

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00780 vom 20. Januar 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-01-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00780](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00780)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00780 du 20 janvier 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00780 del 20 gennaio 2020

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1972, war von 1995 bis 2002 bei der Y.\_\_\_\_ AG

in der Einzieherei und von 2002 bis 2014 für diverse Arbeitgeber zunächst als Haushälterin und zirka ab dem Jahr 2003 als Reinigerin tätig (Urk. 6/6/2 Ziff. 2.7; Urk. 6/37; Urk. 6/42/2, Urk. 6/157 S. 9 Ziff. 3.1.2, Urk. 6/157 S. 22 Ziff. 4.3.1 unten). Unter Hinweis auf einen Schlaganfall meldete sie sich am 27. Februar 2014 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog Akten der Helsana Versicherungen AG als Krankentaggeldversicherung bei (Urk. 6/30; Urk. 6/68) und holte bei m

Institut Z.\_\_\_\_

ein polydisziplinäres Gutachten ein, das am 5. Dezember 2017 erstattet wurde (Urk. 6/157).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/167; Urk. 6/174) sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 9. August 2018

bei einem Invaliditätsgrad von 100% eine ganze Rente von Januar 2015 bis Juni 2016 und bei einem Invaliditätsgrad von 51% eine halbe Rente ab Juli 2016 zu (Urk.

### 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 wiederherstellen, 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. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG).

### **E. 1.3**

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung (BGE 125 V 413 E. 2d; Urteil des Bundesgerichts 8C\_780/2007 vom 27. August 2008 E. 2.3; vgl. Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 11 zu Art. 30–31). Rechtsprechungsgemäss bildet eine solche Verfügung insgesamt den Anfechtungs- und Streitgegenstand und unterliegt integral der gerichtlichen Prüfung, selbst wenn nur einzelne Punkte davon bestritten sind (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_440/2017 vom 25. Juni 2018 E. 5.1 [in BGE 144 V 153 nicht publiziert] und 9C\_50/2011 vom 25. Mai 2011 E. 2.1).

Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine abgestufte oder befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben. Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Abstufung oder Aufhebung der Rente zu erfassen (BGE 131 V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; Urteile des Bundesgerichts 8C\_765/2007 vom 11. Juli 2008 E. 2 und I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen). Dabei ist in anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht irrelevant, ob eine rückwirkende Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente in einer oder in mehreren Verfügungen gleichen Datums eröffnet wird (BGE 131 V 164 Regeste; Urteil des Bundesgerichts 8C\_489/2009 vom 23. Oktober 2009 E. 4.1 mit Hinweis).

### **E. 1.4**

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_399/2016 vom 18. Januar 2017 E. 4.8.1). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C\_375/2017 vom 25. August 2017

E. 2.2 und 8C\_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis ).

Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (Urteil des Bundesgerichts 9C\_418/2010 vom 29. August 2011).  
1.

## **E. 2**

) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die gesetzlichen Versicherungsleistungen auszurichten (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 16. Oktober 2018 (Urk.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin stützte sich beim Erlass der angefochtenen Verfügung auf das polydisziplinäre Gutachten de s

Z.\_\_\_\_. Sie ging davon aus (Urk. 6/181), dass der Beschwerdeführerin nach Ablauf der Wartefrist im Januar 2015 weiterhin keine Erwerbstätigkeit zumutbar gewesen sei, woraus sich ein Invaliditätsgrad von 100 % ergebe. Die gesundheitliche Situation habe sich dann verbessert. Die frühere Tätigkeit im Reinigungsbereich sei der Beschwerdeführerin zwar weiter hin nicht möglich, ab 25. März 2016 sei ihr aber eine ihren Einschränkungen angepasste Tätigkeit wieder zu 50 % zumutbar. Dabei sollte es eine Tätigkeit sein, bei der der Einsatz der linken Hand nicht oder nur gelegentlich ohne Belastung als Haltehand notwendig sei. Der Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 51 % (S. 1 unten). Unter Berücksichtigung dessen, dass die Verbesserung 3 Monate angedauert habe, habe die Beschwerdeführerin ab 1. Juli 2016 Anspruch auf eine halbe Rente (S. 2 oben). Betreffend den im Einwand geltend gemachten Leidensabzug von 20 bis 25 % führte die Beschwerdegegnerin aus, die Einhändigkeit stelle faktisch zwar eine erschwerte Verwertbarkeit dar. Da die Einschränkung aber nicht die dominante Hand betreffe, sei ein Abzug nicht gerechtfertigt (S. 2 Mitte).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), der Verfügung vom 9. August 2018 könne keine Begründung entnommen werden. Erst aus den beigezogenen Akten ergebe sich, dass die Beschwerdegegnerin eine Begründung vorbereitet habe, welche aber in die erlassene Verfügung nicht Eingang gefunden habe. Dadurch sei ihr Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt worden, weshalb die Verfügung aufzuheben sei (S. 4 Ziff. 3).

Es bestehe gemäss dem polydisziplinären Gutachten eine quantitativ und qualitativ erheblich eingeschränkte Arbeitsfähigkeit auch in angepassten Tätigkeiten, die Behinderung resultiere vor allem aus der aufgehobenen Einsatzfähigkeit der linken Hand (faktische Einhändigkeit) und der kognitiven Beeinträchtigung. Gemäss ständiger bundesgerichtlicher Rechtsprechung sei ein Leidensabzug von 20 bis 25 % einzuräumen, wenn eine Hand nur noch als Hilfshand eingesetzt werden könne. Hinzu komme vorliegend die kognitive Beeinträchtigung. Ein Leidensabzug von mindestens 25 % sei somit ausgewiesen. Entsprechend sei der Invaliditätsgrad zu erhöhen (S. 5 f. Ziff. 5).

