vorgaben an ein beweiskräftiges Gutachten (E. 1.5). 4.2.2

Im gleichen Sinne waren auch die Ärzte der Klinik E.\_\_\_\_ des D.\_\_\_\_ im Dezember 2010 und im Oktober 2015 (E. 3.1 und E. 3.7) sowie der psychiatrische Teilgutachter des A.\_\_\_\_ im Jahr 2013 von einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin ausgegangen. 4.2.3

Einzig die neuropsychologischen und psychiatrischen B.\_\_\_\_-Gutachter gelangten zu einem anderen Ergebnis und sahen die Beschwerdeführerin als zu 100%ig arbeitsfähig an. Deren Einschätzungen vermögen jedoch nicht zu überzeugen.

So liegt der neuropsychologischen Expertise der B.\_\_\_\_ im Gegensatz zu m

Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ oder dem Bericht der Klinik E.\_\_\_\_ des D.\_\_\_\_ keine neuropsychologische Testung zu Grunde. Die neuropsychologische Untersuchung der B.\_\_\_\_ beruht einzig auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin. Widersprüche

in Angaben wurden jedoch keine Beachtung geschenkt respektive wurde diesen nicht nachgegangen. Eine Auseinandersetzung mit den früheren, eindeutig schlechteren Resultaten den neuro psychologischen Untersuchungen in der Klinik E.\_\_\_\_ des D.\_\_\_\_ wurde nicht vorgenommen (vgl. Urk. 8/80 S. 29-33; vgl. dazu auch die Kritik von Prof. Dr. phil. I.\_\_\_\_ E. 3. 8).

Ebenso wenig vermag das psychiatrische Teilgutachten der B.\_\_\_\_ das Gerichtsgutachten in Frage zu stellen.

Das Teilgutachten erscheint in sich nicht stimmig und offensichtliche Widersprüche werden nicht aufgeklärt sowie Diskrepanzen in den Angaben der Beschwerdeführerin gegenüber den verschiedenen Teilgutachtern nicht diskutiert. Beispielsweise wird in der Befunderhebung unter dem Titel Befürchtungen und Zwänge angegeben, es lägen keine Ängste oder Befürchtungen vor, jedoch wird in der Beurteilung aufgeführt, dass sich ungerichtete Ängste und Befürchtungen erfragen liessen, welche paranoid anmuteten (vgl. Urk. 8/80 S. 27 unten, S. 28 f.). Ebenfalls wird in der Befunderhebung angegeben, ein wahnhaftes Geschehen lasse sich nicht sicher herausarbeiten, wogegen in der Beurteilung angegeben wird, dass sich die Beschwerdeführerin vor Leuten verstecke, weil sie Angst habe, dass sie gegen sie seien oder es mit ihr nicht gut meinten und die Beschwerdeführerin angegeben habe «da spricht immer jemand» (vgl. Urk. 8/80 S. 28 oben und S. 29). An einer nachvollziehbaren Erklärung oder einem Erklärungsversuch für die angesprochenen Ängste, paranoiden Züge, ausweichenden, inkohärenten und zum Teil wirr anmutenden Angaben und Antworten der Beschwerdeführerin gegenüber allen B.\_\_\_\_-Gutachtern mangelt es im psychiatrischen Teilgutachten ebenso wie an einer Auseinandersetzung mit dem psychiatrischen Teilgutachten des A.\_\_\_\_ oder den eindeutigen neuropsychologischen Erhebungen durch die Klinik E.\_\_\_\_ des D.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 8/80 S. 23-29). 4.2.4

Nach dem Gesagten kann auf das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_

abgestellt werden. Dieses wurde im Übrigen

auch von den Parteien nicht in Frage gestellt (vgl. Urk. 24 - 25 und

Urk. 29 -30). 4. 3 4.3 .1

Aus somatischer Sicht bestehen bei der Beschwerdeführerin keine mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesene Einschränkungen ihrer Leistungsfähigkeit (vgl. E. 4.1). 4.3 .2

Aus psychiatrischer Sicht ist die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer schizophrenen Psychose seit mindestens dem Jahr 2010 in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht jedoch, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und E. 7). Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). Das Bundesgericht hat das strukturierte Beweisverfahren anhand von Standardindikatoren 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)

Nachfolgend ist daher eine Prüfung der funktionellen Auswirkungen der psychischen Leiden der Beschwerdeführerin anhand des strukturierten Beweisverfahrens vorzunehmen.

Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» ergibt sich, dass

die Beschwerdeführerin unter einer chronifizierten schizophrenen Psychose hebephrener oder desintegrogrativer Ausprägung

mit zahlreichen massiven krankheitsbedingten schweren Beeinträchtigungen leidet (vgl. E. 3.9, E. 4.2.1 und Urk. 21 S. 45-48). Betreffend

Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz ergibt sich aus dem Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_, dass es der Beschwerdeführerin krankheitsbedingt an Krankheitseinsicht mangelt. Eine psychiatrische Behandlung erfolgte bis anhin nicht, wobei von einer solchen auch keine Zustandsverbesserung erwartet werden dürfte, welche das Wiedererlangen einer ganzen oder teilweisen Arbeitsfähigkeit wahrscheinlich machen würde (vgl. Urk. 21 S. 44). Eingliederungsversuche wurden bis anhin nicht unternommen. Komorbiditäten bestehen bezüglich

der sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden Erkrankungen (insbesondere der HIV-Infektion).

Hinsichtlich des Komplexes der «Persönlichkeit» ist zu bemerken, dass die Beschwerdeführerin unter einer chronifizierten schizophrenen Psychose leidet. Diese äussert sich unter anderem durch Störung des formalen Denkens, der motivationalen Leistungsfähigkeit, den abgeflachten und vergrößerten Affekt und Denkstörungen der willentlichen Selbststeuerung (vgl. E.

4.2.1). Damit liegt ein strukturelles Defizit im Sinne einer eigentlichen Persönlichkeitsproblematik vor, welches im Rahmen der Ressourcenprüfung negativ ins Gewicht fällt.

In Bezug auf den Komplex «Sozialer Kontext» lässt sich ausführen, dass die Beschwerdeführerin in einer Wohngemeinschaft mit einem ehemaligen Partner in einer 3-Zimmerwohnung wohnt, wobei dieser seit Monaten abwesend ist. Einen Partner hat sie nicht, jedoch ein paar thailändische Freundinnen. Von ihrem Ehemann, mit welchem sie zwei 1998 und 2003 geborene Söhne hat, lebt sie getrennt. Gemäss eigenen, jedoch widersprüchlichen Angaben, hat sie ihre Söhne zuletzt vor einem halben Jahr oder zwei Monaten gesehen und pflegt mit diesen einen regelmässigen oder seltenen Kontakt (vgl. Urk. 8/8 S. 2 und Urk. 21 S. 27 und S. 29). Die Beschwerdeführerin ist zudem seit 2010 verbeiständet (vgl. Urk. 8/2). Die zwischenmenschlichen Beziehungen der Beschwerdeführerin zeigen sich durchs Band als schwierig und konfliktbeladen (Urk. 8/96). Damit enthält der Lebenskontext der Beschwerdeführerin in sozialer Hinsicht vorwiegend sich negativ auf ihre Ressourcen auswirkende Faktoren.

Was die Kategorie «Konsistenz» anbelangt, ist zu bemerken, dass die Beschwerdeführerin krankheitsbedingt soziale, berufliche und gesundheitsrelevante Aspekte vernachlässigt. Ihr

Zimmer ist de facto unbewohnbar. Diskrepanzen zu allen übrigen Lebensbereichen bestehen keine (vgl. Urk. 21 S. 29, S. 37, S. 40 und S. 42).

Dies spricht für eine massgebliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit in sämtlichen Lebensbereichen.

Bezüglich des behandlungs- und eingliederung sanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks ist zu bemerken, dass die Beschwerdeführerin einen gewissen psychischen Leidensdruck verspürt, den sie aber wahnhaft erklärt und ausschliesslich auf der Körperebene wahrnimmt. Ein psychisches Krankheitsgefühl hat sie nicht. Krankheitsbedingt mangelt es ihr an

einer Krankheitseinsicht (vgl. Urk. 21 S. 44).

Zusammenfassend besteht bei gesamthafter Betrachtung über die massgeblichen Indikatoren und insbesondere mit Blick auf die gleichmässige Einschränkung des Aktivitätensniveaus - in Einklang mit Dr. C.\_\_\_\_s Gutachten (vgl. E.

