

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00053 vom 4. November 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-11-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00053

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00053 du 4 novembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00053 del 4 novembre 2019

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1976, ist verheiratet und Mutter von zwei Kindern (geboren 1999 und 2001; Urk. 8/2). Nach ihrer Schulausbildung hat sie in verschiedenen Branchen gearbeitet (unter anderem im Gastgewerbe und in der Reinigung). Zuletzt war sie von April bis November 2013 in einem 60%-Pensum als Sachbearbeiterin für den Physiotherapeuten Y.____

sowie ab August 2011 stundenweise für die Z.____ als Reinigungsmitarbeiterin tätig (Urk. 8/4/5, 8/7/2 f., 8/8 /2 , 8/19/1, 8/21/1). Am 18. Juni 2014 meldete sie sich wegen Morbus Osler-Weber- Rendu sowie ischämischem Insult bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 8/4). Zur Klärung der aktuellen Situation führte die IV-Stelle am 15. Juli 2014 zunächst ein Standortgespräch mit der Versicherten durch (Urk. 8/7). Mit Schreiben vom 18. Juli 2014 teilte sie der Versicherten mit, dass aufgrund ihres Gesundheitszustandes keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien und der Rentenanspruch geprüft werde (Urk. 8/11). Im Folgenden zog die IV-Stelle die Akten der Suva, die wegen eines Sturzes vom 7. März 2014 angelegt worden waren (Urk. 8/16), Berichte der Hausärztin Dr. med. A.____, Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin, und Berichte anderer Ärzte (Urk. 8/17, 8/18, 8/28, 8/31), Berichte der Arbeitgeberinnen (Urk. 8/19, 8/21) und Auszüge aus dem individuellen Konto (IK-Auszug; Urk. 8/1, 8/8) bei . Die Allianz Suisse Lebensversicherungs-Gesellschaft AG, bei der X.____ eine Einzel-Lebensversicherung abgeschlossen hatte (Urk. 8/37/1), gab – nachdem die IV-Stelle

hatte Zusatzfragen stellen können (Urk. 8/34-35) – ein psychiatrisches, neurologisches und neuropsychologisches Gutachten bei der B.____

in Auftrag, welches am 29. Juni 2015 erstattet wurde (Urk. 8/37 /3-25). Nachdem der RAD-Arzt med. pract. C.____, Facharzt FMH für Neurologie, am 11. August 2015 dazu Stellung genommen (Urk. 8/38/6) und die IV-Stelle eine Ressourcenprüfung durchgeführt hatte (Urk. 8/38/6 f.), stellte diese der Versicherten mit Vorbescheid vom 13. August 2015 die Verneinung des Anspruchs auf eine Invalidenrente in Aussicht (Urk. 8/39). Die Versicherte erhob dagegen am 28. August 2015 sowie ergänzend am 14. Oktober 2015 Einwand (Urk. 8/41, 8/47).

Am 26. Oktober 2015 informierte die Rechtsvertreterin der Versicherten die IV-Stelle darüber, dass ihre Mandantin einen schweren Herzinfarkt erlitten habe (Urk. 8/49), woraufhin die IV-Stelle am 17. März 2016 das Verfahren sistierte (Urk. 8/59). Die Rechtsvertreterin der Versicherten reichte mit Schreiben vom 14. April 2016 ergänzende Unterlagen ein (Urk. 8/64). Zu weiteren Abklärungen (vgl. Urk. 8/67)

nahm diese

am 31. Mai 2016 Stellung (Urk. 8/69). In der Folge erliess die IV-Stelle am 19. September 2016 einen neuen Vorbescheid, worin sie der Versicherten ab Oktober 2016 die Zusprechung einer ganzen Rente der Invalidenversicherung in Aussicht stellte (Urk. 8/77). Gegen diesen Vorbescheid liess die Versicherte am 20. Oktober 2016 erneut Einwand erheben (Urk. 8/83). In diesem Zusammenhang ersuchte die IV-Stelle nach einer Stellungnahme des RAD vom 9. November 2016 (Urk. 8/101/2) um die Beantwortung von Zusatzfragen durch die B.____-Gutachter (Urk. 8/85), was am 16. Mai 2017 erfolgte (Urk. 8/92). Am 9. Juni 2017 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, sie beabsichtige, eine erneute polydisziplinäre Untersuchung durchzuführen (Urk. 8/94); die Versicherte liess dazu mit Schreiben vom 23. Juni 2017 eine Ergänzungsfrage stellen (Urk. 8/95). Mit Schreiben vom 15. August 2017 teilte die IV-Stelle – nachdem die RAD-Ärztin Dr. med. D.____ am 8. August 2017 zur Sache Stellung genommen hatte (Urk. 8/101/3 f.) – mit, auf weitere Abklärungen

verzichtet (Urk. 8/97). In der Folge nahm die Versicherte am 4. September 2017 erneut zur Sache Stellung (Urk. 8/100). Mit Verfügung vom 22. November 2017 sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Wirkung ab dem 1. Oktober 2016 eine ganze Rente zu (Urk. 2 = Urk. 8/120).

