

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01125 vom 22. März 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-03-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01125

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01125 du 22 mars 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01125 del 22 marzo 2018

Erwägungen

E. 1

Die 1973 geborene X.____, Mutter zweier in den Jahren 1999 und 2000

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 ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2.1

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.2.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz

der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (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

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte 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 (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

E. 2

Dagegen erhob die Versicherte am 13. Oktober 2017 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben respektive das Verfahren sei zu sistieren bis zum Vorliegen einer definitiven Entscheidung im Beschwerdeverfahren gegen die AXA (UV.2016.00295). Der Beschwerdeführerin sei nach erfolgter Entscheidung im Verfahren UV.2016.00295 eine erneute Frist zur Begründung einzuräumen und die Verfahren seien zu vereinigen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 24. November 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 27. November 2017 angezeigt wurde (Urk. 8).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in ihrer ablehnenden Verfügung vom 14. September 2017 (Urk. 2), die Voraussetzungen für die Ausrichtung einer Invalidenrente seien nicht erfüllt. Ein Invaliditätsgrad von 40 % werde nicht erreicht. Hinsichtlich des interdisziplinären

Gutachtens der A.____ vom 19. Januar 2016, in Auftrag gegeben durch die Unfallversicherung, sei festzu stellen, dass die Abklärungen umfangreich und kompetent durchgeführt worden seien. Eine weitere Untersuchung in der Fachrichtung Infektiologie würde keine neuen Erkenntnisse mit sich bringen.

E. 2.2

Demgegenüber brachte die Beschwerdeführerin vor, die objektiv feststellbaren neurofunktionellen Beschwerdebilder hätten im Vergleich zur Anamnese im Nachgang an die Infektion bis zur gutachterlichen Exploration gar keine Änderung erfahren. Das Gutachten sei zu ergänzen durch eine Untersuchung eines Facharztes/ einer Fachärztin der Infektiologie mit Erfahrung im Umgang mit FSME-Infekten. Es könne nicht sein, dass die Kerndisziplin nicht berücksichtigt werde. Damit liege eine Verletzung des rechtlichen Gehörs vor (Urk. 1) . 3.

E. 3

Die Unfallversicherung stellte mit Verfügung vom 16. März 2016 die im Zusammenhang mit dem Unfall ausgerichteten Taggeldleistungen ab dem 4. April 2016 und die Behandlungskosten grundsätzlich ab dem 3. Februar 2016 ein. Die dagegen von der Beschwerdeführerin am 6. April 2016 erhobene Einsprache wies die Unfallversicherung mit Entscheid vom 14. November 2016 ab , wogegen die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 15. Dezember 2016 Beschwerde beim hiesigen Gericht einlegte (Verfahren UV.2016.00295) . Dieses hiess die Beschwerde mit heutigem Urteil in dem Sinne gut, als es die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückwies, damit diese über die Höhe des Taggeldansatzes eine anfechtbare Verfügung erlasse und nach weiteren Abklärungen über den Anspruch auf Dauerleistungen (Invalidenrente und Integritätsentschädigung) verfüge. Im Übrigen (Einstellung der Taggeldleistungen und Heilkostenleistungen) wies es die Beschwerde ab. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Dr. med. B.____ , Oberarzt an der C.____ , Zentrum für Neurore habilitation, attestierte der Beschwerdeführerin in seinem undatierten Bericht an die Beschwerdegegnerin (Eingangsdatum am 16. Februar 2015) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis zum 31. Januar 2015 wegen einer reduzierten psycho physischen Belastbarkeit. Im Hinblick auf den bisherigen positiven Verlauf ging er davon aus, dass die Beschwerdeführerin in Zukunft wieder eine volle Arbeits fähigkeit erzielen werde . Die Beschwerdeführerin befand sich nach der FSME vom 17. Oktober bis am 3. Dezember 2014 zur Neurorehabilitation in der besag ten Klinik (Urk. 7/9).

