

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00489 vom 2. Dezember 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-12-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00489

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00489 du 2 décembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00489 del 2 dicembre 2019

Erwägungen

E. 1

Die 1975 geborene X.____, Mutter von zwei Kindern (Jahrgänge 1999 und 2004), war zuletzt von 2007 bis 2015 als Pflegehelferin Anästhesie beim S pital Z.____ tätig (Urk. 11/13, Urk. 11/3 8). Am 26. Februar 2014 meldete sie sich unter Hinweis auf «Kopf und Kiefer und Depression ganzer Körper» bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 11/1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen und liess die Versicherte insbesondere polydisziplinär begutachten (Expertise vom

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). 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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. 2

0. Januar 2016 stellte die IV-Stelle in Aussicht, die Ausrichtung einer Hilflosenentschädigung abzulehnen (Urk. 11/73). Ein Anspruch auf Hilflosenentschädigung wurde mit Verfügung vom 10.

März 2016 verneint (Urk. 11/76). Am

3. Mai 201

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene leistungsabweisende Verfügung vom 25. April 2018 (Urk. 2) damit, dass während den Klinikaufenthalten jeweils eine deutliche Verbesserung der gesundheitlichen Situation habe erzielt werden können (S. 1). So sei es der Beschwerdeführerin zum Beispiel gelungen, sich humorvoll in die Therapiegruppen zu integrieren und an den Wochenenden habe sie selbständig mit den öffentlichen Verkehrsmitteln nach Hause fahren können. Es könne daraus geschlossen werden, dass die intensive Behandlung und Therapie durchaus Erfolg bringen würde. Eine Therapieresistenz könne verneint werden. Auch seien die Behandlungsmöglichkeiten weiterhin noch nicht ausgeschöpft. Unter Berücksichtigung aller Berichte werde angenommen, dass weiterhin keine gesundheitliche Beeinträchtigung vorliege, welche eine erhebliche und langandauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge habe (S. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), die Beschwerdegegnerin argumentiere mit einer überholten Rechtsprechung. Das Kriterium der Therapieresistenz sei nicht mehr allein massgebend (S. 3). Es könne ihr in keiner Weise unterstellt werden, dass sie nicht alles Mögliche und Zumutbare unternähme, um ihren Krankheitsverlauf aktiv und in positiver Weise zu beeinflussen. Die Beurteilung durch die behandelnde Psychiaterin Dr. A. ___ sei nachvollziehbar und schlüssig. Es sei auch auf den Abklärungsbericht betreffend Hilflosigkeit verwiesen, wonach die einst berufstätige und vollständig unabhängige Beschwerdeführerin auf anhaltende Unterstützung Dritter angewiesen sei (S. 4).

E. 2.2.3

und 5).

Als regelmässig im Sinne von Art. 38 Abs. 3 Satz 1 IVV gilt die lebenspraktische Begleitung, wenn sie über eine Periode von drei Monaten gerechnet im Durchschnitt mindestens 2 Stunden pro Woche benötigt wird (BGE 133 V 450 E. 6.2).

Die lebenspraktische Begleitung beinhaltet weder die (direkte oder indirekte) Dritthilfe bei den sechs alltäglichen Lebensverrichtungen noch die Pflege noch die Überwachung. Sie stellt vielmehr ein zusätzliches und eigenständiges Institut der Hilfe dar (BGE 133 V 450 E. 9).

Das Gesetz macht den Anspruch auf Hilfenentschädigung nicht davon abhängig, ob die lebenspraktische Begleitung kostenlos erfolgt oder nicht (BGE 133 V 472 E. 5.3.2). 6.3

Gemäss Art. 69 Abs. 2 IVV kann die IV-Stelle zur Prüfung eines Leistungsanspruchs unter anderem Abklärungen an Ort und Stelle vornehmen (vgl. auch Rz 8131 ff. des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der IV, KSIH, gültig ab 1. Januar 2015). Nach der Rechtsprechung hat ein Abklärungsbericht unter dem Aspekt der Hilflosigkeit (Art. 9 ATSG) oder des Pflegebedarfs folgen den Anforderungen zu genügen: Als Berichterstatte(r)rin oder Berichterstatte(r) wirkt eine qualifizierte Person, welche Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den seitens der Mediziner gestellten Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Hilfsbedürftigkeiten hat. Bei Unklarheiten über physische oder psychische Störungen und/oder deren Auswirkungen auf alltägliche Lebensverrichtungen sind Rückfragen an die medizinischen Fachpersonen

nicht nur zulässig, sondern notwendig. Weiter sind die Angaben der Hilfe leistenden Personen zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und detailliert bezüglich der einzelnen alltäglichen Lebensverrichtungen sowie der tatbestandsmässigen Erfordernisse der dauernden Pflege und der persönlichen Überwachung und der lebenspraktischen Begleitung sein. Schliesslich hat er in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben zu stehen. Das Gericht greift, sofern der Bericht eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage im eben umschriebenen Sinne darstellt, in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 133 V 450 E. 11.1.1, 130 V 61 E. 6.1 f.). Diese Grundsätze gelten entsprechend auch für die Abklärung der Hilflosigkeit unter dem Gesichtspunkt der lebenspraktischen Begleitung (BGE 133 V 450 E. 11.1.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_464/2015 vom 14. September 2015 E. 4) sowie unter dem Aspekt des Intensivpflegezuschlags (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_573/2018 vom 8. Januar 2019 E. 3.2). 6.4

Es liegt ein umfassender Abklärungsbericht betreffend Hilflosenentschädigung vom 9. Mai 2017 bei den Akten (E. 3.20) , der eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage betreffend den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Hilflosenentschädigung

bietet (E. 6.4). Gemäss diesem Bericht ist die Beschwerdeführerin auf lebens praktische Begleitung angewiesen, während sie bei den alltäglichen Lebensverrichtungen selbständig ist . Seit 2013 besteht ein wöchentlicher Aufwand von mehr als zwei Stunden. Ohne die regelmässige Unterstützung der psychiatrischen Spitex-Hilfe, der Schwiegermutter und des Ehemannes wäre die Beschwerdeführerin nicht in der Lage, selbständig zu wohnen. Termine und ausserhäusliche Kontakte müssen für sie organisiert werden und sie bedarf der Begleitung beim Verlassen der Wohnung (E. 3.20). Da nur die psychische Gesundheit der Beschwerdeführerin beeinträchtigt ist, muss für die Annahme einer Hilflosigkeit gleichzeitig Anspruch auf mindestens eine Viertelsrente bestehen (Art. 38 Abs. 2 IVV, E. 6.2).

Nachdem die Beschwerdeführerin ab 1. September 2014 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat (E. 5.2) , ist ihr ab diesem Datum auch eine Entschädigung für eine Hilflosigkeit leichten Grades zuzu sprechen. 7 .