3.9) - eine relevante Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit aufgrund der schizophreniformen Psychose von 100 % in jeglicher Tätigkeit seit spätestens 2010.

#### 5.5.1

Umstritten ist vorliegend der Status der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 24 und Urk. 30). Die

Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. 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. 2.3 und E. 2.4).

Nach dem die Beschwerdegegnerin die Statusqualifikation der Beschwerdeführerin zuerst offen gelassen hatte (vgl. Urk. 8/83 S. 9), qualifizierte sie diese gemäss Feststellungsblatt vom 26. April 2016 (Urk. 8/104 S. 2) zunächst selbst als voll erwerbstätig, um aber nach erfolgter Begutachtung durch Dr. C.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 7. Dezember 2018 (Urk. 24) einzuwenden, dass die Haushaltsführung der Beschwerdeführerin nicht eingeschränkt, diese nie in relevanter Weise arbeitstätig gewesen sei und im Jahr 2013 hinsichtlich einer Aufnahme einer Arbeitstätigkeit erklärt habe, die Arbeit gefalle ihr nicht und diese sei als zu anstrengend empfunden worden. Darauf wandte die Beschwerdeführerin ein, die Frage nach einer allfälligen Einschränkung im Haushalt sei gar nicht relevant. Sie habe seit ihrer Einreise in die Schweiz gearbeitet und es sei medizinisch dokumentiert, dass sie kognitiv eingeschränkt sei und folglich ihre Aussagen diesbezüglich irrelevant oder zumindest fraglich seien. Zudem lasse sich mit dem Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_

nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit begründen, dass keine Einschränkung im Haushalt bestehe (Urk. 30).

Die Beschwerdeführerin hat keine Pflege oder Betreuung von Angehörigen mehr zu übernehmen (ihre Söhne leben beim Vater).

Ihre wohl krankheitsbedingt gescheiterten Arbeitsversuche und der Umstand, dass sie früher wohl auch tatsächlich in verschiedenen Tätigkeiten arbeitete,

sowie die Tatsache, dass sie in keiner sie finanziell unterstützenden Partnerschaft mehr lebt und einzig mit einem Einkommen der Sozialhilfe auskommen muss (vgl. Urk. 8/57/24-30 S. 3 f., Urk. 8/80 S. 26, Urk. 8/96 S. 1 und S. 3, Urk. 21 S. 29), lassen nur darauf schliessen, dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit einer vollen Erwerbstätigkeit nachgehen würde.

Selbst wenn jedoch von einem Haushaltsanteil ausgegangen würde, wäre dieser genauso durch das psychische Leiden beeinträchtigt. Aus dem Gutachten von Dr. C. \_\_\_ lässt sich nichts anderes ableiten. Vielmehr strich diese die gleichmässige Einschränkung in allen Lebensbereichen heraus. So wies sie beispielsweise explizit daraufhin, dass sie beim Zwoeitgespräch in der Wohnung der Beschwerdeführerin feststellen musste, dass deren Zimmer völlig unordentlich und de facto unbewohnbar war (Urk. 21 S. 40). Darüber hinaus ist die Beschwerdeführerin verbeiständet (vgl. Urk. 8/2). 5.2

Bei dieser Aktenlage erübrigt sich eine eingehende Überprüfung der Vergleichseinkommen, da feststeht, dass die Beschwerdeführerin mindestens seit 2010 in jeglicher Tätigkeit zu 100 % eingeschränkt war und immer noch ist, so dass nach verspäteter Anmeldung und abgelaufener Karenzfrist gemäss Art. 28 in Verbindung mit Art. 29 Abs. 1 und Abs. 3 IVG nach dem März 2012 (Urk. 8/8)

eingegangen er Anmeldung ab 1. September 2012 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 100 % besteht. Die Beschwerde ist folglich gutzuheissen. 6.1

Bei diesem Ergebnis erweist sich das Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Prozessführung als gegenstandslos. 6.2

Im vorliegenden Verfahren geht es um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen, weshalb das Verfahren kostenpflichtig ist. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie von der unterliegenden Beschwerdegegnerin zu tragen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 26. April 2016 aufgehoben und festgestellt, dass die Beschwerdeführerin ab 1. September 2012 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 1

5. 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 des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende  
Die Gerichtsschreiber GräubMüller

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