Sodann sei die angebliche Verbesserung per März 2016 nicht erstellt. Gemäss Gutachten könne die Arbeitsfähigkeit von 50 % «arbiträr» ab März 2016 angenommen werden, was

mit Sicherheit ab November 2017 zu bestätigen sei. Dem nach sei erst per November 2017 mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine Verbesserung erstellt, während es sich bei der Verbesserung ab März 2016 erklärermassen nur um eine gutachterliche Annahme handle. Eine allfällige Rentenherabsetzung könne daher frühestens per Februar 2018 erfolgen (S. 6 Ziff. 6).

### **E. 2.3**

In der Beschwerdeantwort (Urk. 5) führte die Beschwerdegegnerin aus, die Beschwerdeführerin sei bis zum 24. März 2016 in stationärer Behandlung in der Klinik A. \_\_\_ gewesen. Nach Klinikaustritt habe in angepasster Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestanden, was im Gutachten bestätigt werde. Die Verbesserung des Gesundheitszustandes sei somit überwiegend wahrscheinlich per März 2016 eingetreten (S. 1 oben). Die Einschränkung durch die faktische Einhändigkeit betreffe nicht die dominante rechte Hand, weshalb ein zusätzlicher Abzug nicht gerechtfertigt sei (S. 1 Mitte).

### **E. 2.4**

Die Beschwerdeführerin wies in ihrer Stellungnahme vom 21. Oktober 2018 (Urk. 8) darauf hin, dass dem Gutachten keine Begründung für die angebliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit per Klinikaustritt zu entnehmen sei. Im definitiven Austrittsbericht sei denn auch per Austritt eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % bis auf Weiteres attestiert worden (S. 2 f. Ziff. 2). Das Bundesgericht habe sodann auch bei betroffener adominanter Hand Leidensabzüge gewährt, was der zunehmenden Tendenz entspreche, nicht mehr zwischen dominanter und adominanter Hand zu unterscheiden (S. 3 Ziff. 3).

### **E. 2.5**

Betreffend die von der Beschwerdeführerin monierte Verletzung des rechtlichen Gehörs (vorstehend E. 2.2) ist dieser insoweit zuzustimmen, als dass die renten abweisende Verfügung vom 9. August 2018 (Urk. 2 = Urk. 6/186-199) wohl effektiv ohne ihren zweiten Teil (Urk. 6/181) versandt wurde, welcher deren Begründung beinhaltete. Indes entsprach diese Begründung im Wesentlichen derjenigen des Vorbescheids vom 3. April 2018 (Urk. 6/167), was erfahrungsgemäss der Regel entspricht. Der bereits im Vorbescheidverfahren anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin wurde die Verfügung vom 9. August 2018 sodann am 13. August 2018 zugestellt (Urk. 1 S. 2), worauf sie bereits am 14. August 2018 ein Akteneinsichtsgesuch stellte (Urk. 6/201), welchem am 15. August 2018 entsprochen wurde (Urk. 6/202), wodurch die Begründung der Verfügung (Urk. 6/181) spätestens dann transparent wurde. Die Verletzung des rechtlichen Gehörs wiegt somit sehr leicht und wurde zeitnah geheilt (vgl. BGE 127 V 431 E.

3d/ aa ). 2.

### **E. 5**

Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird.

Nach der bundesgerichtlichen Praxis zu Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Leistungsanpassung in der Regel erst nach Ablauf von drei Monaten seit dem Eintritt der Änderung vorzunehmen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5.3; vgl. ZAK 1984 S. 134; vgl. Urteile des

Bundesgerichts 9C\_32/2015 vom 10. September 2015 E. 4.1 und I 583/05 vom 15. März 2006 E. 2.3.2 je mit Hinweisen). 1.

## **E. 5.2**

Eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in jeder nicht adaptierten Tätigkeit seit dem Schlaganfall vom 21. Januar 2014 wird nicht nur von den Gutachtern attestiert, sondern findet ihre Stütze auch in den zahlreichen seither erstatteten echtzeitlichen ärztlichen Berichten (vgl. vorstehend E. 3). Sie ist klarerweise erstellt.

Auf- und angegriffen wurde von der Beschwerdeführerin demgegenüber die gutachterliche Einschätzung, wonach die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 50 % «arbiträr» ab März 2016 angenommen werde, was mit Sicherheit ab November 2017 zu bestätigen sei. Damit sei eine Verbesserung erst per November 2017 mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt (vorstehend E. 2.2) .

Diese gutachterliche Einschätzung ist nachfolgend einer näheren Prüfung zu unterziehen. 5 .3

Weder für noch gegen den Standpunkt der Beschwerdeführerin spricht die von ihr zitierte Beurteilung durch die Ärzte der Klinik A.\_\_\_\_ im März 2016 , wonach eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % bis auf Weiteres bestehe (vorstehend E. 3.10), da nicht näher präzisiert wurde, ob sich diese Angabe auf die angestammte oder auf eine angepasste Tätigkeit beziehe. Wäre letzteres der Fall gewesen, so wäre dies zudem vermutlich explizit deklariert worden .

Die Bedeutung von «arbiträr» lautet gemäss Duden « dem Ermessen überlassen, beliebig; nach Ermessen, willkürlich » (Duden – Die deutsche Rechtschreibung, 27. Auflage 2017).

Hinzuweisen ist zunächst darauf, dass eine solche relativierende Formulierung zwar in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung verwendet wurde, nicht aber im vorliegenden entscheidenden neurologischen Teilgutachten (vgl. vorstehend E. 4.4). Sie könnte durchaus mit der oftmals bei Ärzten anzutreffenden Zurückhaltung beziehungsweise mit der Hemmung , bei fehlenden eigenen echtzeitlichen Untersuchungen einer rückwirkenden Beurteilung absolute Geltung

verleihen zu wollen , erklärt werden. So entspricht es einer Erfahrungstatsache, dass Gutachter dazu neigen, eingetretene Verbesserungen erst ab dem Zeitpunkt der eigenen Untersuchung als definitiv gesichert zu bezeichnen . Eine solche Zurückhaltung hat sich die rechtsanwendende Behörde nicht aufzuerlegen: Der Eintritt einer rentenrelevanten Veränderung des Gesundheitszustandes muss nur, aber immerhin , überwiegend wahrscheinlich sein (vgl. vorstehend E. 1.4).