7 .1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung ist damit gegenstandslos geworden. 7 .2

Nach §

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist ein Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. 3. 3.1

Die Ärzte des Universitätsspitals

B.____, Klinik für Neuroradiologie, berichteten mit Austrittsbericht vom 18. Januar 2014 über einen stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 14. bis 18. Januar 2014 (Urk. 11/16/14-15), und nannten als Diagnose eine Arteriovenöse Malformation (AVM) parietal rechts. Sie führten aus, im Rahmen der Abklärung von seit zwei Monaten persistierenden Kopfschmerzen sei mittels Magnetresonanztomographie (MR) eine AVM parietal rechts festgestellt worden. Gleichzeitig habe die MR-Untersuchung ein kleines inzidentelles Meningeom parietal rechts gezeigt. Die Kontrollangiographie am Ende des Eingriffs habe die vollständige Obliteration der AVM gezeigt (S. 1). 3.2

Die Ärzte der Klinik C.____ berichteten am 15. Mai 2014 (Urk. 11/12 = Urk. 11/28/61-66) über den stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 23. März bis 18. April 2014, und nannten folgende, hier gekürzt aufgeführten Diagnosen (S. 1 f.): - psychophysische Erschöpfung und Anpassungsstörung (ICD-10 Z73.0) - Raumforderung auf Höhe des Lobulus

parietalis

superior rechts, Erst diagnose September 2013 (MRI) - rechts frontale und rechts parieto-okzipitale Gefäßmalformationen, Erst diagnose September 2013 (MRI) - rezidivierende anfallsartige epigastrische Sensationen, zum Teil mit Bewusstseinsverlust - rechtsbetonte Kopf- und Gesichtsschmerzen seit März 2013 - ausgeprägte Tendomyopathie der Kau-/Schulter-/Nackermuskulatur beidseits, besonders Musculus

sternocleidomastoideus rechts stark verspannt - Fibroadenom (anamnestisch) - Thalassämia minor (anamnestisch)

Bei der Beschwerdeführerin bestünden chronische Halbseitenschmerzen, zusätzlich hätten sich eine ausgeprägte psychophysische Erschöpfung und Anpassungsstörung entwickelt. Durch die psychosozial belastende Situation mit Status nach zahlreichen Operationen und ungewisser gesundheitlicher und beruflicher Zukunft bestünden Regressionstendenzen. Gleichzeitig zeigten sich auf der Sachebene gute kognitive Fähigkeiten (S. 4). Im Verlauf des Aufenthaltes sei es insgesamt zu einer zufriedenstellenden Stabilisierung der Beschwerdeführerin mit einer Teilremission der Symptomatik gekommen (S. 3). Eine weitere psychotherapeutische Betreuung sei indiziert.

Bis 10. Mai 2014 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die weitere Arbeitsunfähigkeit sei durch den behandelnden Arzt neu zu beurteilen. Es werde ein langsamer, gestufter Wiedereinstieg mit genau definierten Aufgaben empfohlen (S. 4). 3.3

Die Ärzte der psychiatrischen Klinik D.____, berichteten am 4.

November 2014 (Urk. 11/52/16-23 = Urk. 11/79/34-40) über einen stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 21. August bis 1. Oktober 2014, und nannten folgende Diagnosen: - schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) - Status nach Mikroembolisation einer AVM im Gyrus

frontalis

medius

dexter, Januar 2014 - inzidentelles Meningeom rechts parietal (Erstdiagnose Januar 2014) - Arthrose des Kiefergelenks rechts

Der Eintritt sei freiwillig erfolgt vor dem Hintergrund einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome. Psychopathologisch im Vordergrund hätten initial affektive Niedergestimmtheit, Anhedonie, Antriebsmangel, Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit, Konzentrations- und Durchschlafstörungen sowie reduzierter Appetit gestanden. Nach der Eindosierung von Lithium mit Erreichen des therapeutischen Bereiches habe eine erste Teilremission der angegebenen affektiven, psychomotorischen und vegetativen Symptome erzielt werden können (S. 6).

Aufgrund eines intermittierenden Schwindels sei eine ausführliche somatische Abklärung durchgeführt worden, dabei habe kein organisches Korrelat der Symptome eruiert werden können (S. 6). 3. 4

Die Gutachter des Zentrums

E. ___ erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten am 26. Januar 2015 (Urk. 11/28 /1-47) gestützt auf die Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer neurologischen, internistischen, psychiatrischen, und rheumatologischen Untersuchung. Sie nannten folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S.

E. 7

erfolgte erneut eine Abklärung hinsichtlich Hilflosigkeit, über welche am 9. Mai 2017 berichtet wurde (Urk. 11/104). Mit Schreiben vom 28. September 2017 (Urk. 11/105) hielt die IV-Stelle die Versicherte unter Hinweis auf ihre Mitwirkungspflicht an, sich in einer Tagesklinik behandeln zu lassen und im Anschluss einmal wöchentlich eine ambulante Verhaltens- und Gesprächstherapie durchzuführen. Sodann erliess die IV-Stelle einen neuen Vorbescheid (Urk. 11/106), wogegen die Versicherte Einwände erhob (Urk. 11/110, Urk. 11/111, Urk. 11/120). Mit Verfügung vom 25. April 2018 (Urk. 11/123 = Urk. 2) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab. 2.

Die Versicherte erhob am 24. Mai 2018 Beschwerde gegen die Verfügung vom 25. April 2018 (Urk. 2) und beantragte die Zusprache einer Rente. Am 3. Juli 2018 (Urk. 10) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 9. Juli 2018 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 12).

Mit Gerichtsverfügung vom 9. September 2019 wurde die BVG-Sammelstiftung Swiss Life, Zürich, zum Prozess beigelegt (Urk. 13). Am 8. Oktober 2019 teilte sie mit, sie sehe im vorliegenden Fall keine Veranlassung sich vernehmen zu lassen und verzichte deshalb auf eine Stellungnahme (Urk. 15). Dies wurde den Parteien am 10. Oktober 2019 zur Kenntnis gebracht (Urk. 16). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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). 1. 3

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Abs. 1). Der Anspruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach Art. 22 IVG

beanspruchen kann (Abs. 2). Die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (Abs. 3). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben. Diese Voraussetzung ist auch von Angehörigen zu erfüllen, für die eine Leistung beansprucht wird (Abs. 4). 1. 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 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1. 5

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 aus geglichener 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 gegen übergestellt 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). 1. 6

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). 2.

E. 12

Monaten

(S. 14).

Bei der Beschwerdeführerin bestehe eine 100 % ige Arbeitsunfähigkeit angestammt und angepasst seit 9. September 2013 (S. 14). Die Prognose sei grundsätzlich positiv, da mit einer wesentlichen Besserung der depressiven Symptomatik und damit auch mit einer verbundenen Besserung des myofaszialen Schmerzsyndroms binnen eines Zeitraums von 12 Monaten ausgegangen werden könne (S. 15). 3. 5

Dr. F.____ , Facharzt für Neurologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte mit Stellungnahme vom 29. Januar 2015 (Urk. 11/39/5) aus, das E.____ -Gutachten gehe detailliert auf die Aktenlage ein und erhebe umfassend selbständig Befunde. Darauf könne abgestützt werden. 3. 6

Die Fachpersonen der Klinik G.____

berichteten am 7. August 2015 (Urk. 11/37) über einen stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 20. Mai bis 2. Juli 2015 (Ziff. 1.3) , und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) - somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Pflegehelferin habe vom 20. Mai bis 2. Juli 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (Ziff. 1.6). Die Beschwerdeführerin leide an folgenden psychischen Einschränkungen: Konzentrationsstörung, Vergesslichkeit, geringe Belastbarkeit, rasche Überforderung, unspezifische Angstzustände, chronische Schmerzwahrnehmung, Durchschlafstörung, geringe Frustrationstoleranz, Kraftlosigkeit, Gereiztheit. Aufgrund dieser Beschwerden erscheine eine volle Leistungsfähigkeit derzeit noch nicht gegeben. Die Beschwerdeführerin sei nicht in der Lage, ihren Alltag selbständig zu bewältigen (Ziff. 1.7). Prognostisch ungünstig habe bei Klinikaustritt die Chronifizierung und die geringen therapeutischen Erfolge erschienen. Günstig erscheine die hohe Behandlungsmotivation und die leicht erzielte Besserung während des stationären Aufenthaltes. Es werde davon ausgegangen, dass unter der Bedingung einer erfolgreichen teilstationären und nachher ambulanten Nachbehandlung längerfristig ein beruflicher Wiedereinstieg möglich sei (Ziff. 1.4). Das Gelingen einer Wiedereingliederungsmassnahme hänge entscheidend vom weiteren therapeutischen Verlauf ab. Der Beschwerdeführerin sei eine teilstationäre Behandlung empfohlen worden (Ziff. 1.8). 3. 7