E. 3.2

Im Bericht von med. pract . D.____ , Fachärztin FMH für Innere Medizin, E.____ , vom 26. Januar 2015 wurde der Beschwerdeführerin ab dem 1. Februar 2015 eine 60%ige Arbeitsfähigkeit attes tiert (Urk. 7/7).

E. 3.3

Dr. med. F.____ , Facharzt FMH für Innere Medizin, welcher die Versicher te ab dem 24. Juni 2015 behandelte, attestierte ihr in seinem Bericht vom 24. Juli 2015 (Urk. 7/15/1-5) ab September 2014 bis Ende Januar 2015 eine 100%ige, vom 1. Februar 2015 bis 31. Mai 2015 eine 40%ige und ab dem 1. Juni 2015 wieder eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Es bestünden chronische Müdigkeit, Konzentrationsstörungen und Kopfschmerzen. Der

ärztliche Befund sei zur Zeit physisch unauffällig.

E. 3.4

Die behandelnde Psychologin lic. phil. G.____ hielt in ihrem Bericht vom 21. August 2015 fest, die Beschwerdeführerin habe seit dem Zeckenbiss nebst somatischen Beschwerden insbesondere kognitive Einbussen im Bereich von Belastbarkeit, Aufmerksamkeit und Konzentration und somit in allen komplexeren Aufnahme-, Verarbeitungs- und Umsetzungsprozessen. Je vielseitiger und komplexer die Reizflut, desto deutlich schneller ermüdbar und in keiner Weise gemäss ihrem ursprünglichen neuropsychologischen Leistungsniveau reaktions- und handlungsfähig sei sie. Nachdem die Beschwerdeführerin seit dem 1. Juli 2015 wieder zu 100 % arbeitsunfähig sei, sei es aus neuropsychologischer Sicht unbedingt ratsam, die geplante berufliche Eingliederung kurz-, mittel und langfristig gegliedert in differenzierten Schritten gemäss ihrem jeweiligen Leistungsniveau anzugehen (Urk. 7/16/6).

E. 3.5

Das interdisziplinäre Gutachten der A.____ vom 19. Januar 2016, im Auftrag der Unfallversicherung erstellt, basiert auf neurologischen, neuropsychologischen und psychiatrischen Untersuchungen (Urk. 7/24). Es wurde die folgende Diagnose gestellt (Urk. 7/24/26): - ICD-10: A84.1 Frühsommer- Meningoenzephalitis

FSME, Erstdiagnose am 29.9.2014 (E.____), mit Akutbehandlung im E.____ vom 29. 9. bis 8.10.2014 und anschliessender

Reha

in

der

C.____

vom 17.10. bis 3.12.2014 aktuell mit/ bei - ohne neurologische Herdbefunde, ohne eigenständiges psychiatrisches Krankheitsbild - mit pseudo-neurasthenischer Residualsymptomatik als wahrscheinliche Folge der FSME, mit leichten neuropsychologischen Defiziten, weiterhin nachweisbarem pathologischem EEG (26.11.2015) bei normalem Grundrhythmus mit mittelschweren Verlangsamungsherden links temporal bis vorne und rechts temporal hinten, z.T. bis zur Mitte - mit Ausbildung einer psychogenen Fehlverarbeitung der initialen FSME-Symptome mit dysfunktionalem Schon- und Meideverhalten Im Gutachten wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin beklage weiterhin Müdigkeit und Erschöpfung, diese Symptome seien immer vorhanden, aber nicht immer gleich stark ausgeprägt. Besonders im Sommer bei Hitze träten sodann gehäuft Krankheitsphasen auf, dann sei sie zirka zwei Wochen pro Monat mit grippeähnlichen Symptomen krank und müsse liegen. Bei kühlerem Wetter gehe es ihr diesbezüglich besser, doch sei sie anfälliger für Erkältungen. Sie sei sodann reduziert belastbar gegenüber Belastungen, Drucksituationen und Terminen. Sie sei auch licht- und lärmempfindlich. Sie müsse immer noch lernen, mit ihren Ressourcen umzugehen und ihre Kräfte einzuteilen. Über die Konzentration könne sie aktuell nicht richtig Auskunft erteilen, denn sie sei im Moment nicht gefordert. Seit Herbst dieses Jahres gehe es aber aufwärts. Nun müsse sie noch belastbarer und stabiler werden, um wieder ins Berufsleben zurückkehren zu können und dem Druck der Arbeitswelt gewachsen zu sein. Sie denke,