## **E. 5.4**

Dass die Z.\_\_\_\_-Gutachter es mit der Beschwerdeführerin (vorstehend E. 2.2) verpassen, ihre arbiträre Einschätzung näher zu begründen, muss als Mangel gewertet werden.

Auch ohne detaillierte Begründung ist diese Einschätzung jedoch aufgrund der ergangenen echtzeitlichen ärztlichen Berichte ohne Weiteres nachvollziehbar. So hatte Dr. D.\_\_\_\_ bereits im März 2015 ausgeführt, das Wesentliche, was an Fortschritten möglich sei, sei wohl zu einem grossen Teil schon erreicht worden, wo bei noch an Detailverbesserungen gearbeitet werden müsse (vorstehend E. 3.4). Nachdem Dr. E.\_\_\_\_ anfangs Dezember 2015 von einer sich unter der intensiven Therapie kontinuierlich bessernde Hemiparese links

berichtet hatte

(vorstehend E. 3.8), führte Dr. D.\_\_\_\_ anfangs Februar 2016 aus, die noch bestehenden Defizite seien nur noch beschränkt verbesserungsfähig (vorstehend E. 3.9). Klare Verbesserungen wurden denn auch in der sogleich folgenden Neurorehabilitation in der Klinik A.\_\_\_\_ erzielt: So konnte die Extension der Finger links von 15 % bis auf 60 % (mit Fingertape) gesteigert, Verbesserungen im Alltag und eine Zunahme der Kraft in den Fingerextensoren erzielt werden (vorstehend E. 3.10).

In der Untersuchung vom 31. Oktober 2017 zur Erstellung des neurologischen Teilgutachtens wurden weiterhin schwere Paresen für das Fingerspreizen und Strecken festgestellt und die Feinmotorik links als massiv reduziert bezeichnet. Das von den Gutachtern erarbeitete Belastungsprofil sieht entsprechend keinen Einsatz der linken Hand bei den noch möglichen sehr leichten Tätigkeiten vor, beziehungsweise sollte diese nur gelegentlich als Hilfs hand eingesetzt werden (vorstehend E. 4.4; Urk. 6/151).

Es ist angesichts dieses auf die Untersuchung vom Oktober 2017 gestützte n , stark eingeschränkten Belastungsprofils nicht einzusehen, welche Tätigkeiten der Beschwerdeführerin zu diesem Zeitpunkt hätten möglich sein sollen, welche ihr nicht bereits Ende März 2016 möglich gewesen waren. Dies umso weniger, als die Beschwerdeführerin anlässlich ihrer Untersuchung durch den neurologischen Teilgutachter angab, die Situation sei in letzter Zeit im Wesentlichen immer gleich, sie sehe keine Fortschritte mehr (vorstehend E. 4.4; Urk. 6/151). Es sind denn für diesen Zeitraum auch keinerlei Verbesserungen in medizinischer Hinsicht mehr dokumentiert.

Dies steht mit der Einschätzung durch Dr. D.\_\_\_\_ im Einklang, welcher vor dem Eintritt in die Klinik A.\_\_\_\_ ausgeführt hatte, die bestehenden Defizite seien nur noch beschränkt verbesserungsfähig. Entsprechend forderte er in seinen Berichten mit Nachdruck Integrationsbemühungen seitens der Beschwerdegegnerin (vorstehend E. 3.7 und E. 3.9). Hierin sah er also das Optimierungspotential, weniger hingegen in medizinischer Hinsicht .

Die gutachterliche Annahme einer Verbesserung ab 24. März 2016 ist nach dem Gesagten durchwegs stimmig mit den echtzeitlichen ärztlichen Berichten in Einklang zu bringen.

### **E. 5.5**

Es ist somit mit dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin ab dem Austritt aus der Klinik A.\_\_\_\_ am 24. März 2016 für behinderungsangepasste sehr leichte Tätigkeiten mit geringen kognitiven Anforderungen , bei denen die linke Hand nicht oder nur gelegentlich als Hilfs hand eingesetzt wird, zu 50 % arbeitsfähig war. 6.

### **E. 6**

Der Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin als solcher ist unumstritten, ebenso der Invaliditätsgrad von 100 % für die erste Zeit nach dem erlittenen Schlaganfall. Streitig und zu prüfen ist hingegen die Höhe des Invaliditätsgrades nach eingetretener Verbesserung des Gesundheitszustandes sowie der Zeitpunkt dieser Verbesserung. 3. 3.1

Die Ärzte der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals B.\_\_\_\_ führten im Austrittsbericht vom 29. Januar 2014 (Urk. 6/30/11-16 = Urk. 6/38/13-18 ) aus, die Patientin sei vom 21. Januar bis am 4. Februar 2014 hospitalisiert gewesen. Sie nannten folgende, hier verkürzt wiedergegebene n Diagnosen (S. 1 f.): - zerebrale Ischämie im

Media- und Anteriorstromgebiet rechts am 21. Januar 2014 - Vitamin B12 Mangel (Erstdiagnose [ED] im Januar 2014)

Die notfallmässige Zuweisung per Sanität sei am 21. Januar 2014 wegen einer um 7 Uhr akut aufgetretenen Halbseitenschwäche links und einer Sprechstörung erfolgt. In der durchgeführten kranialen Computertomographie ( cCT ) habe sich eine akute Ischämie im arteria -cerebri-media-Stromgebiet rechts bei Teilverchluss des M2-Segmentes gezeigt, die zerebrale Magnetresonanztomographie (MRI) habe zudem eine Ischämie im Bereich der Arteria cerebri anterior auf der rechten Seite gezeigt (S. 6 oben).