Dr. H.____ , Facharzt für

Allgemeine Innere Medizin, führte mit Bericht vom 18. September 2015 (Urk. 11/52/1-2) aus, die Beschwerdeführerin sei müde, kraftlos, könne am Tag überhaupt nichts anfangen. Sie freue sich auf nichts und habe immer wieder Suizidgedanken, jedoch keine suizidalen Pläne. Es bestehe eine massive Enttäuschung über die bisherigen misslungenen therapeutischen Massnahmen (S. 1). In den letzten drei Monaten sei die Beschwerdeführerin mehrmals notfallmässig und zu regulären Terminen in die Praxis gekommen. Bisherige therapeutische Massnahmen inklusive intensive Physiotherapie , Psychotherapie, stationäre Behandlungen in der psychiatrischen Klinik und auf der Rheumatologie hätten überhaupt keine Besserung gebracht. Die Beschwerdeführerin sei nach wie vor in einer schweren depressiven Episode. Die Arbeitsunfähigkeit (richtig wohl: Arbeitsfähigkeit) auf dem offenen Arbeitsmarkt betrage 0 % (S. 2).

3. 8

Dr. I.____ , Facharzt für Radiologie,

Universitätsspital B.____ , Klinik für Neuroradiologie , führte mit Bericht vom

5. Oktober 2015 (Urk. 11 /79/27) aus, die subtotal

embolisierte rechtsseitige AVM des Gyrus

frontalis

medius sei unverändert geblieben mit einem sehr diskreten residuellen Teil. Das bekannte parietale Meningeom und das in seiner Nähe liegende, sehr kleine zweite Meningeom seien in Form, Kontur und Grösse gegenüber der Voruntersuchung ebenfalls unverändert geblieben. Aufgrund dieser Befunde ergebe sich zum jetzigen Zeitpunkt kein Handlungsbedarf. 3. 9

Dr. J.____, Facharzt für Neurochirurgie, Universitätsspital B.____, Klinik für Neurochirurgie, führte mit Bericht vom 27.

Oktober

2015 (Urk. 11/79/25-26) aus, er könne sich dem von Dr. I.____ gesagten nur anschliessen. Eine Kontrolle in der neurochirurgischen Sprechstunde sei in einem Jahr indiziert. 3.10

Die Ärzte der D.____

führten mit Bericht vom 4. November 2015 (Urk. 11/63) aus, die Beschwerdeführerin seit Oktober 2015 wöchentlich / alle zwei Wochen zu behandeln, und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.4 1) - Hemihypästhesie rechts - inzidentelles Meningeom rechts parietal - Status nach Mikroembolisation einer AVM im Gyrus

frontalis

medius

dexter, Januar 2014)

Seit mindestens dem 21.

Oktober 2015 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Tätigkeit als Pflegehelferin (Ziff. 1.6). Die Beschwerdeführerin leide an Schmerzbeschwerden, Affektstörung, Antriebsstörung, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit mit zunächst ein bis zwei Stunden pro Tag, die auch die Schmerzsymptomatik berücksichtige, sei mittelfristig denkbar (Ziff. 1.7). 3. 11

Die Ärzte des Universitätsspitals

B.____, Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, nannten mit Bericht vom 9. Dezember 2015 (Urk. 11/79/13-16) unter anderem als Diagnose eine Verbrühung Grad 2a Unterschenkel und Fuss links (4 %) am 7. Dezember 2015.

Der Beschwerdeführerin sei beim Teeaufgiessen schwindlig geworden (vorbestehende Problematik) und daraufhin habe sie sich das Wasser unbeaufsichtigt auf den linken Unterschenkel und Fuss gegossen (S. 1). Sie sei am 8. Dezember 2015 mit reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen worden (S. 3). 3.12

Dr. I.____ (vorstehend E. 3.8) nannte mit Bericht vom 17. Dezember 2015 (Urk. 11/68) folgende Diagnosen (Ziff. 1.2) - nicht rupturierte AVM im Gyrus

frontalis

medius rechts - kleines Meningeom rechts parietal

Die Arbeitsfähigkeit könne nicht beurteilt werde (Ziff. 4). Zur Prognose führte Dr. I. ____ aus, hinsichtlich der AVM und des kleinen Meningeomes lägen stabile (AVM) beziehungsweise sehr diskret progrediente (Meningeom) Befunde vor, sodass die Prognose sich zu diesem Zeitpunkt als gut darstelle (Ziff. 3.3). 3.1 3

Die Beschwerdegegenerin führte am 14. Januar 2016 eine Abklärung vor Ort für eine Hilflosenentschädigung durch (Urk. 11/ 75 S. 1 oben). Die Abklärungsperson führte im Bericht vom 10. März 2016 (Urk. 11/75) aus, die Beschwerdeführerin habe sich mit heissem Wasser an den Beinen verbrannt. Die Verbrennungen seien so stark gewesen, dass am 22. Dezember 2015 eine Hauttransplantation habe durchgeführt werden müssen (S. 1). Sie verlasse das Haus aus psychischen Gründen ungern. Oft würde ihr aufgrund der Aufregung schwindelig werden. Zu Terminen müsse sie daher vom Ehemann begleitet werden. Es sei ihr nicht möglich, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, da sie Panik bekomme. Sie habe einen Führerausweis, fahre jedoch seit 2013 aufgrund ihrer Ängste nicht mehr selber. Sie könne telefonieren, pflege allerdings nur wenige Kontakte innerhalb der Familie. Die Hilflosigkeit im Bereich Fortbewegung/Pflege gesellschaftlicher Kontakte könne bejaht werden (S. 3). 3. 1 4

Die Fachpersonen der Klinik K. ____

berichteten am

28. Juni 2016 (Urk. 11/84) über eine Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 27. April bis 3. Mai 2016, und nannten als Hauptdiagnose dissoziative Anfälle (ICD-10 F44.5, EM in Oktober 2013), im Sinne einer Konversionsreaktion, mittlerweile sich chronifizierend (S. 1). Grund der Hospitalisation sei die differentialdiagnostische Abklärung anfallsartiger Störungen.

Es bestünde nach wie vor kein Anhalt für eine Epilepsie (S. 3). Die Arbeitsfähigkeit sei aus epileptologischer Sicht nicht eingeschränkt (S. 4). 3. 1 5

Die Ärztinnen der D. ____ führten mit Verlaufsbericht vom 29. Juli 2016 (Urk. 11/86) aus, die Beschwerdeführerin sei vom 8. bis 27. April 2016 in stationärer Behandlung gewesen und sei seit dem 6. Juni 2016 erneut wieder in stationärer Behandlung in der psychiatrischen Klinik in D. ____ . Der aktuelle Verlauf könne aus ambulanter Sicht nicht beurteilt werden, da es am 1. April 2016 einen Therapeutenwechsel gegeben habe (Ziff. 3.1). 3. 1 6

Die Ärzte der D. ____

berichteten mit Austrittsbericht vom

E. 13

Oktober 2016 (Urk. 11/95) über die stationäre Behandlung der Beschwerdeführerin vom 6. Juni bis 8. September 2016 sowie vom 8. bis 27. April 2016 (S. 1), und nannten folgende, hier gekürzt aufgeführte psychiatrische Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3) - Verdacht auf dissoziative Anfälle (ICD-10 F44.5) - chronische s

myofasciales Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren bei leichter Kiefergelenksarthrose rechts und Bruxismus (Erstdiagnose März 2013), Differentialdiagnose Fibromyalgie (ICD-10 F45.41)

Der Eintritt sei freiwillig bei progredienter depressiver Zustandsverschlechterung über die letzten vier Wochen erfolgt, vor allem mit Zunahme visueller und akustischer Halluzinationen. Zudem habe die Beschwerdeführerin eine erneute Abklärung der körperlichen Beschwerden gewünscht (S. 5).

