

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00569 vom 7. Mai 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-05-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00569

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00569 du 7 mai 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00569 del 7 maggio 2021

Erwägungen

E. 1

21) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 14. Juni 2019 einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den All gemeinen 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

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 objektivierte 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).

E. 1.3

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).

E. 1.4

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

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

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

E. 1.5

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 ihrer 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, 128 V 29 E. 1).

E. 1.6

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

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. 2

Die Versicherte erhob am 19. August 2019 Beschwerde gegen die Verfügung vom 14. Juni 2019 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und die Angelegenheit sei zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Eventuell sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr mindestens eine halbe Invalidenrente zu gewähren. Subeventuell sei eine fachmedizinische Abklärung durchführen zu lassen, worauf neu zu entscheiden sei (Urk. 1 S. 2). Am 26. August 2019 (Urk. 6) reichte die Versicherte einen medizinischen Bericht (Urk. 7) ein, welcher der IV-Stelle am 27. August 2019 zugestellt wurde (Urk. 8). Mit Beschwerdeantwort vom 13. September 2019 (Urk. 9) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführer in am 16. September 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 11). Mit Gerichtsverfügung vom 12. Januar 2021 wurde die Z.____ zum Prozess bei geladen (Urk. 12), welche sich innert angesetzter Frist nicht vernehmen liess. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

und Ziff. 5.1, Urk. 10/11/7). Überdies berichtete auch die ehemalige Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin über erhebliche Leistungseinbussen ab 2013 (vgl. Urk. 10/73 S. 4 unten). Auf den von der Beschwerdegegnerin festgelegten Beginn der Arbeitsunfähigkeit per September 2014 kann demnach nicht abgestellt werden. 4.6

Aufgrund des Gesagten ist damit gestützt auf das beweiskräftige O.____-Gutachten vom 18. September 2018 davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin seit Dezember 2012 in ihrer bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiterin in einem Callcenter massgeblich eingeschränkt, sie aber in einer behinderungsangepassten, über schaubaren unkomplizierten administrativen Tätigkeit noch in einem Pensum von 50 % arbeitsfähig ist. 5.

5. 1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen einkommens 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 144 I 103 E. 5.3, 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1).

Für die Vornahme des Einkommensvergleiches ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des (hypothetischen) Rentenbeginns, mithin auf das Jahr 2015, abzustellen (BGE 128 V 174, BGE 129 V 222).

Gemäss Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug, Urk. 10/56) erzielte die Beschwerdeführerin vor Eintritt des Gesundheitsschadens im Jahr 2011 als Sachbearbeiterin Abteilung Leistungen bei der Y.____ ein Einkommen von Fr. 80'296.--.

Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2015 (vgl. Nominallohnindex, Frauen, 2011-2018, Tabelle T1.2.10, Sektor 3 Dienstleistungen) ergibt dies ein hypothetisches jährliches Valideneinkommen im Jahr 2015 von Fr. 82'896.-- (Fr. 80'296.-- x 1.010 x 1.007 x 1.010 x 1.005). 5.2

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch heraus gegebenen

Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei sind grundsätzlich 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). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Bezug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund 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). 5. 3

Nach Eintritt des Gesundheitsschadens wäre es der Beschwerdeführerin möglich, in einer behinderungsangepassten Tätigkeit in einem Pensum von 50 % zu arbeiten (vgl. vorstehend E. 4.6). Da sie mit der von ihr selbst gesuchten Arbeit im geschützten Rahmen (Urk. 10/108, Urk. 10/129) die ihr verbleibende Restarbeitsfähigkeit nicht vollständig umsetzt, sind zur Bestimmung des Invalideneinkommens die Tabellenlöhne gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) heranzuziehen. Der Medianlohn von Frauen, Kompetenzniveau 1, belief sich gemäss LSE 2014 auf Fr. 4'300.-- pro Monat (LSE 2014, Tabelle TA1, Total Frauen, Kompetenzniveau 1). Umgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Total; vgl. www.bfs.admin.ch, Statistiken, Arbeit und Erwerb) und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 0.5 % im Jahr 2015 (vgl. Nominallohnindex, Frauen 2011-2018, Tabelle T1.2.10, Total) resultiert bei dem noch möglichen 50 %-Pensum ein Invalideneinkommen von Fr. 27'031.-- im Jahr 2015 (Fr. 4'300.-- : 40 x 41,7 x 12 x 1.005 x 0.5). 5. 4

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 verbleibende Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglich erweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. 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 (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/aa-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 (BGE 146 V 16 E. 4.1 mit Hinweisen).