### 3.2

Dr. C.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, führte im Austrittsbericht vom 12. Mai 2014 (Urk. 6/18) aus, die Beschwerdeführerin habe sich vom 4. Februar bis zum 9. Mai 2014 in stationärer Behandlung zur intensiven Neurorehabilitation befunden. Er nannte die folgenden, hier verkürzt angeführten Diagnosen (S. 1): - ischämischer Insult im Media- und Anteriorstromgebiet rechts am 21. Januar 2014 - residuell : Parese des linken Armes, minimale Parese des linken Beines, Fazialiparese links - Vitamin B12 Mangel ( ED Januar 2014) - Verdacht auf Allergie auf ASS ( Acetylsalicylsäure )

mit Urtikaria und Quincke Ödem

Die Patientin habe sich während ihres Aufenthaltes sehr gut erholt. Insbesondere die Armfunktion habe sich deutlich gebessert. Residuell bleibe noch eine Parese insbesondere der Hand, welche die Patientin im Alltag einschränke (S. 3 unten). Die aktuelle neuropsychologische Abklärung zeige eine leichte kognitive Störung mit Einschränkungen im Bereich der Aufmerksamkeit. Zudem zeige sich eine leicht verminderte verbale Merkspanne. Die anderen getesteten Gedächtnisleistungen und Exekutivfunktionen zeigten sich im Normbereich (S. 3 Mitte). 3.3

Im Zwischenbericht vom 4. August 2014 zuhanden der Krankentaggeldversicherung (Urk. 6/30/ 17-19) führte Dr . C.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.2) aus, in ihrem Job als Reinigungskraft werde die Patientin vermutlich nicht mehr arbeiten können, in einer sitzenden Tätigkeit ohne hohe Anforderungen an die Arm- und Handfunktion vermutlich schon (Ziff. 10). 3.4

Im Bericht vom 2. Oktober 2014 (Urk. 6/15) führte Dr . C.\_\_\_\_ aus, die Parese am linken Arm bewirke Einschränkungen der manuellen Tätigkeit. Abhängig vom Verlauf sei die bisherige Tätigkeit als Haushaltshilfe zumutbar. Aktuell bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit von 50 % wegen Tagesmüdigkeit nach Schlaganfall. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei während zwei bis drei Stunden pro Tag möglich (S. 2 f. Ziff. 1.7). 3. 5

Die Ärzte der Abteilung Neuropsychologie der Klinik für Neurologie, B.\_\_\_\_, führten im Bericht zur neuropsychologischen Untersuchung vom 2. Februar 2015 (Urk. 6/36) aus, es finde sich eine leicht verminderte konzentrierte Belastbarkeit, insbesondere bei zeitgleicher Ausführung von motorischen und kognitiven Aufgaben (S. 3 oben). Abgesehen von einer leichten Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit in Form einer Aufmerksamkeitsverschiebung nach rechts verfüge die Patientin über durchschnittliche kognitive Fähigkeiten. Es werde vermutet, dass sie auf kognitiver Ebene in den nächsten Jahren auf ein durchschnittliches Niveau gelangen könne (S. 3 Mitte). 3.6

Die Ärzte der Klinik für Neurologie, B.\_\_\_\_, führten im Bericht vom 2. Februar 2014 (richtig: 2015) aus, die bisherige Tätigkeit als Reinigungskraft sei nicht mehr zu mutbar. Betreffend behinderungsangepasste Tätigkeit seien aktenanamnestisch eine stehende/gehende Tätigkeit beziehungsweise Arbeiten mit bimanueller Koordination nicht möglich (Urk. 6/38/1-5 Ziff. 1.7). 3.7

Dr. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 4. März 2015 (Urk. 6/39) aus, er behandle die Beschwerdeführerin seit dem 28. Januar 2008 (S. 2 Ziff. 1.2.1.1. Es bestehe in der linken oberen Extremität eine Einschränkung der Grob- und Feinmotorik in Bezug auf Bewegungsumfang, Koordination, Kraft und Ausdauer (S. 2 Ziff. 1.7.1.3) sowie in der linken unteren Extremität eine moderate Beeinträchtigung beim Gehen (S. 2 Ziff. 1.7.1.4).

Es bestehe auch eine mässige Beeinträchtigung der konzentrativen Belastbarkeit und Ausdauer, der konstruktiven zukunftsgerichteten Planung und Realisation sowie der Kommunikation durch eine moderat reaktive depressive Restsymptomatik und zum Teil bestehende Gefühlsinkontinenz (S. 2 f. Ziff. 1.7.3.1). Es werde davon ausgegangen, dass die Patientin die bislang innegehabte Arbeit als Raumpflegerin nicht mehr ausüben könne (S. 3 Ziff. 1.7.4.1). Bei der ambulanten Rehabilitation seien relevante Fortschritte gemacht worden. Das Wesentliche, das möglich sei, dürfe nun zu einem grossen Teil erreicht sein, obwohl noch weiter an sich abzeichnenden Detailverbesserungen gearbeitet werden müsse. Es sei sehr wichtig, dass die Patientin nun in einen neuen behinderungsangepassten Arbeitsbereich eingearbeitet oder umgeschult werden könne (S. 3 Ziff. 1.7.9.1). 3.8

Dr. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, führte im Bericht vom 7. Dezember 2015 zur Konsultation vom 4. Dezember 2015 aus, bei der Patientin liege eine residuelle, jedoch sich kontinuierlich unter der intensiven Therapie bessernde distal- und armetonte Hemiparese links vor (Urk. 6/67/29-31). 3.9

Im Verlaufsbericht vom 2. Februar 2016 (Urk. 6/67/1-4) nannte Dr. D.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.7) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.2): - zerebrale Ischämie im Media- und Anteriorstromgebiet rechts am 21. Januar 2014 - Residualsymptomatik vor allem betreffend obere Extremität links, im Besonderen Sensibilität und Motorik der Hand - weiterbestehende geringfügige Beschwerden der linken unteren Extremität betreffend - weiterbestehende geringfügige neuropsychologische Veränderungen - weiterbestehende geringgradige reaktive Depression