Die depressive Symptomatik sei nach Fremdbeurteilung deutlich rückläufig gewesen. Die Beschwerdeführerin

habe sich affektiv aufgehellt gezeigt, habe spontan keine Beschwerden berichtet, sei im Kontakt mit Mitpatienten und Personal humorvoll und psychomotorisch in Mimik und Gestik gelockert gewesen. Der Antrieb sei soweit normalisiert gewesen, dass die Beschwerdeführerin selbst ständig habe mit den öffentlichen Verkehrsmitteln nach Hause fahren und Wochenendurlaube wahrnehmen können. Diese Selbstbeurteilung der Symptomatik weiche hiervon jedoch stark ab. Die Beschwerdeführerin habe sich selber kränker als je zuvor gesehen. Dabei habe sie auf Nachfrage insbesondere über die neu aufgetretenen mnestischen Störungen geklagt (S. 5).

Ungünstig für den Krankheitsverlauf sei der völlige Verlust sowohl der Rolle als Mutter und Hausfrau in Verdrängung durch die Schwiegermutter als auch die fehlende Tagesstruktur nach Aufgabe der Arbeit im Spital. Weiterhin als ungünstig werde nach Wegfall der Unterstützung durch die SUVA finanzielle Belastungen der Familie, welche auch die Beziehung zum Ehemann zusätzlich belasten, gesehen. Vorschläge tagesklinischer Betreuung oder Möglichkeiten, beispielsweise als Sitzwache wieder Kontakt zum alten Berufsumfeld aufzunehmen, habe die Beschwerdeführerin jedoch abgelehnt. Problematisch erscheine die beinahe überwertige Vorstellung einer bisher nicht gefundenen, alles erklärenden somatischen Ursache, verbunden mit der Hoffnung der Heilung gleichsam über Nacht

(S. 6). Bei fehlendem Anhalt für Selbst- oder Fremdgefährdung sei die Beschwerdeführerin

in fremdbeurteilt teilremittierten Zustand in die alten Verhältnisse entlassen worden (S. 6).

3. 17
Die Ärzte der D.____ führten mit Bericht vom
7. November 2016

(Urk. 11/94) zu handen der Beschwerdegegnerin aus, vor dem Hintergrund der vorbekannten rezidivierenden depressiven Störung habe bei Eintritt eine schwere depressive Episode mit schwerer Anhedonie, Antriebslosigkeit und Niedergeschlagenheit importiert, im Weiteren schwerer sozialen Rückzug, Insuffizienzgedanken und Schuldgefühle, Appetitlosigkeit, Ein- und Durchschlafstörung sowie Störung der Konzentration und Aufmerksamkeit. Die Aggravation der rechtsseitigen Hemiplegie hinsichtlich Intensität und Ausdehnung der Schmerzareale bei vorbekanntem myofaszialem Schmerzsyndrom und Verdacht auf eine Fibromyalgie lasse sich als Symptom der akuten depressiven Exazerbation subsumieren. Die visuellen und akustischen Halluzinationen würden nach Ausschluss epileptogener Ursachen durch die Klinik K.____ als psychotische Begleitsymptomatik der aktuell schweren depressiven Episode subsumiert werden. Trotz des von den Neurologen beschriebenen Missverhältnisses zwischen der Lokalisation des Meningeoms rechts und der dazu nicht stimmigen Schmerzlokalisierung und Kraftminderung ebenfalls auf der rechten Seite könne nicht davon ausgegangen

werden, dass es sich um eine bewusstseinsnahe oder simulierte Schmerzsymptomatik handle. Vielmehr sei diese als chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu erklären, welche im Rahmen der schweren depressiven Episode verstärkt werde (S. 5).

Trotz der objektiv unter der Elektrokonvulsionstherapie (EKT) während der aktuellen Hospitalisation einsetzenden Teilremission, welche die Beschwerdeführerin selbst nicht wahrnehmen können, verbleibe die Beurteilung des weiteren Krankheitsverlaufes aufgrund des inzwischen fast drei Jahre bestehenden Beschwerdebildes aus somatischen und psychischen Symptomen mit vor der Hospitalisation geringen Verbesserungsmöglichkeiten und teilweise imponierenden Progredienz der depressiven Symptomatik kritisch zu beurteilen (S. 5).

Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Pflegehelferin im Spital Z.____

bestehe seit dem 8. April 2016 bis mindestens wahrscheinlich Ende 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 8 Ziff. 1.6).

Die Beschwerdeführerin imponiere rasch überfordert, leide unter Reizüberflutung mit Stimmungseinbrüchen, Schwindel und Kopfschmerzen. Sie ziehe sich dann unmittelbar zurück, so dass sie während der Hospitalisation auch vor dem Hintergrund der Antriebsstörung zunächst kaum an den Therapien regelmässig teilnehmen können, im späteren Verlauf während der

Therapien die Möglichkeit gebraucht habe, sich aus der Gruppe und vom Arbeitstisch in eine Ruhenische für Minuten zurückziehen zu können.

Zusammen mit der Antriebsstörung und der krankheitsimmanenten Überzeugung kompletter Arbeitsunfähigkeit sei die Beschwerdeführerin nicht in der Lage, die verbleibenden kognitiven und körperlichen Ressourcen im Sinne einer regelmässigen Tätigkeit kontinuierlich abzurufen und sich trotz grundsätzlicher Therapie- und Arbeitsmotivation für eine konkrete Aufgabe zu motivieren und sich darauf zu konzentrieren. Die Beschwerdeführerin könne die Bereitschaft für einen prozesshaften Beginn in kleinen Schritten stufenweiser Verantwortungsumnahme nur mit Mühen mobilisieren, reagiere stattdessen mit Verzweiflung und Zukunftsängsten.

Längere Gehstrecken seien aufgrund der subjektiven muskulären Schwäche oder das Tragen und Heben von Lasten nicht möglich. Die Gefahr erneuter dissoziativer Anfälle mit Sturzgefahr oder anderer Selbstverletzung würden Tätigkeiten ausschliessen, welche ein besonderes Mass an dauerhafter Konzentration, Übersicht und Sicherheit bei der Arbeitsdurchführung bis zum Ende, Zuverlässigkeit und Regelmässigkeit erforderlichen. Arbeiten mit gefährlichen Substanzen (Verbrühung mit kochendem Wasser) oder das Führen von Maschinen würden ausscheiden (S. 8 f. Ziff. 1.7).

Es werde davon ausgegangen, dass eine berufliche Integration auch in geringem Umfang von wenigen Stunden in der Woche, beispielsweise auf dem geschützten Arbeitsmarkt, den Krankheitsverlauf trotz weiterhin bestehender Einschränkung positiv beeinflussen könne (S. 11 Ziff. 1.9).

Seit dem 21. August 2014 sei die Beschwerdeführerin aufgrund der beschriebenen psychischen und geistigen Einschränkungen zu 100

% arbeitsunfähig. Aufgrund der Verbrühungen infolge Sturzgeschehen im Rahmen eines dissoziativen Anfalls im Dezember 2013 mit notwendiger chirurgischer Folgebehandlungen sei die Arbeitsfähigkeit auch aufgrund körperlicher Einschränkungen gemindert gewesen (S. 11 Ziff. 1.8).

3.

E. 18

Dr. F.____, RAD (vgl. vorstehend E. 3.5), führte mit Stellungnahme vom 9. Februar 2017 (Urk. 11/117/5-6) bezugnehmend auf den Bericht der Ärzte der D.____ vom

7. November 2016 (vgl. vorstehend 3. 17) und den Bericht der Klinik K.____ von Juni 2016 (vorstehend E. 3.14) aus, im Vergleich zum interdisziplinären Gutachten vom 26. Januar 2015 könne der Gesundheitszustand (trotz gesessenen Erfolgen durch die EKT) bisher nicht als eindeutig gebessert beurteilt werden. Die Ergebnisse des Gutachtens seien weiter nachvollziehbar (S. 2). 3.