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 Bundesgericht s 9C_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2).

Vorliegend sind keine Umstände ersichtlich, welche einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen würden. 5. 5

Demnach ergibt sich ab rentenrelevantem Zeitraum ab Juli 2015 bei einem Valideneinkommen von Fr. 82'896.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 27'031.-- eine Einkommenseinbusse von Fr. 55'865.--, was einem Invaliditätsgrad von rund 67 % entspricht.

Die angefochtene Verfügung (Urk. 2) ist daher in Gutheissung der Beschwerde mit der Feststellung aufzuheben, dass die Beschwerdeführerin ab 1. Juli 2015 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente hat, mit Ausnahme der Perioden bezogener Taggeldleistungen. 6. 6.1

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) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6. 2

Der obsiegenden Beschwerdeführerin steht eine Prozessentschädigung zu, die beim praxisgemässen Ansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise auf Fr. 2'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 14. Juni 2011

E. 2.2

Dagegen machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde (Urk. 1) geltend, dass die Beschwerdegegnerin den Untersuchungsgrundsatz verletzt habe. Es gehe nicht an, ihr Behandlungen aufzuerlegen und alsdann nicht zuzuwarten, ob diese verlangten Behandlungen den erhofften Erfolg brächten, sondern sofort eine Rente abzulehnen mit der Begründung, dass diese Massnahmen sicher Erfolg hätten und keine Invalidität mehr vorliege. Es sei unzutreffend, dass im Gutachten keine die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Defizite festgehalten worden seien (S. 3 Ziff. 4). Im Gutachten sei unmissverständlich festgehalten worden, dass aufgrund der beschriebenen mittelgradigen neurokognitiven Funktionsstörung der Grad der Arbeitsunfähigkeit zwischen 50 und 70 % liege. Die neuropsychologischen Testbefunde vermöchten für sich betrachtet eine Arbeitsunfähigkeit im Ausmass von mindestens 50 % zu erklären. Die Beschwerdegegnerin sei fälschlicherweise der Ansicht, dass die Arbeitsunfähigkeit vorwiegend durch das psychische Leiden verursacht werde. Daneben habe auch der sechsmonatige Arbeitsversuch gezeigt, dass sie lediglich zu 30 % arbeitsfähig sei (S. 4 f. Ziff. 3, S. 7 Ziff. 8). Durch die behandelnden Ärzte sei seit dem Jahr 2016 festgehalten worden, dass der depressiven Störung eine organische Komponente zugrunde liege. Es seien erhebliche kognitive

Defizite beschrieben worden, welche mittels Testung verifiziert worden seien. Daneben sei erläutert worden, dass die Defizite organisch bedingt seien (S. 5 Ziff. 4). Weiter sei die Begründung nicht tragbar, wonach das Leistungs- und Aktivitätsniveau im privaten Bereich nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % passe (S. 5 f. Ziff. 5). Die Gutachter hätten ihr zwar medizinische Massnahmen empfohlen, sich jedoch nicht dazu geäussert, ob mit diesen Massnahmen die Arbeitsfähigkeit soweit verbessert werden könne, dass keine Invalidität mehr vorliegen würde (S. 6 Ziff. 6). Sie habe alle von der Beschwerdegegnerin geforderten Massnahmen umgesetzt (S. 7 Ziff. 8).