dass dies bald der Fall sein werde. Sie wolle wieder auf ihrem Beruf als Grafikerin arbeiten, dies sei ihr auch anlässlich der Laufbahnberatung im August 2015 klar geworden (Urk. 7/24/11 f.). Beim RAV-unterstützten Kurs für höher gestellte Berufsleute im März 2015 über einen Zeitraum von 4 Wochen und 2 Tagen sei sie noch völlig überfordert gewesen, habe starke gesundheitliche Beschwerden gehabt, sich nicht konzentrieren können. Es sei sehr anstrengend gewesen in der Gruppe und sie sei manchmal weinend zusammengebrochen. Dennoch habe sie es durchgezogen, aber diese Erfahrung habe ihr gezeigt, dass sie noch nicht soweit gewesen sei, um den Anforderungen der Berufswelt zu genügen (Urk. 7/24/13). Der begutachtende Neurologe gelangte zu folgender Beurteilung: Die eingehende neurologische Untersuchung der gut kooperierenden und bemühten, gegen Ende der neurologischen Untersuchung aber erschöpft wirkenden Beschwerdeführerin ergebe keine wegweisenden Befunde. Im Kopf-Hirnrindenbereich würden sich keine Auffälligkeiten zeigen, es fänden sich auch keine meningalen Reizsymptome und auch die weitere neurologische Untersuchung ergebe keinerlei neurologische Herd- oder Seitenzeichen. Bei fehlenden neurologischen Herdbefunden müsse aus neurologischer Optik festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin eine schwere virale

Meningoenzephalitis durchgemacht habe, ein FSME-Nachweis sei auch liquoridiagnostisch dokumentiert. Jetzt bestehe ein pseudoneurasthenisches postenzephalitisches Erschöpfungs- und Müdigkeitssyndrom (ICD-10: F07.1, G93.3), einhergehend mit gelegentlichen Myalgien, welches offenbar langsam weiter abklinge. Im EEG habe sich anlässlich der Behandlung in der C.____ ein pathologisches EEG mit Verlangsamungsherden, passend zu der viralen Meningoenzephalitis bei FSME-Infektion, gezeigt. Die aktuell

veranlasste EEG-Kontrolle vom 26. November 2015 zeige bei normalem Grundrhythmus weiterhin Pathologika mit mittel schweren Verlangsamungsherden links temporal bis vorne und rechts temporal hinten, z.T. bis zur Mitte. Weiterhin bestünden keine epilepsietypischen Veränderungen. Dieser Befund sei also durchaus noch vergleichbar mit dem Vor-EEG und weiterhin als pathologisch einzustufen, passend zu einer durchgemachten Meningoenzephalitis, allerdings nicht als solcher spezifisch für eine FSME. Aus neurologischer Sicht lasse sich daher durchaus noch ein gewisse Residualsymptomatik mit pseudoneurasthenischem Bild als wahrscheinliche Folge der FSME erklären. Aus neurologischer Optik sei die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der Tätigkeit als Grafikerin aktuell um etwa 20% eingeschränkt, wobei die funktionellen (auch neuropsychologischen) Folgen der pseudoneurasthenen Symptomatik eingeschlossen seien. Die Arbeitsfähigkeit von 80