E. 19

Die Fachexpertin der Beschwerdegegnerin

L.____

nahm am 17. Februar 2017 (Urk. 11/117/6-8) unter dem Titel « Ressourcenprüfung (nach Standardindikator) » Stellung und hielt unter anderem fest, die therapeutischen Optionen seien noch nicht ausgeschöpft. Deutliche Verbesserungen des Gesundheitszustandes hätten im Verlauf beobachtet werden können. Eine Therapieresistenz sei daher zu verneinen. Psychosoziale Belastungsfaktoren wie auch eine verzerrte Wahrnehmung der Beschwerdeführerin ihrer Beeinträchtigungen lägen vor (S. 3). 3.

E. 20

Die Beschwerdegegnerin führte am 3. Mai 2015 (richtig: 2017) eine Abklärung vor Ort für eine Hilfenotschädigung durch (Urk.

11/104 S. 1 oben). Die Abklärungsperson führte im Bericht vom 9. Mai 2017 (Urk. 11/104) aus, die Abklärungen vor Ort hätten ergeben, dass die Beschwerdeführerin bei den üblichen Lebensverrichtungen wie zum Beispiel Aufstehen, Ankleiden, Körperpflege, Notdurft etc. selbständig sei. Der Bedarf einer lebenspraktischen Begleitung könne hingegen bejaht werden. Die Voraussetzungen der Regelmässigkeit an Unterstützung und Begleitung im Alltag könnten wegen der psychischen Verfassung als ausgewiesen erachtet werden (S. 6). Die Beschwerdeführerin könne sich mangels Antrieb und Körperkraft nicht an den Hausarbeiten beteiligen, sie sei vollständig auf die Übernahme der anfallenden Hausarbeiten durch die Schwiegermutter angewiesen. Die Administration erledige der Ehemann. Auf sämtlichen Wegstrecken ausserhalb der Wohnung werde die Beschwerdeführerin begleitet und sie müsse motiviert werden. Termine könne sie nicht selbständig abmachen und einhalten. Es sei ihr nicht möglich, Einkäufe zu tätigen. In die Kaufentscheidungen sei sie nicht involviert. Sie habe auch keine Lust zu telefonischen Kontakten mit ihren Eltern in Serbien, ihr Ehemann müsse ihnen über ihren Gesundheitszustand Auskunft geben (S. 5). 3.

E. 21

Die Fachexpertin L.____ führte am 21. Juli 2017 betreffend Standardindikatoren aus, nach einer Gesamtwürdigung aller Einschränkungen und Ressourcen sei es der Beschwerdeführerin trotz ihrer Beschwerden zumutbar, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Es liege kein invalidenversicherungs-relevantes psychisches Leiden vor, da keine Therapieresistenz ausgewiesen sei. Gesondert sei der Beschwerdeführerin eine Schadenminderungspflicht aufzuerlegen (Urk. 11/117/10) . 3.

E. 22

Die Ärztinnen der D.____

nannten mit Bericht vom 17. Oktober 2017 (Urk. 11/110) folgende Diagnosen (S. 2): - andauernde Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Krankheit (ICD-10 F62.1) - schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) - dissoziative Fugue (ICD-10 F44.1)

Trotz Ausschöpfung aller evidenzbasierter Massnahmen zur Behandlung der schweren depressiven Symptomatik inklusive Lithiumtherapie und EKT's habe sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zunehmend verschlechtert. Zudem hätten die dissoziativen Zustände an Intensivität und Häufigkeit zugenommen. Die Beschwerdeführerin berichte, das sie sich an örtliche und zeitliche Abläufe während eines solchen Zustandes nicht mehr erinnere. So sei sie beispielsweise alleine am Rande der Limmat gestanden und sei von einem Nachbarn angehalten worden. An die Situation wie sie das Haus verlassen habe, habe sie keine Erinnerungen mehr. Zu Beginn des Jahres sei sie, vermutlich ebenfalls in einem dissoziativen Zustand, nach Zürich gefahren und habe dabei in einem Geschäft einen Gegenstand eingepackt und habe aufgrund dessen eine Anzeige wegen Diebstahl erhalten. An dieses Ereignis könne sie sich ebenfalls kaum erinnern. Im Anschluss habe sie sich in stationäre Behandlung des Zentrums M.____

begeben. Eine Besserung der Symptomatik habe nicht erreicht werden können (S. 1 f.).

Seit mindestens zwei Jahren bestehe eine erhebliche Veränderung in der Wahrnehmung (optische und akustische Halluzinationen), in der Beziehung («alle meiden sie, niemand nimmt sie ernst») und im Denken (sie werde von massiven Schuld- und Schamgefühlen geplagt). Zudem ziehe sie sich seit Jahren vollständig zurück, an einem Familienalltag nehme sie seit Jahren nicht mehr teil und verbringe die meiste Zeit im Bett. Freizeitaktivitäten gehe sie ebenfalls nicht nach. Aufgrund der immer wiederkehrenden Schmerzen begeben sie sich mehrfach im Monat in hausärztliche Behandlung. Auch ihr Umfeld sei durch die Erkrankungen der Beschwerdeführerin stark belastet und masslos überfordert. Aus psychiatrischer Sicht verschlechterten die oben aufgeführten Diagnosen die Prognose deutlich und seien nicht überwindbar. Aktuell sei die Beschwerdeführerin aufgrund des niedrigen Funktionsniveaus ebenfalls nicht in der Lage an einem tagesklinischen Programm teilzunehmen. Perspektivisch könne dadurch gegebenenfalls nur die Lebensqualität verbessert werden. Wie bereits im Austrittsbericht vom Sommer 2016 beschrieben,

könne die Beschwerdeführerin weder die Rolle als Mutter noch als Hausfrau erfüllen. Sie sei auf jegliche Hilfe aus ihrem Umfeld angewiesen (S. 2) . 3.

E. 23

Dr. A.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,

D.____, führte mit Bericht vom 16. Mai 2018 (Urk. 3)

nach Verfügungserlass aus, die Beschwerdeführerin zeige in den Gesprächen, die alle zwei Wochen stattfänden, grosse Konzentrationsdefizite. In der Regel müsse das Gespräch aus diesen Gründen nach zwanzig Minuten abgebrochen werden. Schnell komme es zu einer kognitiven und emotionalen Überforderung, so dass sie das Behandlungszimmer abrupt verlassen müsse. Ein tagesklinisches Setting sei nicht zumutbar.

Seit dem letzten stationären Klinikaufenthalt über mehrere Monate im Jahr 2016 habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin deutlich verschlechtert. Trotz leitliniengerechter multimodaler Behandlung inklusive EKT und Lithiumtherapie einer Depression habe keine Besserung erzielt werden können. Es deute also eher darauf hin, dass es sich um eine andauernde Persönlichkeitsveränderung handle (S. 2) .

Die passive, kraftlose, immer wieder mit Schmerzen und Schwindel geplagte Beschwerdeführerin werde auch nicht durch eine intensive Behandlung den Zustand erreichen, wieder arbeiten zu gehen. Bestenfalls könne nur noch die basale Lebensqualität durch eine Therapie im häuslichen Umfeld verbessert werden (S. 2). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens unter Hinweis darauf, dass keine gesundheitliche Beeinträchtigung vorliege, welche eine erhebliche und langandauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge habe . Während den Klinikaufenthalten habe jeweils eine deutliche Verbesserung der gesundheitlichen Situation erzielt werden können und es könne darauf geschlossen werden, dass die intensive Behandlung und Therapie durchaus Erfolg bringen würde (vorstehend E. 2.1) . Dabei stütze sie sich auf die Beurteilung der Fachexpertin vom 17. Februar 2017 (vorstehend E. 3. 19) und vom 21. Juli 2017 (vorstehend E. 3. 21). 4. 2

Das E.____ - Gutachten vom 26. Januar 2015 erfüllt die formalen Beweiswert-Anforderungen (vorstehend E. 1.6) ohne weiteres, ist es doch für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben.