Entscheidend betreffend die Behinderung der Patientin seien weiterbestehende, vor allem distal lokalisierte Defizite der linken oberen Extremität, im Besonderen die Funktionalität der Hand betreffend (Ziff. 1.3). Betroffen seien Sensibilität und Motorik inklusive Kraft und Ausdauer (Ziff. 2.1). Diese Defizite seien noch beschränkt verbesserungsfähig (Ziff. 2.1.1.1). Diese Verbesserungen seien aber ungenügend, um die Arbeitsfähigkeit in der vorangehend innegehabten Tätigkeit wiederherzustellen (Ziff. 2.1.2.1). In einer angepassten Tätigkeit, zu deren Ausübung nur eine sehr untergeordnete Hilfestellung durch die linke Hand notwendig sei, dürfe bei nun optimal geführtem Integrationsprozess eine beschränkte Arbeitsfähigkeit erreicht werden können, wobei die Leistungsfähigkeit stark eingeschränkt sei (Ziff. 2.1.2.2). Dies betreffend müsse eine Beurteilung durch spezialisierte Fachpersonen erfolgen (Ziff. 2.2.2).

Konsultationen erfolgten alle ein bis zwei Monate, bei Bedarf auch interkurrent (Ziff. 3.1.2.1).

### 3.10

Vom 29. Februar bis am 24. März 2016 war die Beschwerdeführerin in der Klinik A. \_\_\_\_ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 24. März 2016 (Urk. 6/81) führten deren Ärzte aus, die Patientin sei von Dr. D. \_\_\_\_ zur erneuten Neurorehabilitation zugewiesen worden. Ein Hauptfokus habe in der Besserung der Armfunktionalität im Alltag bestanden. Es habe sich eine Verbesserung in der Extension der Finger links von 15 % auf 50 % und mit einem Fingertape auf 60 % Streckung gezeigt. Im Alltag hätten sich ebenso Verbesserungen gezeigt (S. 2 Mitte). Im Verlauf habe sich auch eine Zunahme der Kraft in den Fingerextensoren sowie des Beines links gezeigt. Die Hauptdefizite bestünden nach wie vor in der Handfunktion links. Begleitend sei eine Psychotherapie bei psychosozialer Belastungssituation und erschwelter Krankheitsverarbeitung erfolgt (S. 2 unten). Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % bis auf Weiteres. Eine Reevaluation erfolge in 4 Wochen durch den Hausarzt (S. 3 oben). 3.

#### **E. 6.1**

Gemäss der Haushaltsabklärung vom 6. März 2018 (Urk. 6/162) ist die Beschwerdeführerin als 100 % Erwerbstätige zu qualifizieren, was von keiner Partei bestritten wird und worauf abzustellen ist.

#### **E. 6.2**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 6.3

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 135 V 58 E. 3.1; 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 128 V 29 E. 4e; Urteil des Bundesgerichts 9C\_887/2015 vom 12. April 2016 E. 4.2). Dabei sind

grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 ). 6 .4

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b). Dabei sind ebenfalls die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Der Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens auf grund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). 6 .5

Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wo bei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) aus zugehen ist. Zulässig ist zur Ermittlung des Invalideneinkommens auch das Heranziehen der Tabellengruppe T17 (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_300/2015 vom 10. November 2015 E. 7.2 ).

Bei der Anwendung der beider Tabellengruppen gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 E.

3b/ bb , 124 V 321 E. 3b/ aa ; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

6 .6

Für die Vornahme des Einkommensvergleichs ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des hypothetischen Rentenbeginns abzustellen (BGE 129 V 222). Ein Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruches. Die IV-Anmeldung ging am 18. März 2014 bei der Beschwerdegegnerin ein (Urk. 6/1 sowie Aktenverzeichnis zu Urk. 6). Ein Rentenanspruch bestünde somit frühestens ab dem 1. September 2014. Da aber die Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG vorliegend erst im Januar 2015 abläuft, entsteht der Rentenanspruch erst zu diesem Zeitpunkt.

Aus der vollständigen Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten ab dem 21. Januar 2014 bis zum Eintritt der Verbesserung am 24. März 2016 ergibt sich ein anfänglicher Invaliditätsgrad von 100 % . Nach Ablauf von 3 Monaten ab diesem Zeitpunkt ist grundsätzlich eine Leistungsanpassung per 1. Juli 2016 vorzunehmen (vgl. vorstehend E. 1.5). 6 .7

In den Jahren vor dem Schlaganfall erzielte die Beschwerdeführerin gemäss dem IK-Auszug (Urk. 6/37) folgende Bruttolöhne : Fr. 13'919.-- im Jahr 2009, Fr. 20'103.-- im Jahr 2010, Fr. 23'676.-- im Jahr 2011, Fr. 26'754.-- im Jahr 2012 und Fr. 29'651.-- im Jahr 2013. Anlässlich der Haushaltsabklärung wurde fest gehalten, die verbuchten Einkommen liessen auf ein Pensum von 60 % schliessen (Urk. 6/162 S. 2 Ziff. 2.1). Wie diese

Pensumsangabe genau zustande kommen soll, lässt sich dem Bericht allerdings nicht entnehmen und es befinden sich keine Arbeitsverträge oder detaillierte Lohnabrechnungen in den Akten, die eine Verifizierung erlauben würden. Dass die Beschwerdeführerin zudem ab August 2013 versuchte, ihr Pensum weiter auf bis zu 100 % aufzustocken (Urk. 6/162 S. 4 Ziff. 2.5), erschwert zusätzlich eine zuverlässige Evaluation des Valideneinkommens. Entsprechend rechtfertigt es sich mit der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 6/164 und Urk. 6/181), auf statistische Werte, namentlich auf den standardisierten Durchschnittslohn für Reinigungspersonal und Hilfskräfte im privaten und öffentlichen Sektor, abzustellen (LSE 2016, Tabellengruppe T 17, Total, Berufsgruppe 91). 6.8

Das im Jahr 2016 von Frauen dieser Berufsgruppe im Durchschnitt erzielte standardisierte Durchschnittseinkommen betrug pro Monat Fr. 4'131.--, mithin Fr. 49'572.-- im Jahr (Fr. 4'131.-- x 12). Der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2016 von 41.7 Stunden (Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, T. 03.02.03.01.04.01)

angepasst, resultiert ein hypothetisches Valideneinkommen von rund Fr. 51'679.-- (Fr. 49'572.-- : 40.0 x 41.7).