% sei wegen der längeren Krankheitsphase schrittweise über einen Zeitraum von circa 2 Monaten zu realisieren. Das Ausmass der von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden und Einschränkungen sei allerdings nicht mehr durch klinisch neurologische Befunde – auch nicht unter Berücksichtigung des pathologischen EEG und der neuropsychologischen Befunde – zu erklären. Mit einer wesentlichen Verbesserung werde innert Jahresfrist aber noch gerechnet, es sei nicht unwahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin bis Ende 2016 wieder eine Arbeitsfähigkeit von 100% erlange (Urk. 7/24/24). Der begutachtende Neuropsychologe hielt fest, es hätten insgesamt leichtgradig zu wertende neuropsychologische Defizite festgestellt werden können, die vor allen Dingen die Aufmerksamkeit und Konzentration betroffen hätten. Konkret fänden sich Zeichen einer psychomotorischen Verlangsamung im Aufmerksamkeitsbereich und

einer leicht erhöhten Fehleranfälligkeit bei konzentrativ anspruchsvolleren Aufgaben. Die übrigen Testresultate, insbesondere im Bereich des Gedächtnisses und der exekutiven Funktionen, seien normal ausgefallen. Die Beschwerdevalidierung sei ebenfalls unauffällig ausgefallen, ohne Zeichen von Selbstlimitierungen oder von Inkonsistenzen im Antwortverhalten. Insofern könne von neuropsychologisch plausiblen Testresultaten ausgegangen werden. Klinisch hätten bei der Beschwerdeführerin im Rahmen der insgesamt mehr stündigen Untersuchungen (Erstgespräch und neuropsychologische Untersuchungen) Zeichen einer zunehmenden Ermüdung und Erschöpfbarkeit festgestellt werden können, die sich als zunehmendes Nachlassen der intellektuellen Präsenz der Beschwerdeführerin geäußert hätten. Aus neuropsychologischer Sicht seien die klinischen und testpsychologischen Ergebnisse vereinbar mit einer immer noch bestehenden Fatigue-Symptomatik. Allerdings seien die neuropsychologischen Untersuchungsergebnisse nicht geeignet, um die von Dr. F.____ attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100

% zu begründen. Im Gegenteil zeige die neuropsychologische Untersuchung, dass bei der Beschwerdeführerin durchaus auch kognitive Ressourcen bestünden, die beruflich nutzbar seien. Aufgrund der neuropsychologischen Untersuchungsergebnisse lasse sich schon jetzt eine Teil-Arbeitsfähigkeit postulieren. Zusammenfassend bestünden aus neuropsychologischer Sicht aktuell leichtgradige kognitive Einschränkungen im Aufmerksamkeits- und Konzentrationsbereich, die gut vereinbar mit einer Fatigue-Symptomatik seien und zu einer gewissen Minderung der zeitlichen Belastbarkeit führten, bei jedoch gut erhaltenen übrigen kognitiven Funktionen (Urk. 7/24/25). Die begutachtende Psychiaterin gelangte zum Schluss, der psychiatrische Befund sei weitestgehend unauffällig. Die subjektiven Beschwerden der Beschwerdeführerin mit im Vordergrund stehender Ermüdung/Erschöpfbarkeit, Belastungsintoleranz und Angst vor Belastungen und Überforderung würden diagnostisch gut zu dem auch von neurologischer Seite postulierten Residualzustand mit pseudo-neurasthenischem Zustandsbild als wahrscheinliche Folge einer FSME passen, pseudo-neurasthenisch deshalb, weil es sich nicht um eine eigenständige psychogene neurasthenische Störung handle, sondern um die psychische/kognitive Folge einer somatischen Erkrankung. Dieses pseudo-neurasthenische Zustandsbild sei nicht geeignet, die von Dr. F.____ auch retrospektiv attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100

% zu erklären. Derartige Symptome und Beschwerden würden im Spektrum aller psychiatrischen Störungsbilder eine eher leichte Störung darstellen, mit nur vorübergehend und für kurze Zeit aufgehobener Leistungsfähigkeit und anschliessend nur leichter Leistungsminderung, die zudem auch zeitlich befristet sei. Im vorliegenden Fall falle es schwer, die Arbeitsfähigkeits-Atteste von Dr. F.____ mit 100

% Arbeitsunfähigkeit nachzuvollziehen, zumal er auch keine objektiven Befunde darlege, mit denen sich die Arbeitsunfähigkeit begründen lasse. Die Arbeitsunfähigkeit von 100