Darüber hinaus leuchtet es auch in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und enthält nachvollziehbar begründete Schlussfolgerungen, so dass darauf abgestellt werden kann.

4.3

Aufgrund der medizinischen Akten steht vorliegend ein psychisches Leiden der Beschwerdeführerin im Vordergrund . So erachteten die Gutachter der E.____

in ihrem polydisziplinären Gutachten vom 26. Januar 2015 (Urk. 11/28) aus neurologischer Sicht die im Januar 2014 operativ versorgte arteriovenöse Malformation im Gyrus

frontalis

medius rechts sowie das kleine inzidentelle Meningeom rechtsparietal klinisch als ohne Relevanz.

Im Rahmen der internistischen Untersuchung stellte die Beschwerdeführerin ihre rheumatologischen, neurologischen und psychiatrischen Probleme in den Vordergrund. Aus rheumatologischer Sicht wurde mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

ein generalisiertes myofaszielles Schmerzsyndrom ohne neurologische Ausfälle (Differentialdiagnose Fibromyalgie) diagnostiziert. Es konnte lediglich eine leichtgradige, dekonditionierungsbedingte Reduktion der allgemeinen Leistungsfähigkeit begründet werden. Aufgrund dessen wurde

aus rheumatologischer Sicht für die bisherige Tätigkeit als Pflegehelferin eine 70%ige und für eine näher umschriebene angepasste Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit attestiert.

Die Verlaufskontrollen hinsichtlich der AVM und des kleinen Meningeomes im Oktober 2015 und Dezember 2015 waren unauffällig (vorstehend E. 3.8 f., E. 3.12).

Im Juni 2016 wurden erstmals dissoziative Anfälle diagnostiziert. Die Arbeitsfähigkeit wurde aus epileptologischer Sicht als nicht eingeschränkt beurteilt (vorstehend E. 3.14).

Im E.____-Gutachten wurde in psychischer Hinsicht mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2)

diagnostiziert. Einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) massen die Gutachter keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu. Sie beurteilten die Beschwerdeführerin in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit als vollständig arbeitsunfähig, dies seit 9. September 2013. Zudem hielten sie fest, die Prognose sei grundsätzlich positiv, da mit einer wesentlichen Besserung der depressiven Symptomatik und damit auch mit einer verbundenen Besserung des myofasziellen Schmerzsyndroms binnen eines Zeitraums von 12 Monaten ausgegangen werden könne.

RAD-Arzt Dr. F.____

empfahl im Januar 2015, auf das Gutachten abzustellen (vgl. vorstehend E. 3.5) und hielt im Februar 2017 fest, die Ergebnisse des Gutachtens seien weiterhin nachvollziehbar (vorstehend E. 3.18). Somit ging er ebenfalls von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin aus. 4.4

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

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). 4.5

Übergangsrechtlich ist bedeutsam, dass die vor der Rechtsprechungsänderung eingeholten Gutachten nicht einfach ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8 unter Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 6). Mithin ist im konkreten Fall zu klären, ob die beigezogenen Gutachten – allenfalls zusammen mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung anhand der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 5.2.2 und 8C_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 4.2). 4. 6

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V

281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 4. 7

Das Gutachten datiert vom 26. Januar 2015 und damit aus der Zeit, bevor mit BGE 141 V 281 das strukturierte Beweisverfahren eingeführt wurde. Es ist nicht umfassend und detailliert auf die massgeblichen normativen Vorgaben ausgerichtet. Deshalb kommt die spezifische übergangsrechtliche Rechtsprechung zum Tragen, wonach das kantonale Gericht zu prüfen hat, ob die vorhandenen Akten eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgebenden Indikatoren erlauben (vgl. vorstehend E. 4. 5 ; Urteil des Bundesgerichts 8C_154/2018 vom 13. Dezember 2018). 4. 8 4. 8 . 1

Zum ersten Indikator («Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome») des Komplexes der «Gesundheitsschädigung» ist festzuhalten, dass im psychiatrischen Teilgutachten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2) und eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) diagnostiziert wurden .

In dem im Rahmen der psychiatrischen Exploration erhobenen psychopathologischen Befund dominiert eine schwere depressive Symptomatik. Die Stimmung war durchgehend depressiv, die emotionale Auslenkbarkeit aufgehoben, Antrieb und Psychomotorik waren in hohem Masse gestört. Inhaltliche oder formale Denkstörungen kamen dabei nicht zur Darstellung, gedanklich fixiert war die Beschwerdeführerin unter anderem auch auf ihre

chronischen therapieresistenten Schmerzen des Bewegungsapparats. Subjektiv hat sie keine wesentlichen Fortschritte durch die letzte stationäre Behandlung zu berichten vermögen, auch fremdanamnistisch wurde vom Ehemann keine tragfähige Besserung der emotionalen Belastbarkeit geschildert (vgl. Urk. 11/28/1-48 S. 39).

Die Fachpersonen der Klinik G. führten über einen stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 20. Mai bis 2. Juli 2015 aus, dass die Beschwerdeführerin an folgenden psychischen Einschränkungen

leide: Konzentrationsstörung, Vergesslichkeit, geringe Belastbarkeit, rasche Überforderung, unspezifische Angstzustände, chronische Schmerzwahrnehmung, Durchschlafstörung, geringe Frustrationstoleranz, Kraftlosigkeit, Gereiztheit. Die Beschwerdeführerin sei nicht in der Lage, ihren Alltag selbständig zu bewältigen (vorstehend E. 3.6).

Im September 2015 hielt der Hausarzt der Beschwerdeführerin fest, die Beschwerdeführerin sei müde, kraftlos, könne am Tag überhaupt nichts anfangen. Sie freue sich auf nichts und habe immer wieder Suizidgedanken, jedoch keine suizidalen Pläne. Es bestehe eine massive Enttäuschung über die bisherigen misslungenen therapeutischen Massnahmen (vorstehend E. 3.7).

Im November 2015 wurde weiterhin eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.4 1) diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin leide an Schmerzbeschwerden, Affektstörung, Antriebsstörung, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen (vorstehend E. 3.10).

Im Oktober 2016 berichteten die Ärzte der D. über eine progrediente depressive Zustandsverschlechterung

über die letzten vier Wochen, vor allem mit Zunahme visueller und akustischer Halluzinationen. Sie diagnostizierten nunmehr eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3), einen Verdacht auf dissoziative Anfälle (ICD-10 F44.5) sowie ein chronisches myofasciales Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren bei leichter Kiefergelenksarthrose rechts und Bruxismus (Erstdiagnose März 2013), Differentialdiagnose Fibromyalgie (ICD-10 F45.41). Während des stationären Aufenthaltes sei die depressive Symptomatik nach Fremdbeurteilung deutlich rückläufig gewesen (vorstehend E. 3.16). Die Ärzte der D. hielten aber gleichzeitig fest, die Beurteilung des weiteren Krankheitsverlaufes verbleibe kritisch zu beurteilen (vorstehend E. 3.17).

Im Mai 2017 bejahte die Beschwerdegegnerin im Rahmen einer Abklärung vor Ort für eine Hilflosenentschädigung den Bedarf einer lebenspraktischen Begleitung. Die Voraussetzungen der Regelmässigkeit an Unterstützung und Begleitung im Alltag konnten wegen der psychischen Verfassung als ausgewiesen erachtet werden (vorstehend E. 3.20).