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

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. 1.3

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Dagegen liess die Versicherte am 15. Januar 2018 Beschwerde erheben und beantragen, die Verfügung vom 22. November 2017 sei dahingehend abzuändern, dass sie ab dem 1. Dezember 2014 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente habe. Eventualiter sei die Sache zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und diese sei zu verpflichten, über das Ausmass der Erwerbsunfähigkeit seit September 2013 bis September 2015 zu befinden (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 28. Februar 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6 und 7), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 1. März 2018 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung fest, nachdem die Beschwerdeführerin am 23. Oktober 2015 einen schweren Herzinfarkt erlitten habe, stehe aus medizinischer Sicht fest, dass keine Erwerbstätigkeit mehr zumutbar sei. Unter Berücksichtigung des Wartejahres habe die Beschwerdeführerin somit ab Oktober 2016 Anspruch auf eine ganze Rente. Für die Zeit davor bestehe kein Anspruch auf eine Rente. Es habe noch eine verwertbare Restarbeitsfähigkeit bestanden. Diese lasse sich anhand des B.____-Gutachtens vom 29. Juni 2016 beurteilen. Eine erneute polydisziplinäre Begutachtung sei nicht erforderlich. Eine gemeinsame Ursache für den Hirnschlag im Jahr 2013 und den Herzinfarkt im Jahr 2015 im Sinne der Blutgerinnungsstörung aufgrund des Morbus Osler sei nicht erwiesen. Dies sei auch den Berichten des E.____ nicht zu entnehmen. Die vorgelegten Berichte seit Mai 2014 würden mit den darin dokumentierten objektiven Befunden keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes begründen. Die von Dr. A.____ definierte Depression könne aufgrund unzureichender und fehlender Befunde nicht nachvollzogen werden. Eine Affektinkontinenz und eine psychomotorische Verlangsamung begründe – wie von Dr. med. F.____, Fachärztin FMH für Neurologie, in ihrem Bericht vom 21. November 2014 eingeschätzt – überwiegend wahrscheinlich keine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit. Weil keine invalidisierende gesundheitliche Einschränkung, sondern vielmehr eine volle Arbeitsfähigkeit vorgelegen habe, sei der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung für die Zeit vor dem Herzinfarkt am 23. Oktober 2015 nicht gegeben. Die Beschwerdeführerin habe demnach ab Oktober 2016 Anspruch auf eine ganze Rente (Urk. 2 S. 4 f.).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin

wandte in ihrer Beschwerdeschrift ein, relevant sei, in welchem Ausmass die Arbeitsfähigkeit bereits vor dem erlittenen Herzinfarkt, das heisst zwischen September 2013 und Oktober 2015 beeinträchtigt gewesen sei. Von Bedeutung sei sodann, inwiefern zwischen der Grunderkrankung Morbus Osler und den erlittenen Hirnschlägen und dem Herzinfarkt ein Zusammenhang bestehe. Nur wenn dies nicht der Fall sei, sei ab Oktober 2015 wiederum ein Wartejahr zu bestehen gewesen. Die RAD-Ärztin Dr. D.____ habe sich nicht zur Arbeitsfähigkeit vor Oktober 2015 geäußert und im Widerspruch zum Bericht des E.____ vom 30. April 2014 einen solchen Zusammenhang verneint. Nach den erlittenen Hirnschlägen im September 2013 habe aufgrund der psychischen Entwicklung und der anhaltend behandlungsbedürftigen Grunderkrankung keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr vorgelegen. Selbst wenn im weiteren Verlauf bis zum Herzinfarkt im Oktober 2015

nur noch eine Teilarbeitsunfähigkeit von 40 % vorgelegen hätte, bestünde nach Ablauf des Wartjahres, welches im September 2013 zu eröffnen sei, mindestens Anspruch auf eine Teilrente. Nach dem Herzinfarkt im Oktober 2015, welcher zu einer nochmals massiven Verschlechterung des Gesundheitszustandes geführt habe, sei die Rente gemäss Art. 88a Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) nach drei Monaten, also ab Januar 2016, auf eine ganze Rente zu erhöhen. Hinsichtlich des B.____-Gutachtens sei anzumerken, dass die Gutachter nicht über alle fallrelevanten medizinischen Unterlagen verfügt hätten, weshalb auch keine Auseinandersetzung mit den abweichenden Beurteilungen erfolgt und das Gutachten schon allein deshalb unvollständig und nicht beweiskräftig sei. Überdies seien die beiden Unfallereignisse vom Dezember 2012 und vom März 2013 nicht berücksichtigt worden. Insbesondere der neurologisch-neuropsychologische Bericht von Dr. F.____ vom November 2014 habe den B.____-Gutachtern nicht vorgelegen und auch vom behandelnden Psychiater Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, habe man keinen Bericht angefordert, obwohl der Beschwerdeführerin die laufende psychotherapeutische Behandlung bekannt gewesen sei. Dr. G.____ habe im Grundsatz die Diagnose einer Anpassungsstörung und einer

langen (schweren) depressiven Reaktion auf die erlittenen Schlaganfälle bestätigt. Die Anpassungsstörung und die depressive Reaktion seien Folge der gravierenden Erkrankung und der weiterhin bestehenden Einbussen. Die komplexe Beschwerdesituation sei im B.____-Gutachten auch nicht annähernd vollständig erfasst und diskutiert worden. Vielmehr hätten die Gutachter ausgeführt, dass eine ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung vorliege, was angesichts des weiteren Verlaufs selbstverständlich nicht zutrefte (Urk. 1 S. 6 ff.). 3. 3.1

In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten entnehmen, dass die Beschwerdeführerin am 7. Dezember 2012 auf beide Kniegelenke stürzte und als Grund dafür Schwindel angab (Urk. 8/16/24, 8/23/3 ff.). Am 13. September 2013 begab sie sich aufgrund eines Schwächegefühls mit Heiserkeit, leichter Leukozytose und Lymphopenie ins E.____. Aufgrund der Beschwerden wurde zunächst ein viraler Infekt vermutet (Urk. 8/17/8). Nach einem weiteren Anfall von Schwäche am 19. September 2013 und weiteren Untersuchungen

gingen die Ärzte des E.____

von einem

zweifachen ischämischen Insult

cerebral rechts

aus und stellten die Diagnose einer hereditären hämorrhagischen Teleangiektasie (Morbus Osler-Weber-Rendu; Urk. 8/17/9). Am 7. März 2014 stürzte die Versicherte wiederum auf beide Knie

und schlug sich die rechte Schulter an (Urk. 8/23/5 ff.). 3.2

Nach einer Konsultation am 30. Juli 2014 erstattete Dr. A.____

zu Händen der Beschwerdeführerin einen nicht datierten Bericht. Darin nannte sie die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/17/1): - Status nach zweifach-ischämischem Insult cerebral rechts mit/bei - Verlangsamung, schnelle r