% stehe zudem in gewissem Widerspruch zu den Aktivitäten im Alltag der Beschwerdeführerin, welche zeigten, dass sie in recht grossem Umfang wieder Aufgaben und Verantwortlichkeiten im Haushalt und bei der Kinderbetreuung aufgenommen habe, weshalb die Angabe von Dr. F.____, die Beschwerdeführerin sei derzeit nicht in der Lage, eine auch noch so einfache Arbeit konstant und über eine längere Tageszeit mit Regelmässigkeit und zuverlässig auszuüben, schon allein durch die Aktivitäten der Beschwerdeführerin im Alltag widerlegt würden. Es sei von einer psychischen Fehlverarbeitung der Beschwerdeführerin auszugehen, die iatrogen gefördert und aufrechterhalten werde (Urk. 7/24/25 f.). 3. 6

In den Arztzeugnissen vom 18. Dezember 2015, 27. Januar 2015 (richtig: 2016), 25. Februar 2015 (richtig: 2016) und 23.

März 2016 attestierte Dr. F.____ der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. Januar bis 30.

April 2016 (Urk. 7/30/3-6) , in den Arztzeugnissen vom 20. April 2016 und 25. Mai 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % ab dem 1. Mai 2016 (Urk. 7/30/1-2).

E. 3.7

Gemäss Fragebogen der Arbeitslosenkasse des Kantons Zürich, Geschäftsstelle Zürich City, vom 15. Juli 2016 wurden der Beschwerdeführerin von Februar bis Juni 2015 und ab Mai 2016 Taggelderleistungen ausgerichtet, wobei die Beschwerdeführerin eine Vermittlungsfähigkeit von 60 % angegeben habe (Urk. 7/31).

E. 3.8

Der Regionale Ärztliche Dienst ging in seiner Stellungnahme vom 16. Februar 2016 davon aus, eine längerdauernde und höhergradige Arbeitsunfähigkeit als im A.____ -Gutachten festgestellt, sei nicht ausgewiesen (Urk. 7/41/7). 4. 4.1

Das Gutachten der A.____ vom 19. Januar 2016 (E. 3.5) vermag die an eine beweiskräftige ärztliche Expertise gestellten Anforderungen vollumfänglich zu erfüllen (E. 1.4). So tätigten die Gutachter sorgfältige, umfassende Abklärungen, berücksichtigten die geklagten Beschwerden und begründeten ihre Einschätzung in nachvollziehbarer Weise sowie in Auseinandersetzung mit den Vorakten . Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dar und begründeten ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar. Dem Gutachten kommt somit volle Beweiskraft zu.

Die Gutachter äusserten sich sodann nicht bloss zur Frage, ob ein Kausalzusammenhang zwischen den geltend gemachten Beschwerden und dem Zeckenbiss beziehungsweise der FSME besteht (vgl. das Vorbringen in Urk. 1 S. 4 f.), sondern grundsätzlich dazu, ob die Beschwerden objektivierbar sind . In diesem Sinne kann das Gutachten herangezogen werden, um einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung zu prüfen. 4.2

Der Beweiswert des Gutachtens wird – entgegen der Annahme der Beschwerdeführerin – dadurch, dass kein Facharzt für Infektiologie an der Begutachtung beteiligt gewesen ist , nicht geschmälert. Dr. F.____ hielt in seinem Bericht vom 29. Juni 2017, welcher der Beschwerdegegnerin im Einwandverfahren zugestellt wurde (Urk. 7/48), fest, die Beschwerdeführerin leide weiterhin unter den ausgeprägten neurofunktionellen Beschwerden, die sehr rasch zu einem Erschöpfungszustand führten . Fehler und Fehlleistungen ergäben sich erst nach einer längeren Zeit, vielleicht nach einer Stunde als Folge der Erschöpfung. Diese Situation, welche die Arbeitsfähigkeit am besten erfassen würde, sei nicht untersucht worden. Erstaunlich sei, dass dennoch Defizite zutage getreten seien (Urk. 7/48/1-2). Bei der Begutachtung wurde die Beschwerdeführerin

nun aber umfassend neuro- und neuropsychologisch abgeklärt und die Gutachter konnten lediglich eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % feststellen (E. 3.5), wobei sowohl die neurologische als auch die neuropsychologische Testuntersuchung jeweils 1 ½ Stunden dauerte n