#### **E. 6.9**

Da die Beschwerdeführerin bislang keine behinderungsangepasste Tätigkeit aufgenommen hat, ist auch das Invalideneinkommen gestützt auf statistische Werte zu ermitteln.

#### **E. 6.10**

Angesichts der Zumutbarkeit einer 50%igen behinderungsangepassten Tätigkeit bestehen für die Beschwerdeführerin auch bei Beachtung dessen, dass diese sehr leicht und mit geringen kognitiven Anforderungen zu sein hat und den Einsatz der dominanten linken Hand nicht oder nur gelegentlich erfordern darf, auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt gemäss gefestigter Rechtsprechung (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C\_31/2017 vom 30. März 2017, E. 6.2) genügend realistische Betätigungsmöglichkeiten. Zu denken ist etwa an einfache Überwachungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten sowie an die Bedienung und Überwachung von (halb-) automatischen Maschinen oder Produktionseinheiten sowie die Arbeit als Museums- oder Parkplatzwärterin (Urteile 8C\_622/2016 vom 21. Dezember 2016 E.

5.2.2, 8C\_477/2016 vom 23. November 2016 E. 4.3, 8C\_345/2016 vom 1. September 2016 E. 5, 8C\_37/2016 vom 8. Juli 2016 E. 5.1.2).

Es rechtfertigt sich daher, für die Bemessung des Invalideneinkommens auf den standardisierten Durchschnittslohn für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors abzustellen (LSE 2016, Tabellengruppe TA1\_tirage\_skill\_level, korrigierte Fassung vom 8. November 2018, Total, Niveau 1).

#### **E. 6.11**

Das im Jahr 2016 von Frauen im Durchschnitt aller einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art erzielte Einkommen betrug pro Monat Fr. 4'429.--, mithin Fr. 53'148.-- im Jahr (Fr. 4'429.-- x 12). Der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2016 von 41.7 Stunden (Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, T. 03.02.03.01.04.01)

angepasst, ergibt dies den Betrag von rund Fr. 55'407.-- (Fr. 53'148.-- : 40 x 41.7). Bei einem zumutbaren Arbeitspensum von 50 %

resultiert ein Jahreseinkommen von rund Fr. 27'703.-- (Fr. 55'407.-- : 2). 6.12

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/aa). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/bb-cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1). Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2 und 8C\_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.1.1 mit Hinweisen).

### **E. 6.13**

Im von der Beschwerdeführerin zitierten Urteil U 173/06 vom 4. Dezember 2006 (vgl. Urk. 8 S. 3 Ziff. 3) hatte das Bundesgericht anlässlich der Invaliditätsbemessung die Höhe des Leidensabzugs zu prüfen, nachdem bei ordentlich erhaltener Feinmotorik die Funktion der linken dominanten Hand nach einer Handgelenksarthrodese schmerzbedingt vermindert war (E. 2.1). Die Belastbarkeit der linken Hand war eindeutig eingeschränkt, sie konnte aber für Feingriffe und als Hilfs hand für Gegenhalten ohne Weiteres eingesetzt werden (E. 2.2). Das Bundesgericht berücksichtige, dass die linke dominante Hand nur ziemlich reduziert eingesetzt werden konnte, was den Versicherten bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes einschränke und ein besonderes Entgegenkommen des Arbeitgebers erfordere (E. 2.5), wobei noch Kniebeschwerden aus einem früheren Unfall hinzukamen. Es erachtete den von Verwaltung und Vorinstanz gewährten Abzug von 15 % vom Tabellenlohn als eher wenig, insgesamt aber noch angemessen (E. 3.1).

Im Allgemeinen erachtet die bundesgerichtliche Rechtsprechung bei faktischer Einhändigkeit Leidensabzüge von 20 bis 25 % als angemessen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_418/2008 E. 3.3).

#### **E. 6.14**

Die Parteien gehen aufgrund des stark eingeschränkten Belastungsprofils zu Recht von einer faktischen Einhändigkeit aus (vorstehend E. 2.2 und 2.3). Dies ist eine sehr gewichtige Behinderung selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeiten, die die Beschwerdeführerin faktisch von zahlreichen potentiellen Arbeitsstellen zum Vornherein ausschliesst und ein besonderes Entgegenkommen des Arbeitgebers erfordert. Dieses Merkmal hat die Beschwerdegegnerin, welche keinerlei Abzug vom Tabellenlohn gewährte, zu Unrecht nicht berücksichtigt, womit dieser gesamthaft neu zu schätzen ist.

Erschwerend auf die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit wirkt sich vorliegend weiter aus, dass lediglich sehr leichte Tätigkeiten in Frage kommen, wobei sich diese Einschränkung aber teilweise bereits aus der faktischen Einhändigkeit ergibt. Diese dürfen zudem nur geringe kognitive Anforderungen stellen, woraus sich selbst bei einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art weitere Schwierigkeiten bei der Stellensuche ergeben.

Mit Blick auf die oben wiedergegebene Bundesgerichtspraxis (vorstehend E. 6.13) und Vergleichsfälle am hiesigen Gericht (vgl. etwa IV.2018.00522 E. 5.1) erweist sich der maximal mögliche Abzug von 25 % vom Tabellenlohn als angemessen, was zu einem Invalideneinkommen von rund Fr. 20'777.-- (Fr. 27'703.-- x 0.75) führt.