E. 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 9) führte die Beschwerdegegnerin aus, dass ge mäss dem neurologischen Teilgutachten des O.____ eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch Epilepsie nur insofern bestehe, als keine selbst- und fremd gefährdenden Arbeiten möglich seien. Ausserdem sei eine Schichtarbeit deswegen nicht zumutbar (S. 1 Ziff. 1-2). Der psychiatrische Teilgutachter des O.____ habe aufgrund der festgestellten rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode mit somatischem Syndrom, in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert. Nach Prüfung der Indikatoren sei ein invalidisierender Gesundheitsschaden allerdings nicht ausgewiesen, weshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in psychischer Hinsicht bestehe. Neuropsychologische Untersuchungsergebnisse seien rechtsprechungsgemäss stets im Kontext der übrigen (interdisziplinären) medizinischen Abklärungsergebnisse zu würdigen und beweisrechtlich nur inso weit relevant, als sie sich in das Gesamtergebnis der medizinischen Sachverhalts abklärung schlüssig einfügten. Der neurologische Gutachter habe betreffend die Neuropsychologie explizit ausgeführt, dass das Medikament gegen die Epilepsie (Topiramate) häufig kognitive Störungen verursache. Eine andere Ursache für die festgestellten neuropsychologischen Einschränkungen sei aus somatischer Sicht nicht ersichtlich, weshalb ein Wechsel des Medikaments empfohlen worden sei (S.1 f.)

E. 2.4

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente. 3.
3.1

Dr. med. Z.____, Facharzt für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 22. August 2015 (Urk. 10/20/9-11) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.1): - strukturelle Epilepsie mit generalisiert tonisch-klonischen Anfällen und fraglich komplex-fokalen Anfällen ungeklärter Ätiologie - erster generalisierter Anfall im September 2013, zwei nächtliche generalisierte Anfälle im Mai 2015 - EEG (Klinik, A.____ 2013): Verlangsamung und epilepsietypische Potentiale temporal links - MRI (März 2014): mögliche temporomesiale Sklerose links - Medikamentenanamnese: Phenobarbital, Levetiracetam, aktuell Lamotrigin und Topiramate - leichte kognitive Defizite (ICD-10 F06.8) - neuropsychologische Testung in der Klinik B.____ (Mai 2015): vermindertes Tempo und insgesamt eingeschränkte Leistung - episodisches Fremdheitsgefühl und Wahnstimmung ungeklärter Ätiologie - Differentialdiagnose (DD) dissoziativ, im Rahmen Panikstörung/Depression, epileptisch (fokale «Temporallappenanfälle») - Panikstörung (ICD-10 F41.0) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) - neben psychosozialen Faktoren organische Komponente im Rahmen Epilepsie möglich - schwere

Makuladegeneration

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine schon immer bestehende Migräne (Ziff. 2.2). Dr. Z.____ führte aus, die Beschwerde führerin sei seit dem 15. Dezember 2014 bei ihm in Behandlung, und die letzte Kontrolle sei am 4. August 2015 erfolgt (Ziff. 3.1). In der gegenwärtigen Tätigkeit arbeite sie aktuell zu 50 % . Es sei eine stufenweise Erhöhung, ab September 2015 auf 70 % geplant (Ziff. 6.1-2). Zu den objektiven Einschränkungen bei der gegenwärtigen Tätigkeit führte Dr. Z.____ aus, dass er keine nennen könne. Er erwarte

eine verminderte Belastbarkeit (Ziff. 5.3). Er würde die Prognose einer langfristigen 100%igen Arbeitsfähigkeit als vorsichtig optimistisch bezeichnen. Grundsätzlich leide die Beschwerdeführerin nicht an einer unheilbaren oder nicht kontrollierbaren Krankheit. Die vielen Komorbiditäten mit gegenseitiger Beeinflussung seien aber prognostisch eher ungünstig. Gerade die Epilepsie und die Angststörung dürften sich gegenseitig ungünstig beeinflussen. Dazu komme die Makuladegeneration, welche ja auch zu Arbeitsfähigkeitseinschränkung führen könne (S. 3 Ziff. 6.3). 3.2