Im Oktober 2017 diagnostizierten die Ärztinnen der D. nebst einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) neu eine an dauernde Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Krankheit (ICD-10 F62.1) und eine dissoziative Fugue (ICD-10 F44.1). Trotz Ausschöpfung aller evidenzbasierter Massnahmen zur Behandlung der schweren depressiven Symptomatik inklusive Lithiumtherapie und EKT's habe sich der psychische Gesundheitszustand der

Beschwerdeführerin zunehmend verschlechtert. Zudem hätten die dissoziativen Zustände an Intensität und Häufigkeit zugenommen. Seit mindestens zwei Jahren bestehe eine erhebliche Veränderung in der Wahrnehmung (optische und akustische Halluzinationen), in der Beziehung («alle meiden sie, niemand nimmt sie ernst») und im Denken (sie werde von massiven Schuld- und Schamgefühlen geplagt). Zudem ziehe sie sich seit Jahren vollständig zurück, an einem Familienalltag nehme sie seit Jahren nicht mehr teil und verbringe die meiste Zeit im Bett. Freizeitaktivitäten gehe sie ebenfalls nicht nach (vorstehend E. 3.22).

Die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde erweist sich nach dem Gesagten als erheblich. 4.8.2

Zum zweiten Indikator («Behandlungserfolg oder -resistenz») ist festzuhalten, dass die E.____-Gutachter die Fortsetzung der engmaschigen psychiatrisch-psychosomatischen therapeutischen Behandlung empfahlen und auch eine nochmalige stationäre Behandlung für überlegenswert hielt (Urk. 11/28/1-48 S. 17). Nach der Begutachtung liess sich die Beschwerdeführerin ambulant in der D.____ behandeln (vgl. E. 3.10, E. 3.15, E. 3.23). Zudem nahm sie mehrere stationäre Behandlungen wahr:

von Mai bis Juli 2015 in der Klinik G.____ (vorstehend E. 3.6), im April 2016 und von Juni bis September 2016 in der D.____ (vorstehend E. 3.15 f.). Vor der Begutachtung war sie bereits zwei Mal stationär in Behandlung, so von März bis April 2014 in der Klinik C.____ (vorstehend E. 3.2) und von August bis Oktober 2014 in der D.____ (vorstehend E. 3.3). Aus den Akten ist ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin auch eine Elektrokonvulsionstherapie wahrnahm (E. 3.17) und die Dosierung der Medikation dauernd angepasst wurde.

Die Beschwerdegegnerin hat es entgegen der Empfehlung im E.____-Gutachten (vorstehend E. 3.4) unterlassen, ein Verlaufsgutachten nach 12 Monaten einzuholen. Aus den Beurteilungen der behandelnden Fachärzte geht hervor, dass sich trotz allen Bemühungen der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht langandauernd verbessern liess. Im Gegenteil, legten die Ärztinnen der D.____ dar, dass sich trotz Ausschöpfung aller evidenzbasierter Massnahmen zur Behandlung der schweren depressiven Symptomatik inklusive Lithiumtherapie und EKT's der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zunehmend verschlechtert hat (vgl. vorstehend E. 3.22).

Während den stationären Aufenthalten konnte zwar jeweils ein gewisser Erfolg beobachtet werden (vgl. vorstehend E. 3.2, E. 3.3, E. 3.6, E. 3.16 f.), indes hielt dieser nie längerfristig an. Die Prognose der E.____-Gutachter (vgl. vorstehend E. 4.3) hat sich trotz Ausschöpfung der angezeigten Therapien nicht bewahrheitet.

Die Beschwerdegegnerin hielt die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf ihre Mitwirkungspflicht an, sich in einer Tagesklinik behandeln zu lassen (Urk. 11/105).

Die behandelnde Psychiaterin legte nachvollziehbar dar, weshalb ein tagesklinisches Setting nicht sinnvoll sei (vgl. vorstehend E. 3.23). 4.8.3

In Bezug auf den Indikator «Komorbiditäten» ist anzumerken, dass im E.____-Gutachten aus rheumatologischer und neurologischer Sicht verschiedene Beeinträchtigungen diagnostiziert wurden. Einzig dem generalisierte n

myofasziäles

Schmerzsyndrom ohne neurologische Ausfälle (Differentialdiagnose Fibromyalgie) wurde in Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zugesprochen.

Aufgrund einer leichtgradigen, deconditionierungsbedingten Reduktion der allgemeinen Leistungsfähigkeit wurde für die bisherige Tätigkeit als Pflegehelferin eine 70%ige und für eine näher umschriebene angepasste Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit attestiert.

Hinsichtlich des Komplexes «Persönlichkeit» ist festzuhalten, dass persönliche Ressourcen im Zeitpunkt der E.____-Begutachtung gering

waren.

Die Beschwerdeführerin lebt zusammen mit ihrem Ehemann und einem Sohn und einer Tochter. Der Ehemann arbeitet

zu 100 % im Detailhandel (Urk. 11/104/2). Die Beschwerdeführerin war von 2007 bis 2013 (vgl. Urk. 11/13) als Pflegehelferin Anästhesie beim Spital Z.____ tätig (Kündigung im Jahr 2015, vgl. Urk. 11/38). Sie berichtete zum Tagesablauf, sie habe grosse Schwierigkeiten auf zu stehen und müsse sich bald wieder hinlegen. Oftmals falle die Körperhygiene morgens aus. Wie sie sich etwas besser fühle, könne sie sich anziehen. Am frühen Morgen komme bereits die Schwiegermutter vorbei, welche sich um die beiden Kinder kümmere. Sie sei überhaupt nicht in der Lage, irgendetwas im Haushalt zu erledigen. Sämtliche Tätigkeiten würden von der Schwiegermutter übernommen. Manchmal lese sie kurz die Zeitung, schaue auch mal TV, könne sich aber dabei kaum konzentrieren. Oftmals habe sie sogar Schwierigkeiten, mit der Familie gemeinsam zu essen, vor allem wenn die Schmerzen ausgeprägt seien, müsse sie sich zurückziehen (Urk. 11/28/1-48 S. 34). Im Januar 2016 gab sie an, zu Terminen müsse sie vom Ehemann begleitet werden, da ihr aufgrund der Aufregung oft schwindelig werden würde. Es sei ihr nicht möglich, öffentliche Verkehrsmittel zu benützen, da sie Panik bekomme. Sie habe einen Führerausweis, fahre jedoch seit 2013 aufgrund ihrer Ängste nicht mehr selber. Sie könne telefonieren, pflege allerdings nur wenige Kontakte innerhalb der Familie (vorstehend E. 3.13).

Im Mai 2017 hielt die Beschwerdegegnerin im Rahmen einer Abklärung vor Ort für eine Hilflorenentschädigung fest, dass die Beschwerdeführerin bei den üblichen Lebensverrichtungen wie zum Beispiel Aufstehen, Ankleiden, Körperpflege, Notdurft etc. selbständig sei. Der Bedarf einer lebenspraktischen Begleitung bejahte sie hingegen. Die Voraussetzungen der Regel mässigkeit an Unterstützung und Begleitung im Alltag erachtete sie wegen der psychischen Verfassung als ausgewiesen (vorstehend E. 3.20). Im Oktober 2017 wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin ziehe sie sich seit Jahren vollständig zurück, an einem Familienalltag nehme sie seit Jahren nicht mehr teil und verbringe die meiste Zeit im Bett. Freizeitaktivitäten gehe sie ebenfalls nicht nach. Aufgrund der immer wiederkehrenden Schmerzen gebe sie sich mehrfach im Monat in hausärztliche Behandlung. Auch ihr Umfeld sei durch die Erkrankungen der Beschwerdeführerin stark belastet und masslos überfordert (vorstehend E. 3.22).