Erschöpfung und Schwindel - Depression, Schlafstörung, Ängste und Konzentrationsschwäche - Schmerzen zervikal und am Oberarm beidseits - verlangsamtem Sprechen - hereditäre hämorrhagische Teleangiectasie (Morbus Osler-Weber-Rendu) - Asthma bronchiale - Status nach Sturz mit Lumbago am 7. März 2014

Mit Bericht vom 20. November 2014 beziehungsweise mit Schreiben vom 12. Februar 2015 quantifizierte sie die Depression als mittelschwer

(Urk. 8/28/1, 8/31/1). Aufgrund des zweifach erlittenen Hirninfarkts ging Dr. A.____

zunächst von einer mindestens 80 - 100% igen Arbeitsunfähigkeit aus. Es sei offen, wie lange die Beschwerdeführerin ihre derzeitige Arbeit abends während zwei Stunden noch ausführen könne (Urk. 8/17/3).

Schliesslich attestierte sie mit Bericht vom 20. November 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/28/1). 3.3

Dr. med. F.____, Fachärztin für Neurologie, und die Neuropsychologin Prof. Dr. phil. H.____ berichteten am 21. November 2014 über ihre gleichentags durchgeführte Untersuchung der Beschwerdeführerin (Urk. 8/46). Sie hielten fest, im Vordergrund der Befunde stehe eine labile Stimmungslage mit schnellen Wechseln der Affekte, eine psychomotorische Verlangsamung und eine verminderte Belastbarkeit. Die kognitiven Leistungen seien infolge der eingeschränkten Kooperationsfähigkeit vermindert. Hinweise auf primäre kortikale Hirnleistungsdefizite lägen nicht vor. Phänomenologisch liessen sich die affektiven Symptome und die kognitiven Dysfunktionen als CCAS (cerebellar

cognitive affective syndrome) beschreiben. Eine verwertbare Arbeitsfähigkeit bestehe nicht (Urk. 8/46/2). 3.4

3.4.1

Am 29. Juni 2015 erstattete das B.____ das polydisziplinäre Gutachten vom 29. Juni 2015 in den Fachgebieten Psychiatrie, Neurologie und Neuropsychologie. Dabei nannten die Gutachter als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21) bei leichten kognitiven Leistungseinbussen (Urk. 8/37/18). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (Urk. 8/37/19): - rechtsbetontes zervikozephal und rechtsseitiges brachiales Schmerzsyndrom (ICD-10: M53.0) mit - unspezifischer Begleitsymptomatik von Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Konzentrationsstörungen und Sensibilitätsstörungen über der rechten Körperseite - psychische Komorbidität (Depression) - Status nach zerebellärem Infarkt rechts vom 13. September 2013 (ICD-10: I63) mit/bei - wahrscheinlich thromboembolischer Ursache bei offenem Foramen ovale sowie hereditärer hämorrhagischer Teleangiectasie (Morbus Osler-Weber-Rendu) - residuelle Heiserkeit - Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10: F68.0) 3.4.2

Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im psychiatrischen Teilgutachten fest, die Beschwerdeführerin habe sich dahingehend geäußert, ihr Zustand sei seit ihrem Hirninfarkt im September 2013 sehr wechselhaft. Es gäbe Tage, an welchen sie einkaufen gehen und kochen könne, und Tage, an welchen sie keine Energie habe, müde sei und auch Mühe habe, die richtigen Wörter zu finden. Ausserdem leide sie seit dem Hirninfarkt an Asthma, Nasenbluten und Schwindel (Urk. 8/37/7). Während der

Untersuchung habe die Beschwerdeführerin wiederholt geweint, als sie über ihr Leiden berichtet habe. Die Stimmung sei bedrückt, herabgesetzt und leicht depressiv, die Psychomotorik und der Antrieb jedoch

seien unauffällig gewesen. Die Explorandin habe einen wachen, bewusstseinsklaren Eindruck gemacht. Zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person sei sie gut orientiert gewesen. Von Suizidgedanken und Suizidimpulsen habe sie sich distanziert. Es hätten sich weder Anzeichen für eine Konzentrationsstörung, Merkfähigkeitsstörung, Gedächtnis- oder Denkstörung, noch für Wahnvorstellungen oder Halluzinationen ergeben (Urk. 8/37/9). Es bestehe eine Anpassungsstörung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, gekennzeichnet durch eine längere depressive Reaktion, sowie eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/37/9). Die Beschwerdeführerin erlebe sich selbst als nicht mehr arbeitsfähig. Während der Untersuchung hätten allerdings keine schweren depressiven Verstimmungen festgestellt werden können. Diese Selbsteinschätzung könne indessen durch die erhobenen Befunde nicht objektiviert werden. Aus psychiatrischer Sicht sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit seit September 2013 um 20 % vermindert sei (Urk. 8/37/10). 3.4.3

Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Neurologie, führte aus, bei der Untersuchung habe die Beschwerdeführerin von vielfältigen Beschwerden und Symptomen seit dem Schlaganfall

im September 2013 berichtet. So leide sie unter einer heiseren Stimme und habe starke Kopf- und rechtsseitig Nacken- und Armschmerzen. Es seien Konzentrationsstörungen vorhanden, sie sei rasch ermüdbar und habe wenig Energie. Weiter habe sie über

häufige Atemnot

und häufige Stürze

geklagt und ebenso über eine durchgehende Sensibilitätsverminderung im Bereich der rechten Körperseite. Die geklagten chronischen Kopfschmerzen, die rechtsbetonten Nackenschmerzen mit Ausbreitung in die rechte Schulter und den rechten Arm könnten nicht dem Schlaganfall vom Jahr 2013 zugeordnet werden. Aus neurologischer Sicht würden sich auch keine Hinweise auf eine radikuläre Reizbeziehungsweise sensomotorische Ausfallsymptomatik finden. Ebenfalls würden Anhaltspunkte für eine Störung der langen Bahnen fehlen. Es müsse davon ausgegangen werden, dass es sich um eine unspezifische Begleitsymptomatik im Rahmen des rechtsbetonten zervikozephalen Schmerzsyndroms handle. Die Angaben hinsichtlich der Stürze seien ebenfalls sehr schwierig einzuordnen. Bei der aktuellen Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf eine Polyneuropathie oder eine Störung des Gleichgewichtssinns ergeben. Auch eine epileptische Ursache erscheine als unwahrscheinlich, da die Stürze nicht mit einem Bewusstseinsverlust einhergegangen seien. Anhaltspunkte für eine Kataplexie fehlten. Bei der Untersuchung sei indessen eine deutliche psychomotorische Verlangsamung aufgefallen. Die Explorandin zeige eine bedrückte Stimmung, weswegen diesbezüglich auf die psychiatrische Beurteilung verwiesen werde. Es sei möglich, dass nach der stationären Behandlung des Schlaganfalles im Jahre 2013 eine leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Eine neurologische Verlaufsbewertung liege jedoch erst mit Datum vom 30. April 2014 vor. Auf der Grundlage dieses Berichts könne davon ausgegangen werden, dass die Arbeitsfähigkeit zumindest ab diesem Zeitpunkt nicht mehr relevant eingeschränkt gewesen sei. Prognostisch bestehe ein erhöhtes Risiko für weitere thromboembolische Ereignisse. Zusammenfassend bestehe aus neurologischer Sicht kein

Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/37/13 ff.). 3.4.4

Den Darlegungen zur neuropsychologischen Untersuchung durch lic. phil. K.____, Fachpsychologin für Psychotherapie und Neuropsychologie, ist zu entnehmen, aufgrund des neuropsychologischen Testprofils sei eine im Bereich der Intelligenz durchschnittliche Leistungsfähigkeit gegeben. Verschiedene Leistungsbereiche seien indessen durch eine Verlangsamung und eine zunehmend reduzierte Belastbarkeit der Explorandin tangiert. Spezifische Ausfallmuster hätten aber nicht eruiert werden können. Da es für die unspezifischen Einbußen keine neurologischen Korrelate gäbe, seien die leichten kognitiven Leistungseinbußen im Rahmen des depressiven Geschehens zu verstehen. Die Arbeitsunfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht sei in der Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht enthalten (Urk. 8/37/17 f.). 3.4.5

Im interdisziplinären Konsens gelangten die B.____-Gutachter zur Auffassung, dass für jegliche

mittelschwere Tätigkeit, so auch für die zuletzt ausgeübte, eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bestehe. Das zumutbare Pensum sei vorzugsweise vollschichtig und unter Einlegung einer Pause von fünf bis zehn Minuten pro Stunde umzusetzen. Alternativ könnte eine Reinigungstätigkeit auch stundenweise pro Tag durchgeführt und dabei die Pausen individuell um die Reinigungstätigkeit herum bezogen

werden. Diese Einschätzung gelte seit September 2013, nachdem die Arbeitsfähigkeit während einiger Wochen gänzlich aufgehoben gewesen sei. Die retrospektive Zuordnung sei schwierig, da die initial begründbare Einschränkung zunehmend von funktionellen Symptomen beziehungsweise einer reaktiven depressiven Störung abgelöst worden sei. Arbiträr könne retrospektiv von September bis Dezember 2013 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit, von Januar bis April 2014 von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % und spätestens ab Mai 2014 von der aktuell gegebenen Arbeitsfähigkeit von 80 % ausgegangen werden. Bei freier Zeiteinteilung und in vertrauter Umgebung lasse sich für den Haushalt keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen (Urk. 8/37/20). 3.5

Nachdem die Beschwerdeführerin am 23. Oktober 2015 einen Herzinfarkt erlitten hatte, musste sie mehrfach reanimiert, sofort operiert und während einer Woche mit offenem Brustkorb intensiv behandelt und mechanisch beatmet werden. Schliesslich kam noch eine Lungenembolie nach einer Beinvenenthrombose hinzu. Einzelheiten dazu können den Berichten des E.____, L.____, vom 30. Oktober und 5. November 2015 entnommen werden (Urk. 8/52/2 ff.). Vom 23. November bis 20. Dezember 2015 befand sich die Beschwerdeführerin zur kardialen Rehabilitation im M.____. Gemäss Austrittsbericht vom 30. Dezember 2015 habe sie zu Beginn über sehr starke Müdigkeit und Schwindel beim Aufstehen berichtet. Zuletzt sei sie jedoch in leicht reduziertem Allgemeinzustand, aber afebril und kardiopulmonal kompensiert nach Hause entlassen worden (Urk. 8/57/1 ff.). 3.6

Im von der IV-Stelle neu eingeholten undatierten Bericht der Hausärztin Dr. A.____, mit letzter Kontrolle vom 29. April 2016, stellte diese folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/67/1): - Status nach zweifach-ischämischem Insult cerebralis rechts im September 2013 mit/bei - Verlangsamung, schneller Erschöpfung, Schwindel - Depression, Schlafstörung, Ängsten, Konzentrationsschwäche - Schmerzen zervikal und am Oberarm beidseits - verlangsamtem Sprechen - hereditäre hämorrhagische Teleangiectasie (Morbus Osler-Weber-Rendu) - Asthma bronchiale - Status nach Sturz mit Lumbago am 7. März 2014 - zentrale Lungenembolie mit Rechtsherzbelastung am