(Urk. 7/24/ 16 und Urk. 7/24/ 18) . Damit besteht kein Anlass, die Beschwerdeführerin zusätzlich durch einen Facharzt für

Infektiologie abklären zu lassen, handelt es sich bei den geklagten Beschwerden doch selbst nach

Auffassung von Dr. F.____ um neurofunktionelle Beschwerden. Des Weiteren trifft dessen Aussage

nicht zu, es sei nicht genügend untersucht worden, ob sich Fehler und Fehlleistungen nach einer längeren Zeit (nach etwa einer Stunde) ergäben. Dr. F.____, welcher den Gutachtern – entgegen den Tatsachen – eine ungenügende Untersuchung unterstellte, konnte seinerseits keine Ergebnisse entsprechender Untersuchungen vorweisen, obwohl er solche für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit als unerlässlich erachtete. Dr. F.____ attestierte der Beschwerdeführerin auch nach der Begutachtung weiter hin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 1. Januar bis 30. April 2016 und von 80 % ab dem 1. Mai 2016 (E. 3.6).

Diese Einschätzungen begründete er jeweils nicht. Davon abgesehen gab die Beschwerdeführerin gegenüber der Arbeitslosenkasse selbst an, sie sei ab Mai 2016 zu 60 % vermittlungsfähig (E. 3.7). Damit vermag die Einschätzung von Dr. F.____ zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht zu überzeugen. 4.3

Eine psychiatrische Diagnose konnte im A.____-Gutachten nicht gestellt werden, obwohl die begutachtende Psychiaterin von einer psychischen Fehlverarbeitung ausging, welche iatrogen gefördert und aufrechterhalten werde (E. 3.5). Anhaltspunkte für das Bestehen einer psychischen Störung nach ICD-10 lassen sich auch den Berichten der behandelnden Ärzte nicht entnehmen. Ein strukturiertes Beweisverfahren (zur Publikation vorgesehene Urteile des Bundesgerichts 8C_841/2016 und 8C_130/2017 vom 30. November 2017) ist daher nicht durchzuführen. 4.4

Nach dem Gesagten ist mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin bei Aufbietung allen guten Willens (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen) spätestens im Zeitpunkt der Begutachtung zu 80

%

(November/Dezember 2015) in der bisherigen Tätigkeit als Grafikerin arbeitsfähig war. Der Umstand, dass die Gutachter eine schrittweise Steigerung der Belastung während zweier Monate vorschlugen, war primär der Dekonditionierung der Beschwerdeführerin geschuldet, welche daher nicht von Dauer und invaliden versicherungsrechtlich nicht zu berücksichtigen ist. 4.5

Was die Zeit vor der Begutachtung anbelangt, ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin vom 15. September 2014 (gemäss Schadenmeldung der Arbeitgeberin vom 20. November 2014 zuhanden der Unfallversicherung) an delte es sich dabei um den Zeitpunkt, als die Beschwerdeführerin die Arbeit aufsetzte [UV.2016.00295, Urk. 9/A1]) bis am 31. Januar 2015 zu 100% arbeitsunfähig war (E. 3.1) und ab dem 1. Januar 2015 zu 40 % (E. 3.2). Eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit bis zur Begutachtung ist nicht ausgewiesen, da die Einschätzung von Dr. F.____, wie gesagt, nicht nachvollziehbar ist. 5.1

Das Wartejahr begann am 15. September 2014. Aufgrund der in der Folge attestierten Arbeitsunfähigkeiten von 100 % beziehungsweise 40 % (E. 4.5) endete das Wartejahr mit einer durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % am 15. September 2015.