#### **E. 6.15**

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 51'679.-- (vgl. vorstehend E. 6.8) mit dem Invalideneinkommen von Fr. 20'777.-- ergibt eine Einkommensbusse von Fr. 30'902.-- und somit einen Invaliditätsgrad von 59.80 beziehungsweise gerundet (BGE 130 V 121) 60%. In

teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist die

Verfügung vom 9. August 2018

dahingehend abzuändern, dass die Beschwerdeführerin in

ab dem 1. Juli 2016 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente hat. 7.7.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 7.2

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerdeführerin Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Angesichts des ganz überwiegenden Obsiegens der Beschwerdeführerin ist die Prozessentschädigung nicht zu reduzieren (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_311/2013 vom 12. November 2013 E. 7).

Beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist die Prozessentschädigung ermessensweise auf Fr. 2'300.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht

erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 9. August 2018 dahingehend ab geändert, dass die Beschwerdeführer in ab 1. Juli 2016 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente hat. 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführer eine

Prozessentschädigung von Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dominique Chopard - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - 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 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. 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  
Der Gerichtsschreiber  
Mosimann Boller

## **E. 11**

Die Ärzte der Klinik für Neurologie, B.\_\_\_\_, führten im Bericht zur neuroangiologischen Untersuchung vom 26. Januar 2017 (Urk. 6/134/4-7) aus, die Patientin berichtete über einen stabilen Verlauf der residuellen arm- und distal betonten mässiggradigen Hemiparese links. Seit der letzten Vorstellung (am 17. September 2015; vgl. S. 1 oben und Urk. 6/67/36-38) habe sie unter regelmässiger Physio- und Ergotherapie weitere Fortschritte machen können. Leider könne sie die linke Hand bei fehlender Fingerbeweglichkeit nur beschränkt einsetzen. Sie finde sich jedoch im Alltag gut zurecht (S. 3 oben). 3.12

Dr. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 29. März 2017 (Urk. 6/133/6-9) aus, er behandle die Beschwerdeführer seit dem 1. Juni 2016 (S. 2 unten). Als psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine mittelgradige depressive Episode gemäss ICD-10 F32.1 (S. 1 Ziff. 1.1). Die Beschwerdeführer sei bis zum zerebrovaskulären Ereignis im Jahr 2014 eine aktive und starke Frau gewesen, seither habe sie sich aber psychisch verändert. Es bestehe ein depressives Syndrom, welches bis heute fortbestehe. Sie fühle sich wie eine Schnecke, alles gehe nur noch langsam (S. 2 Mitte). Aus psychiatrischer Perspektive bestehe für die zuletzt ausgeübte und für eine angepasste Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (S. 3

Ziff. 1.6). Es liege eine depressive Stimmungslage vor mit verminderter emotionaler Belastbarkeit, Freudlosigkeit, Ängstlichkeit, vorzeitige r Erschöpfbarkeit, psychophysischer Verlangsamung und sozialem Rückzug. Das Selbstwertgefühl sei vermindert und die Fähigkeit zur Selbstbehauptung herabgesetzt. Die Konzentrationsfähigkeit sei bei höheren Anforderungen vermindert (S. 3 Ziff. 1.7). 4. 4.1

Am 5. Dezember 2017 erstatteten Dr. G.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. H.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, I.\_\_\_\_

sowie Dr. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Z.\_\_\_\_, ihr polydisziplinäres Gutachten (Urk. 6/157). 4.2

Dr. G.\_\_\_\_ führte im allgemeininternistischen Teilgutachten (S. 8-11) aus, ganz im Vordergrund stünden bei der Explorandin die Beschwerden von Seiten des Schlaganfalles, zu welchen aus neurologischer und neuropsychologischer Sicht Stellung bezogen werde. Ansonsten könnten aus isoliert allgemeininternistischer Sicht keine weiteren Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (S. 10 Ziff. 3.4). 4.3

Dr. J.\_\_\_\_ nannte im psychiatrischen Teilgutachten (S. 11-16) keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (F43.21) bei Status nach Schlaganfall am 21. Januar 2014. Zwischen den neurologischen Behinderungen und der depressiven Reaktion bestehe eine lineare Verbindung insofern, als die depressive Reaktion vollständig durch den Schlaganfall verursacht sei. Für eine eigenständige, unabhängige depressive Störung ergäben sich keine Hinweise (S. 13 Ziff. 4.1.4). Die depressive Reaktion sei leichtgradig und führe weder zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen noch in einer angepassten Tätigkeit. Es sei davon auszugehen, dass sie vorübergehender Natur sei und durch eine adäquate Behandlung abklinge (S. 13 Ziff. 4.1.5). 4.4

Dr. H.\_\_\_\_ nannte im neurologischen Teilgutachten (S. 16-22) keine neuen Diagnosen (S. 20 Ziff. 4.2.3).

Die Explorandin gebe an, dass die Situation in letzter Zeit im Wesentlichen immer gleich sei, sie sehe keine Fortschritte mehr. Das Hauptproblem sei ihre linke Hand. Diese funktioniere einfach nicht mehr automatisch, sie müsse alles ganz bewusst machen, sie müsse die Hand quasi «zwingen», etwas zu tun. Die Feinmotorik sei massiv beeinträchtigt, vor allem könne sie die Faust nicht öffnen respektive die Finger nicht strecken (S. 18 Ziff. 4.2.1.2 oben).