9. November 2015 - Beinvenenthrombose im November 2015 - akute r Hauptstamm und RIVA- Dissektion am 23. Oktober 2015 - out- of -hospital Reanimation am 23. Oktober 2015 - ASD- Occluder seit dem 9. September 2015 bei persistierendem Foramen ovale (Erstdiagnose vom 30. September 2013) - Critical Illness

Myopathie - FE-Mangelanämie - Hirnleistungsstörung: mentale Erschöpfung, Vergesslichkeit, Einschränkung des Kurzzeitgedächtnisses, teils Auslöschung des Langzeitgedächtnisses, langes Warten auf Antworten - Angststörung

Dr. A.____ attestierte der Beschwerdeführerin aufgrund der schweren, im Rahmen der Diagnosen genannten Befunde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit hinsichtlich aller Tätigkeiten (Urk. 8/67/3). 3.7

Vor Erlass des zweiten Vorbescheides vom 19. September 2016 hielten Dr. med. et Dr. rer. pol. N.____, Facharzt für Innere Medizin, und Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Neurologie, fest, nach der zweifachen Apoplexie, der zweimaligen Reanimation bei Kammerflimmern

und bei nunmehr bestehender

Hirnleistungsstörung sei der Beschwerdeführerin aktuell keine Tätigkeit mehr zumutbar. Im Vordergrund stünden Störungen des Gedächtnisses und Störungen der Koordination. Der kardiale Gesundheitsschaden sei im Oktober

2015 als Notfall erstmalig aufgetreten und sei somit getrennt zum bisherigen auch gutachterlich erfassten Krankheitsverlauf zu betrachten (Urk. 8/75/2 ff.). 3.8

Die Gutachter des B.____ beantworteten am 16. Mai 2017 Ergänzungsfragen der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 8/85). Sie führten aus, dass der Insult vom September 2013 berücksichtigt worden sei. Insbesondere bei der neurologischen Untersuchung sei dieses Ereignis beachtet worden. Sodann führten sie aus, dass das Gutachten sei gemäss den Vorgaben psychiatrisch, neurologisch und neuropsychologisch erstellt worden, weswegen der Status nach Lungenembolie und Beinvenenthrombose nicht weiter beachtet worden sei. Der neuropsychologische Testbericht von Dr. F.____ habe bei der Begutachtung nicht zur Verfügung gestanden. Zur Frage betreffend den psychiatrischen Bericht von Dr. G.____ sei schliesslich unklar, um welchen es sich handle. Gemäss Aktenverzeichnis habe ein solcher nicht zur Verfügung gestanden (Urk. 8/92). 3.9

In ihrer Stellungnahme vom 8. August 2017 führte RAD-Ärztin Dr. D.____ aus, den Berichten des E.____ lasse sich nicht entnehmen, ob beide Ereignisse (Hirn Schlag 2013 und Herzinfarkt 2015) auf die im Rahmen des Morbus Osler vorhandene Blutgedächtnisstörung zurückzuführen seien.

Die von Dr. A.____ definierte Depression sodann könne aufgrund unzureichender/fehlender Befunde nicht nachvollzogen werden. Das Vorliegen von Affektinkontinenz und psychomotorischer Verlangsamung begründe überwiegend wahrscheinlich keine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/101/4). 4. 4.1

Den gesundheitlichen Zustand der Beschwerdeführerin und dessen Verlauf nach dem am 23. Oktober 2015 erlittenen schweren Herzinfarkt (Kammerflimmern mit zweifacher Reanimation) haben die RAD-Ärzte Dr. C.____ und Dr. N.____ vor Erlass der angefochtenen Verfügung im Feststellungsblatt vom 19. September 2016 unter detaillierter Bezugnahme

auf die Berichte der behandelnden Ärzte gewürdigt. Sie kamen nachvollziehbar zum Schluss, dass seit diesem Zeitpunkt und bis auf Weiteres keine Erwerbstätigkeit mehr zumutbar ist (Urk. 8/75/2 ff.). Diese Beurteilung ist denn auch nicht strittig. Bemängelt wird vielmehr die Eröffnung des Wartjahres

per 23. Oktober 2015 und der Standpunkt der Beschwerdegegnerin, für die Zeit davor sei aufgrund des B.____-Gutachtens davon auszugehen, dass kein relevanter Gesundheitsschaden vorgelegen habe, was einen Leistungsanspruch ausschliesse (Urk. 8/38/6 f., Urk. 8/75/6). 4.2

Konkret rügt die Beschwerdeführerin, es sei kein Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. G.____ eingeholt worden, weswegen die Abklärungen und damit auch das Gutachten nicht vollständig seien (Urk. 1 S. 7 Rz 27 ff.). Es trifft zu, dass die Beschwerdegegnerin Dr. G.____

zunächst nicht um einen Bericht ersuchte, obschon Dr. A.____

am 12. Februar 2015 darauf hingewiesen hatte, sie habe die Beschwerdeführerin zur psychiatrischen

Behandlung an diesen Arzt überwiesen (Urk. 8/21/1). Vor Erlass der angefochtenen Verfügung indessen ersuchte die Beschwerdegegnerin Dr. G.____ am 19. Dezember 2016 und erneut am 16. Februar 2017 um einen Bericht (Urk. 8/87 f.), woraufhin dieser aber am 8. Mai 2017 mitteilte, die Beschwerdeführerin befinde sich nicht mehr in seiner Behandlung (Urk. 8/90).