Ein Anspruch auf eine Rente konnte somit frühestens am 1. September 2015 entstehen. Der Anspruch auf eine Rente setzt nach Art. 28 Abs. 1 IVG aber nicht nur voraus, dass die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen ist, sondern auch, dass sie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid ist (E. 1.2.1) . 5.2

5.2.1

Die Beschwerdeführerin war zu 80 % erwerbstätig und zu 20 % im Aufgabenbereich tätig. Damit ist der Einkommensvergleich (E. 1.2.2) anhand der gemischten Methode durchzuführen. An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass die seit dem 1. Januar 2018 geltende neue Berechnungsmethode (Art. 27 bis IVV) noch nicht zur Anwendung gelangt (vgl. IV-Rundschreiben Nr. 372) . 5.2.2

Bei Versicherten, die nur zum Teil 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 Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

Nach der Gerichts- und Verwaltungspraxis wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt) ermittelt; die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre, beurteilt sich mit Rücksicht auf die gesamten Umstände, so die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse. Im Rahmen der gemischten Methode bestimmt sich die Invalidität dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 E. 3.3 mit Hinweis; vgl. BGE 134 V 9). 5 .2.3

Da die Beschwerdeführerin ihre bisherige Tätigkeit vor Eintreten des Gesundheitsschadens gekündigt hatte, um sich beruflich neu zu orientieren, ist bei der Berechnung sowohl des Valideneinkommens als auch des Invalideneinkommens auf dieselben Parameter abzustellen (Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung [LSE]), weshalb ein Prozentvergleich vorgenommen werden kann. 5.3

Nach Ablauf des Wartjahres war die Beschwerdeführerin zu 40 % arbeitsunfähig. Ausgehend von einer 80 %igen Arbeitstätigkeit im Gesundheitsfall und einer 60 %igen Arbeitsfähigkeit resultiert eine Einschränkung im Erwerbsbereich von 25

% ($[80\% - 60\%] : 80\%$) und damit ein gewichteter Teilinvaliditätsgrad im Erwerbsbereich von 20 % ($25\% \times 0,8$). Dies bedeutet, dass für einen anspruchrelevanten Gesamtinvaliditätsgrad von 40 % ein Teilinvaliditätsgrad im Haushaltbereich von ebenfalls 20 % gegeben sein müsste, was einer Einschränkung im Haushaltbereich von 100 % (bei einer Aufteilung des Haushaltbereichs im Umfang von 20 %) entspräche. Eine derart hohe Einschränkung im Haushaltbereich erscheint mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht als gegeben. Zumein wäre dies mit einer 60%igen Arbeitsfähigkeit im Erwerbsbereich kaum vereinbar, zum anderen verfügt die Beschwerdeführerin gemäss ihren eigenen Angaben anlässlich der

Begutachtung über einige Ressourcen: Sie wecke die Kinder am Morgen und schaue, dass sie zur Schule gingen. Sie koche nicht jeden Tag ein Mittagessen ; die Kinder seien etwa zwei- bis dreimal pro Woche beim Vater, sodass sie dreimal pro Woche am Mittag nicht kochen müsse. Am Mittwoch komme ihre Mutter zum Kochen. Sie (die Beschwerdeführerin) kümmere sich selbständig um den Haushalt, wobei sie eine Putzhilfe habe. Am Samstag gehe sie zeichnen, zwei- bis dreimal pro Woche in den Wald spazieren. Sie besuche den Gemüse- und Fruchtemarkt und treffe dort auch Bekannte. Sozial sei sie gut eingebettet (Urk. 7/24/23). Aus dem Gesagten ergibt sich, dass bei dieser Ausgangslage nach Ablauf des Wartjahres

kein Rentenanspruch besteht .

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6 .

Das Gerichtsverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Die auf Fr. 600.-- anzusetzenden Kosten sind ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr.

600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Franco Achille Faoro - 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 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift 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 Gerichtsschreiberin HurstMuraro

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

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).

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