Dr. Z.____ stellte in seinem Bericht vom 8. Januar 2015 [richtig wohl 2016] (Urk. 10/35/1-4) die gleichen Diagnosen wie in seinem Vorbericht vom 22. August 2015, wobei er hiervon abweichend eine Migräne als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufführte (Ziff. 1.2, vorstehend E. 3.1). Dr. Z.____ führte aus, dass aktuell die psychiatrische Behandlung bei ihm und die psychotherapeutische Behandlung extern stattfinde. Die Depression sei remittiert. Dennoch sei die Patientin nicht voll belastungsfähig im Rahmen ihrer zahlreichen Komorbiditäten. Bei ihm finde etwa alle vier Wochen ein Termin statt, die letzte Kontrolle sei am 18. Dezember 2015 erfolgt (Ziff. 3.1). In einer Büro tätigkeit ohne zeitlichen Druck sei eine Arbeitsfähigkeit von 60 % bis 70 % gegeben. Es bestehe sicher eine verminderte Leistungsfähigkeit von 30 % (Ziff. 2.1-2). Die Patientin arbeite bereits jetzt 70 % (Ziff. 4.1). In einer angepassten Teilzeit-Tätigkeit mit wenig Druck schätze er die Prognose bezüglich der Stabilität der Depression und Angst sowie der Epilepsie als günstig ein (Ziff. 3.3). 3.3

Dr. Z.____ stellte in seinem Bericht vom 25. April 2016 (Urk. 10/39/1-2) folgende, teils gekürzt wiedergegebene Diagnosen (S. 1): - kognitive Defizite (ICD-10 F06.8) - neuropsychologische Testung in der Klinik B.____ (Mai 2015): vermindertes Tempo und insgesamt eingeschränkte Leistungen - neuropsychologische Testung (April 2016): unterdurchschnittliche, zum Teil weit unterdurchschnittliche Leistungen bei exekutiven und mnestischen Funktionen - qEEG /ERP (April 2016): frontotemporale Funktionsstörung links - DD Ausdruck der frontotemporalen Dysfunktion im Rahmen der Epilepsie - strukturelle Epilepsie mit generalisiert tonisch-klonischen Anfällen und fraglich komplex-fokalen Anfällen ungeklärter Ätiologie - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelschwere (ICD-10 F33.1) - neben psychosozialen Faktoren organische Komponente im Rahmen der Epilepsie - aktuell remittierte Panikstörung (ICD-10 F41.0) - Migräne - Makuladegeneration rechts bei schwerer Myopie beidseits

Dr. Z.____ führte aus, dass er aufgrund einer anhaltenden Überforderung der Patientin bei der in der Zwischenzeit gekündigten Stelle und aufgrund seiner zunehmenden Eindrucks , dass weniger die Depression und die Panikstörung dafür verantwortlich seien, ergänzend eine neuropsychologische Testung durchgeführt und ein quantitatives EEG (qEEG) und ein «Event Related Potentials» (ERPs) abgeleitet habe. Die kognitiven Defizite

entsprechen vom Muster her den vom letzten Sommer in der Klinik B.____ dokumentierten und seien ausgeprägter, als er es erwartet habe. Dabei zeigten sie kein auf psychogene Defizite verdächtiges Muster. Zudem sei die links fronto -temporale Dysfunktion objektiviert worden. Insgesamt gehe er deshalb davon aus, dass die Patientin als Sachbearbeiterin maximal zu 50 % arbeitsfähig sei (S. 2). 3.4

Lic. phil. C.____, Psychologin FSP, stellte in ihrem Bericht vom 1. Dezember 2017 (Urk. 10/75) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1): - leichte bis mittelgradige neuropsychologische Störung gemäss Bericht INDB, Schweizerisches Epilepsie-Zentrum Zürich vom 31. August 2016 - schwerpunktmässig mittelgradige neuropsychologische Störung gemäss ihrer klinischen Einschätzung unter Einbezug aller hier zusätzlich erwähnten Informationen