Gleichwohl liegen hinreichende Erkenntnisse zum psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin vor. Im Rahmen der Begutachtung durch das B.____ erfolgte eine psychiatrische Untersuchung (Urk. 8/37/7 ff.). Da den Ärzten des B.____

gemäss Verzeichnis im Gutachten der undatierte, bei der Beschwerdegegnerin am 5. August 2014 eingegangene Bericht von Dr. A.____

zur Verfügung stand (vgl. Urk. 8/17, Urk. 8/37/5), war den Gutachtern die Überweisung der Beschwerdeführerin an Dr. G.____ bekannt. Auf eine fremdanamnestiche Auskunft von

Dr. G.____

verzichteten sie in der Folge aber. Dies ist nicht zu beanstanden, liegt es doch im Ermessen der Experten zu entscheiden, ob solche Auskünfte erforderlich sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_65/2012 vom 28. Februar 2012 E. 4.3). Für den Rechtsanwender entscheidend ist allein, ob die Darlegungen im Gutachten schlüssig und nachvollziehbar sind. Dies ist mit Bezug auf die psychiatrische Beurteilung der Fall. Zu beachten ist sodann, dass zwischen der Überweisung an Dr. G.____ und der Begutachtung durch die Ärzte des B.____ rund ein Jahr verging und damit keine über Jahre andauernde Behandlungshistorie vorlag. Letzteres hätte eher zur Einholung fremdanamnesticher Auskünfte Anlass gegeben. Dass Dr. G.____ im Grundsatz die Diagnose einer längeren Anpassungsstörung und einer längeren schweren depressiven Reaktion auf die erlittenen Schlaganfälle gestellt habe, wird von der Beschwerdeführerin im Übrigen nur behauptet (Urk. 1 S. 7 Rz

27), nicht aber durch entsprechende ärztliche Angaben belegt. In Bezug auf die von ihr vorgebrachten Tatsachenbehauptungen ist sie beweispflichtig. Zu ergänzen ist sodann, dass selbst eine fachärztlich einwandfrei gestellte psychische Krankheit nicht ohne weiteres

gleichbedeutend ist 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. Anhaltspunkte dafür, dass die Arbeitsfähigkeit nicht zutreffend festgelegt wurde, sind weder ersichtlich noch geltend gemacht. 4.3

Sodann bemängelt die Beschwerdeführerin, den Gutachtern habe der neuropsychologische Bericht von Dr. F.____ und Prof. H.____ vom 21. November 2014 (Urk. 8/46) nicht vorgelegen (Urk. 1 S. 7 Rz 25 f.). Dies ist zutreffend. In der Aktenzusammenstellung im B.____-Gutachten ist der Bericht nicht vermerkt (Urk. 8/37/5 f.). Indessen führte die Beschwerdeführerin nicht näher aus, in welcher Hinsicht die Qualität der gutachterlichen Beurteilung unter diesem Umstand leidet.

Als limitierend hoben Dr. F.____ und Prof. H.____ insbesondere eine labile Stimmungslage mit schnellen Wechseln der Affekte, eine psychomotorische Verlangsamung und eine verminderte Belastbarkeit hervor. Hierbei handelt es sich indessen nicht um neuropsychologische Befunde im engeren Sinne. Diesbezüglich kamen Prof. H.____ und Dr. F.____ einerseits und der Experte des B.____

lic. phil. K.____ andererseits zur

übereinstimmenden Schlussfolgerung, es liege eine Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit vor (Urk. 8/37/46, Urk. 8/46/2). Prof. H.____ und Dr. F.____ hielten ferner fest, die kognitiven Dysfunktionen seien im Rahmen eines CCAS zu interpretieren, und sie kamen zum Schluss, es liege keine verwertbare Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 8/46/2). Dies erläuterten sie aber nicht weiter.

Vor dem Hintergrund der insgesamt nicht schwer ausgeprägten Befunde und dem Umstand, dass die angestammte Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Reinigerin kognitiv keine besonderen Anforderungen stellt, leuchtet die Schlussfolgerung nicht ein. Überzeugender ist diejenige der B.____-Gutachter, es liege in geringem Ausmass eine erwerbliche Beeinträchtigung vor, die zusammen mit den aus psychiatrischer Sicht relevanten Befunden mit insgesamt 20 % zu quantifizieren sei (Urk. 8/37/10, Urk. 8/37/18, Urk. 8/37/20). Dass den Gutachtern des B.____ der Bericht von Dr. F.____ und Prof. H.____ nicht zur Verfügung stand, vermag die Beweiskraft des Gutachtens somit nicht zu erschüttern.

4.4

Sodann macht die Beschwerdeführerin geltend, die B.____-Gutachter hätten die Folgen der beiden Sturzereignisse vom Dezember 2012 und vom März 2013 nicht in ihre Beurteilung einbezogen (Urk. 1 S. 6 f.). Zum Vorfall vom 7. Dezember 2012 ist auf die Darlegungen in nachstehender Erwägung 5.2 zu verweisen und festzuhalten, dass dieser Sturz keine bleibenden Folgen nach sich zog. Auch die Beschwerdeführerin legte nicht näher dar, welche bleibenden gesundheitlichen Folgen der Vorfall vom 7. Dezember 2012 nach sich zog.

Ein Sturzereignis vom März 2013 sodann ist nicht aktenkundig, sondern ein solches vom 7. März 2014 (vgl. Urk. 8/23/5 f., Urk. 8/23/11 f.). Dieses führte gemäss den Abklärungen durch die Suva als zuständige Unfallversicherung abgesehen von oberflächlichen Prellungen zu keinen längerdauernden Beeinträchtigungen, weswegen das Ereignis als bagatellär eingestuft wurde (vgl. Urk. 8/23/8 f.). Es erweist sich somit als nicht wesentlicher Mangel, dass dieses Ereignis wie auch dasjenige vom 7. Dezember 2012 im Rahmen der

Begutachtung durch die Ärzte des B.____

konkret keine Berücksichtigung fand. Da auch sonst keine Gründe ersichtlich sind, die die gutachterlichen Darlegungen entkräften, sondern vielmehr die Schlussfolgerungen der Gutachter in den jeweiligen Teilgutachten und in der Konsensbeurteilung nachvollziehbar sind, ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdeführerin das B.____-Gutachten insgesamt als überzeugend einstufte (Urk. 8/38/6). 5. 5.1

Zum strittigen Aspekt, ob sowohl die ischämischen Insulte im Jahr 2013 als auch der Herzinfarkt vom Oktober 2015 Folge derselben Grunderkrankung sind und des wegen das Wartearbeitjahr 2013 zu laufen begonnen hat (Urk. 1 S. 8 f. Rz 30 ff.), ist zunächst zu beachten, dass in der Invalidenversicherung nicht die Diagnose, sondern die Auswirkung des Leidens auf die Erwerbsfähigkeit massgebend ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Somit ist ein medizinischer Zusammenhang zwischen den Ereignissen von September 2013 und Oktober 2015 nicht per se bestimmend für den Lauf des Wartearbeitjahres. Ausschlaggebend ist, in welchem Umfang und wie lange sich die jeweiligen Ereignisse auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt haben.