Die Beschwerdeführerin nimmt die Unterstützung durch eine psychiatrische Spitex-Begleitung in Anspruch (vgl. Urk. 11/104/2).

Im sozialen Kontext bestehen einige Belastungen: Genannt wurden der Tod des Grossvaters im Jahr 2013, die fehlende Tagesstruktur nach Verlust der Arbeitsstelle im Spital, finanzielle Belastungen, welche auch die Beziehung zum Ehemann zusätzlich belasten und der völlige Verlust der Rolle als Mutter und Hausfrau in Verdrängung durch die Schwiegermutter (vorstehend E. 3.16). 4. 8. 5

Zu prüfen ist weiter die – beweisrechtlich entscheidende - Kategorie der «Konsistenz». Hinsichtlich des Gesichtspunkts der gleichmässigen Einschränkungen des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin ihre berufliche Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen aufgeben musste, sie nicht mehr in der Lage ist den Haushalt zu führen und ihre Rolle als Mutter wahrzunehmen und Freizeitaktivitäten bzw. die Pflege von Hobbies nicht stattfinden. Soziale Kontakte werden ausserhalb der Familie keine gepflegt. Daraus ergibt sich eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen.

Hinsichtlich des Gesichtspunkts des behandlungs- und eingliederungsanlasses ist festzuhalten, dass sich die Beschwerdeführerin in seit Dezember 2013 (vgl. Urk. 11/28/60) mit einigen Unterbrüchen in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung befindet und eine Psychopharmakotherapie erhält. Zudem wurde sie

wiederholt stationär behandelt (vorstehend E. 4. 8. 2). Demnach ist von einem grossen Leidensdruck der Beschwerdeführerin auszugehen. 4. 9

Zusammenfassend erlauben das E. ___ -Gutachten und die vorhandenen Akten eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgebenden Indikatoren. Die Prüfung der einzelnen Indikatoren führt zum Schluss, dass

die diagnostizierten Leiden eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in einer angepassten Tätigkeit bewirken. Es steht somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass die Beschwerdeführerin in die angestammte Tätigkeit als Pflegehelferin sowie eine angepasste Tätigkeit seit September 2013 nicht mehr ausüben kann (vgl. vorstehend E. 3.4).

Nach dem Gesagten erweist sich der Standpunkt der Beschwerdegegnerin, wonach während den Klinikaufhalten jeweils eine deutliche Verbesserung der gesundheitlichen Situation habe erzielt werden können und daraus

geschlossen werden könne, dass die intensive Behandlung und Therapie durchaus Erfolg bringen würde (vorstehend E. 2.1), der sich auf die von der als solche bezeichneten Fachexpertin abgegebenen nichtfachärztlichen Beurteilung (vgl. vorstehend E. 3.19, E. 3.21) stützt, als nicht nachvollziehbar. Die von der Beschwerdegegnerin angeführten Gründe, einen Rentenanspruch zu verneinen, erweisen sich somit als nicht stichhaltig. 4. 10

Der medizinische Sachverhalt ist dahingehend als erstellt zu betrachten, dass der Beschwerdeführer in seit September 2013 weder die angestammte noch eine angepasste Tätigkeit zumutbar ist. 5. 5.1

Die Beschwerdeführerin war vor ihrer Erkrankung bei einem Beschäftigungsgrad von 100% am Spital Z. ___ als Pflegehelferin tätig. Es bleibt damit die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen

Einschränkungen vorzunehmen. 5 . 2

Ein Rentenanspruch entsteht gemäss Art.

E. 28

Abs. 1 lit . b IVG unter anderem erst bei einer während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch bestehenden Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich mindestens 40 % (vgl. vorstehend E. 1.2), frühestens jedoch sechs Monate nach Geltendmachung des Anspruchs (Art.

E. 29

Abs. 1 IVG; vgl. vorstehend E. 1.3). Die Beschwerdeführer in ist seit September 201 3 nicht mehr arbeitsfähig (vorstehend E. 4.9), weshalb die einjährige Warte frist per dann zu laufen begann und Ende August 201 4 endete. Nachdem sich die Beschwerdeführer in am 2 6. Februar 2014 (Urk. 11/1) bei der Beschwerdegegnerin zum L eistungsbezug angemeldet hatte (Eingang bei der Beschwerdegegnerin am 3. März 2014, vgl. Aktenverzeichnis zu Urk. 11/1) , ist der frühestmögliche Ren ten beginn im September 201 4 .

Somit hat die Beschwerdeführer in ab dem 1. September 201 4 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung . 6. 6.1

Art. 37 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) sieht drei Hilflosig keitsgrade vor. Gemäss Abs. 3 dieser Bestimmung gilt die Hilflosigkeit als leicht, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln: a. in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheb licher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist; b. einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf; c. einer durch das Gebrechen bedingten ständigen und besonders aufwendigen Pflege bedarf; d. wegen einer schweren Sinnesschädigung oder eines schweren körperlichen Gebrechens nur dank regelmässiger und erheblicher Dienstleistungen Dritter gesellschaftliche Kontakte pflegen kann; oder e. dauernd auf lebenspraktische Begleitung im Sinne von Art. 38 IVV ange wiesen ist. 6.2

Nach Art. 38 Abs. 1 IVV liegt ein Bedarf an lebenspraktischer Begleitung im Sinne von Art. 42 Abs. 3 IVG vor, wenn eine volljährige versicherte Person ausser halb eines Heimes lebt und infolge Beeinträchtigung der Gesundheit: a. ohne Begleitung einer Drittperson nicht selbständig wohnen kann; b. für Verrichtungen und Kontakte ausserhalb der Wohnung auf Begleitung einer Drittperson angewiesen ist; oder c. ernsthaft gefährdet ist, sich dauernd von der Aussenwelt zu isolieren.

Ist lediglich die psychische Gesundheit beeinträchtigt, so muss für die Annahme einer Hilflosigkeit gleichzeitig ein Anspruch auf mindestens eine Viertelsrente bestehen (Art. 38 Abs. 2 IVV).

Zu berücksichtigen ist nur diejenige lebenspraktische Begleitung, die regelmässig und im Zusammenhang mit den in Absatz 1 erwähnten Situationen erforderlich ist. Nicht darunter fallen insbesondere Vertretungs- und Verwaltungstätigkeiten im Rahmen von Massnahmen des Erwachsenenschutzes nach den Artikeln 390-398 des Zivilgesetzbuches (Art. 38 Abs. 3 IVV).

Der Anspruch auf Berücksichtigung des Bedarfs an lebenspraktischer Begleitung ist nicht auf Menschen mit Beeinträchtigung der psychischen oder geistigen Gesundheit beschränkt. Es ist durchaus möglich, dass auch andere Behinderte einen Bedarf an lebenspraktischer Begleitung geltend machen können. Zu denken ist insbesondere an hirnverletzte Menschen

(BGE 133 V 450 E. 2.2.3).

Unerheblich ist, in welcher Umgebung sich die versicherte Person – abgesehen davon, dass sie ausserhalb des Heims wohnen muss – aufhält und ob sie auf die Hilfe des Ehegatten, der Kinder oder der Eltern zählen kann (BGE 133 V 450 E.

E. 34

Abs. 3 GSVGer)

und sind beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 145.-- (ohne MWSt) auf Fr. 1'600.-- (inkl. MWSt und Auslagenersatz) festzu setzen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 25. April 2018 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführer in ab dem 1. September 2014 Anspruch auf eine ganze Rente und auf eine Entschädigung für eine Hilflosigkeit leichten Grades hat. 2.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'600 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Pro Infirmis Zürich - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - BVG-Sammelstiftung Swiss Life - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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 Mosimann Keller

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