Zum neurologischen Status wurde ausgeführt, es bestehe eine etwas wechselnd ausgeprägte, aber eindeutig spastische Tonuserhöhung am linken Arm. Dieser werde im Wesentlichen vor sich hergetragen. Im Vorhalteversuch der Arme gebe es kein Absinken links, es komme aber zu einem langsamen Einkrallen vor allem der radialen Finger. Die Diadochokinese sei links deutlich verlangsamt und verplumpt, die Feinmotorik massiv reduziert bis aufgehoben. So könne die Explorandin zum Beispiel nicht Klavier spielen. Die Bewegung vom Daumen zum Zeigefinger (Dig. II) gelinge nur in supiniertem Vorderarm- und Handstellung, nicht in Pronation. Die übrigen Finger könnten mit dem Daumen nicht erreicht werden. Es bestünden schwere Paresen für das Fingerspreizen und -strecken inklusive Daumen, während die Flexionsfunktionen recht kräftig seien, die Explorandin könne gut eine Faust machen, bringe allerdings den Daumen nicht ganz hinein.

Eine leichte Schwäche finde sich für die Handgelenksextension, keine relevante im Ellbogenbereich. Die Schulterfunktion sei schmerzbedingt schwierig prüfbar, Bewegungen seien hier aber gegen recht kräftigen Widerstand möglich (S. 19 Ziff. 4.2.2).

Die Feinmotorik sei links massiv reduziert, die Explorandin könne den Daumen nicht opponieren und die Langfinger nicht vollständig strecken und die Streckung sei paretisch, schwerer betreffend die Faust, den Zeigefinger und den Mittelfinger ( Dig . I-III) als die beiden kleinen Finger. Die Bewegungen erfolgten langsam und unkoordiniert. Die Reflexe seien auf der ganzen linken Seite gesteigert, das Babinski-Zeichen sei links positiv. Am linken Bein könne keine relevante Parese objektiviert werden, das Gehen sei auch recht flüssig möglich (S. 21 Ziff. 4.2.4 oben) .

Zusammengefasst persistiere - trotz unter Berücksichtigung des initial schweren Zustandsbilds insgesamt erfreulichen Verlaufs – eine schwere Behinderung in der Einsatzfähigkeit der dominanten linken Hand insofern, als diese nur noch als Hilfs hand eingesetzt werden könne. Es fehle die Kraft (vor allem für die Streck funktionen ) , die Koordination, die Geschicklichkeit und die Schnelligkeit. Die Einschränkung am linken Bein sei gering. Bald 4 Jahre nach Auftreten der Schä digung sei von einem Residualzustand auszugehen (S. 21 Ziff. 4.2.4 unten ) .

Für die früher ausgeübte Tätigkeit in der Reinigung bestehe Arbeitsunfähigkeit. Theoretisch möglich wäre noch eine Tätigkeit, bei der die linke Hand nicht res pektive nur selten als Hilfs hand eingesetzt werden müsste. Diese müsste vorwie gend sitzend sein, wobei zwischendurch Aufstehen und Umhergehen möglich wäre. Theoretisch wäre dies bei einer reinen Überwachungstätigkeit der Fall. Für jegliche «durchschnittliche» bimanuelle Tätigkeit sei die Explorandin als arbeits unfähig zu beurteilen. Im Haushalt, wo die Tätigkeit ohne Zeitdruck frei eingeteilt werden könne, sei die Einschränkung mit 50 % zu quantifizieren (S. 21 Ziff. 4.2.5). Die Einschränkung für die angestammte Tätigkeit gelte seit dem 21. Januar 2014. Ab diesem Zeitpunkt habe bis zur Beendigung des Rehabilita tionsaufenthalts in der Klinik A.\_\_\_\_ am 24. März 2016 auch für alle übrigen Tä tigkeiten Arbeitsunfähigkeit bestanden. Seither gelte das attestierte Ausmass (S. 21 Ziff. 4.2.6). 4 .5

In den neuropsychologischen Teilgutachten (S. 22-26) wurde als Diagnose eine leichte kognitive Beeinträchtigung genannt (S. 24 Ziff. 4.3.3). So bestehe für Bewegungsabläufe eine leichte Verminderung der Merkfähigkeit. Die Aufmerk samkeitsfunktionen seien im Sinne der selektiven Aufmerksamkeit und der kog nitiven Geschwindigkeit bei visuell-verbale Interferenzangaben deutlich redu ziert. Bei der Aufgabe, mehrere Items gleichzeitig zu beachten, sinke das Arbeits tempo deutlich (S. 25 Ziff. 4.3.4). Die Arbeitsfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht sei in der medizinischen Einschätzung enthalten (S. 25 Ziff. 4.3.5). 4 .6

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (S. 26-28) führten die Z.\_\_\_\_ -Gutachter aus, es bestehe für alle Tätigkeiten mit bimanueller Anforderung, so auch als Reinigerin, eine bleibend aufgehobene Arbeitsfähigkeit. Es seien lediglich sehr leichte Tätigkeiten mit einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von maximal 50 % möglich, bei denen die linke Hand nicht oder nur gelegentlich als Hilfs hand ein gesetzt werde und welche nur geringe kognitive Anforderungen stellten. Das Pen sum könnte über 4-6 Stunden pro Tag umgesetzt werden, je nach Möglichkeit bei einer hypothetischen Arbeit, Pausen einzulegen oder stundenweise zu arbeiten (S. 27 Ziff. 6.2). Es werde davon ausgegangen, dass die Arbeitsfähigkeit seit dem 21. Januar 2014 für jegliche nicht adaptierten Tätigkeiten aufgehoben sei. Die aktuelle

Arbeitsfähigkeit in gut adaptierten Verweistätigkeiten könne arbiträr ab März 2016 angenommen werden, was mit Sicherheit ab November 2017 zu bestätigen sei (S. 27 Ziff. 6.3). 5 . 5 .1

Das Z. \_\_\_ -Gutachten vom 5. Dezember 2017 (Urk. 6/157) ist für die streitigen Be lange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und seine Schlussfolgerungen sind begründet. Es vermag somit den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Expertise (vgl. vorstehend E. 1.6 ) zu genügen, weshalb grundsätzlich darauf abgestellt werden kann. Sein Beweiswert wird denn auch von keiner Partei in Frage gestellt .

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