Die Darlegungen der Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang sind wenig aufschlussreich. Im Feststellungsblatt vom 25. September 2017 (vor Erlass der angefochtenen Verfügung) hielt Dr. D.____ fest, eine gemeinsame Genese der Insulte im Jahr 2013 und des Infarkts im Jahr 2015 sei nicht nachgewiesen (Urk. 8/101/4). Vor Erlass des Vorbescheides vom 19. September 2016 hatten die RAD-Ärzte Dr. C.____ und Dr. N.____ festgehalten, der kardiale Gesundheitsschaden ab dem 23. Oktober 2015 beruhe auf einer von den vorherigen Ereignissen getrennten Ursache (Urk. 8/75/6). Vor Erlass des Vorbescheides vom 13. August 2015 hatte RAD-Arzt Dr. C.____ auf den im Gutachten attestierten retrospektiven Verlauf verwiesen (Urk. 8/38/6). 5.2

Ein erster Vorfall ereignete sich am 7. Dezember 2012, als die Beschwerdeführerin auf ihre Knie stürzte. Das Sturzereignis hatte

gemäss

den Akten der Unfallversicherung (Suva) einen Arbeitsausfall bis Frühling 2013 zur Folge (Aufnahme der Arbeit im März 2013 und Einstellung der Leistungen per 31. Mai 2013; Urk. 8/16/24, Urk. 8/23/3 ff.). Dem Arbeitgeberbericht der Z.____ ist allerdings zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin effektiv nur in der Zeit ab dem 24. Dezember 2012 bis zum 31. Januar 2013 unfallbedingt und am 21. Februar 2013 krankheitshalber fehlte (Urk. 8/21/9). Zwar betrug das Arbeitspensum bei dieser Arbeitgeberin pro Woche nur 11,25 Stunden, jedoch arbeitete die Beschwerdeführerin täglich (während 2,25 Stunden; Urk. 8/21/2). Dieser Umstand stellt die attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit in Frage, weswegen offenbleibt, in welchem Umfang die Beschwerdeführerin seinerzeit effektiv arbeitsunfähig war.

Zusätzlich zur Stelle bei der Z.____ trat die Beschwerdeführerin am 22. April 2013 bei Y.____, O.____, eine Stelle an (Administrativtätigkeiten, Unterstützung des Therapeuten, Reinigungsarbeiten). Die Beschwerdeführerin arbeitete dort während 8 Stunden an jedem zweiten Tag (insgesamt 24 Stunden pro Woche; Urk. 8/19/1 f.). Zusammen mit dem Wochenpensum von 11,25 Stunden respektive von 10,8 Stunden ab dem 1. Mai 2013 bei der Z.____ (Urk. 8/21/2) leistete die Beschwerdeführerin ab dem 22. April 2013 ein Wochenpensum von 35,25 Stunden, was einem Beschäftigungsgrad von knapp 90 %

entspricht .

Sodann übte die Beschwerdeführerin in geringfügigem Umfang eine Reinigungstätigkeit in einem Privathaushalt aus (zweimal pro Monat während 3 Stunden; Urk. 8/16/23 f.). Dazu passend finden sich im IK-Auszug Einträge ab dem Jahr 2012 (P. ___ ; Urk. 8/73/2).

Ein Beginn des Wartejahres im Zusammenhang mit den Folgen des Sturzes vom Dezember 2012 fällt aufgrund der genannten Umstände ausser Betracht. Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin in der Anmeldung zum Leistungsbezug als Beginn des relevanten Gesundheitsschadens den September 2013 angab (Urk. 8/4/6). 5.3

Gemäss B. ___ -Gutachten bestand als Folge der Vorfälle vom 13. und vom 19. September 2013 bis und mit Dezember 2013 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, von Januar bis April 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und ab Mai 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (Urk. 8/37/20). Die Ärzte des E. ___ und später die Hausärztin Dr. A. ___ stellten ab dem 24. September 2013 Atteste über eine vollständige Arbeitsunfähigkeit aus (Urk. 8/19/8 ff.). Der letzte effektive Arbeitstag bei Y. ___ und bei der Z. ___ war der 23. September 2013 (Urk. 8/19/1, Urk. 8/19/8 ff., Urk. 8/21/10).). Die Arbeit bei Y. ___ nahm die Beschwerdeführerin in der Folge nicht wieder auf. Der Arbeitgeber kündigte das Arbeitsverhältnis per Ende November 2013 (Urk. 8/19/1, Urk. 8/19/7).

Bei der

Z. ___ fiel die Beschwerdeführerin laut deren Arbeitgeberbericht krankheitsbedingt bis zum 31. Dezember 2013 aus (Urk. 8/21/10 ff.). Danach arbeitete sie wieder während jeweils 2,16 Stunden pro Tag (10,8 Wochenstunden; Urk. 8/21/2). Krankheits- respektive unfallbedingte Ausfälle verzeichnete die Arbeitgeberin hernach einzig noch für die Zeit ab dem 7. bis zum 15. und ab dem 18. bis zum 22. August 2014 (Urk. 8/21/9, Urk. 8/21/12). Das Wochenpensum von 10,8 Stunden entsprach einem Beschäftigungsgrad von 25,7 % , bezogen auf das bei der Z. ___ übliche Wochenpensum von 42 Stunden (Urk. 8/21/2).

Auch die Tätigkeit für P. ___ übte die Beschwerdeführerin 2014 weiterhin aus (Urk. 8/73/2). Das Pensum belief sich auf zweimal 3 Stunden pro Monat (Urk. 8/16/23 f.).

Vor diesem Hintergrund erweist sich die Beurteilung von Dr. A. ___ in ihrem nicht datierten, bei der Beschwerdegegnerin am 5. August 2014 eingegangenen Bericht, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit, als nicht überzeugend . Auch im Bericht vom 20. November 2014 attestiert Dr. A. ___ eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 8/28/1).

Sie wies zwar auf die Tätigkeit bei der Z. ___ hin, stufte diese aber als angepasst ein (Urk. 8/17/2 f.). Inwiefern das seinerzeitige Anforderungsprofil von einem all fälligen früheren abwich , erschliesst sich nicht. Dem Arbeitgeberbericht der

Z. ___

lassen sich keine Hinweise auf eine qualitative Anpassung des Tätigkeitsprofils entnehmen, sondern nur solche auf eine geringfügige zeitliche Reduktion (Urk. 8/21/2, Urk. 8/21/5).

Für die Beurteilung vom August 2014 stützte sich Dr. A. ___ auf Berichte des E. ___ vom 13. September 2013, vom 13. November 2013 und vom 2. Mai 2014 (Urk. 8/17/6 ff.). In demjenigen vom 13. November 2013 erwähnten die Ärzte, gemäss Angaben der Beschwerdeführerin sei ihre Leistungsfähigkeit stark reduziert. Ohne Dyspnoe könne sie nur ein Stockwerk überwinden . Auch in der Ebene trete rasch Kurzatmigkeit auf (Urk.

8/17/11). Im Bericht des E.____ vom 2. Mai 2014 ist davon nichts mehr erwähnt. Vielmehr wurde auf psychische Symptome (Verdacht auf eine depressive Anpassungsstörung) hingewiesen (Urk. 8/17/6 f.). Auch im Bericht des E.____ vom 30. April 2014, den Dr. A.____ ihrem Verlaufsbericht vom 20. November 2014 beilegte, ist von einer erheblichen Limitation nichts erwähnt (Urk. 8/28/5 ff.). Die Einschätzung der Allgemeinmedizinerin Dr. A.____, die Beschwerdeführerin sei aufgrund der erlittenen ischämischen Insulte längerfristig vollständig in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, findet damit in den fachärztlichen Beurteilungen keine ausreichende Stütze. Ebenso wenig kann aufgrund der von Dr. A.____ im Verlaufsbericht vom 20. November 2014 nicht näher umschriebenen psychischen Symptome (Urk.

8/28/1) auf eine Arbeitsunfähigkeit in erheblichem Umfang geschlossen werden.

Zusammenfassend ergibt sich, dass nichts gegen die Beurteilung der B.____-Gutachter spricht. Da in den Berichten der Ärzte des E.____, die die Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit den erlittenen ischämischen Insulten behandelten, im weiteren Verlauf von einem stabilisierten gesundheitlichen Zustand die Rede war und keine wesentlichen Beeinträchtigungen mehr erwähnt wurden, ist die Einschätzung der B.____-Gutachter nachvollziehbar, dass nach anfänglicher vollständiger Arbeitsunfähigkeit nach den Insulten im September 2013 von einer stufenweisen Steigerung der Arbeitsfähigkeit auszugehen war.

5.4

Frühester Beginn des Wartejahres

ist nach dem Gesagten der 23. September 2013. Ab dann war die Beschwerdeführerin gemäss B.____-Gutachten bis Ende Dezember 2013 vollständig arbeitsunfähig. Ab dem 1. Januar bis zum 30. April 2014 betrug die Arbeitsunfähigkeit 50 % und ab dem 1. Mai 2014 noch 20 %. Im Jahresverlauf, das heisst im September 2014 betrug die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit somit gerundet 52 % (100 Tage à 100 % + 120 Tage à 50 % + 145 Tage à 20

% : 365 Tage = 51,78 %). Damit ist die Voraussetzung gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG erfüllt.

Allerdings war zu diesem Zeitpunkt und auch hernach die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin um lediglich 20 % eingeschränkt, womit die Voraussetzung einer Invalidität von mindestens 40 % im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG nicht gegeben ist. Dies steht dem Anspruch auf eine Rente entgegen. Diese Voraussetzung erfüllte die Beschwerdeführerin erst nach Ablauf eines Jahres seit dem Herzinfarkt vom 23. Oktober 2015. Ab dem 23. Oktober 2015 und auch nach Ablauf eines Jahres seither war die Beschwerdeführerin nicht in der Lage, eine Erwerbstätigkeit auszuüben. Damit hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin richtigerweise ab Oktober 2016 eine ganze Rente zugesprochen.

Da die Anmeldung zum Leistungsbezug am 18. Juni 2014 erfolgte (Eingang bei der Beschwerdegegnerin am 23. Juni 2014; Urk. 8/4), war im Oktober 2016 die Frist von sechs Monaten gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG abgelaufen.

Der angefochtene Entscheid der Beschwerdegegnerin

ist nicht zu beanstanden. Weitere Abklärungen, wie sie die Beschwerdegegnerin vor Erlass der Verfügung zunächst in Betracht gezogen hat (Urk. 9/94) und wie sie von der Beschwerde führerin eventualiter beantragt wurden (Urk. 1 S. 2), sind damit entbehrlich. Viel mehr erweist sich die gegen die Verfügung vom 22. November 2017 erhobene Beschwerde als unbegründet und ist daher abzuweisen. 5.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Kosten der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Yolanda Schweri - 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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber FehrKlemmt

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.