Lic. phil. C.____ führte aus, dass das neuropsychologische Coaching seit dem 23. November 2015 in unregelmässigen Abständen durchgeführt werde und der Stabilisierung der Patientin in ihrer seit nunmehr vier Jahren unsicheren gesundheitlichen und mittlerweile beruflich völlig offenen Situation diene (Ziff. 7). Ihre Arbeitsfähigkeit sei nach dem zeitlich begrenzten Arbeitsversuch bei D.____ von April bis Oktober 2017 bei etwa 30 % eingestuft worden. Dies sei sowohl mit den am 12. August 2016 am INDB erhobenen neuropsychologischen Testbefunden als auch mit ihrer klinischen Einschätzung vereinbar. Aufgrund des aktuellen neuropsychologischen Gesundheitszustandes gelte die aktuelle Arbeitsfähigkeit sowohl für die bisherige als auch für eine angepasste Tätigkeit (Ziff. 2). Hauptanliegen der Patientin sei von Anbeginn das Finden einer neuen Arbeitsstelle unter Berücksichtigung ihrer gesundheitlich belastenden und unklaren Situation. Aufgrund ihrer Tendenz zur Dissimulation stehe das neuropsychologische Coaching von Anbeginn auch im Dienste der Sensibilisierung der Patientin für ihre multiplen neuropsychologischen Defizite (Ziff. 5). 3.5

Dr. Z.____ stellte in seinem Bericht vom 20. Dezember 2017 (Urk. 8/76) folgende, gekürzt wiedergegebene Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.2): - strukturelle Epilepsie mit generalisiert tonisch-klonischen Anfällen und fraglich komplex-fokalen Anfällen ungeklärter Ätiologie - leichte kognitive Defizite (ICD-10 F06.8) - neuropsychologische Testung in der Klinik B.____ (Mai 2015): vermindertes Tempo und insgesamt eingeschränkte Leistungen - episodisches Fremdheitsgefühl und Wahnstimmung ungeklärter Ätiologie - DD dissoziativ im Rahmen der Panikstörung/Depression, epileptisch (fokale «Temporallappenanfälle») - Panikstörung (ICD-10 F41.0) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) - neben psychosozialen Faktoren organische Komponente im Rahmen der Epilepsie möglich - Migräne

Dr. Z.____ führte aus, dass er die Beschwerdeführerin nur noch neurologisch etwa alle zwei Monate behandle. Die Psychotherapie erfolge bei Lic. phil. C.____. Die letzte Kontrolle sei am 11. Dezember 2017 erfolgt (Ziff. 3.1). In der bisherigen Tätigkeit der Beschwerdeführerin bestehe formal noch eine Arbeitsfähigkeit von 30%. Eine angepasste Tätigkeit sei in einem Pensum von 50% möglich (Ziff. 2.1). In der Zwischenzeit habe sich gezeigt, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aufgrund der kognitiven Defizite deutlich eingeschränkt sei. Im Verlauf habe sich ein Dissimulieren bei Anosognosie für die kognitiven Defizite gezeigt (Ziff. 1.3). 3.6

Am 18. September 2018 erstatteten Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. G.____, Facharzt für Neurologie, Dr. med. H.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, M. Sc. I.____ und dipl. psych. J.____, O.____, das von der Beschwerdegegnerin veranlasste polydisziplinäre Gutachten (Urk. 10/106/2-69). Die Gutachter stellten zusammenfassend folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 5 Ziff. 4.2): - Epilepsie, nicht sicher klassifiziert, Verdacht auf strukturelle Epilepsie mit sekundär-generalisierten tonisch-klonischen Anfällen und fraglich komplex-fokalen Anfällen (Erstmanifestation Dezember 2012) - Verdacht auf zusätzliche psychogene nicht-epileptische Ereignisse - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode mit somatischem Syndrom - wahrscheinlich teilweise auch im Rahmen des epileptischen Leidens

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter ein Übergewicht (BMI 25,8), ein Makulaschichtforamen mit myoper Schisis beidseits, eine pathologische Myopie beidseits, einen Status nach Tonsillektomie in der Kindheit und akzentuierte neurotische Persönlichkeitszüge mit nur mittelbarem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 5 Ziff. 4.2).

Die Gutachter führten aus, dass in der bisherigen Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Mitarbeiterin eines Callcenters eine deutlich eingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe. Es handle sich hier um eine unruhige, teilweise hektische Tätigkeit mit zum Teil belastendem Kundenverkehr. Zudem setze diese Tätigkeit auch ein hohes Mass an Flexibilität voraus. In dieser Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 30%. Zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit im heutigen Ausmass sei auf die Angaben von PD Dr. K.____ abzustellen, welcher seit Dezember 2012 tonisch-klonische und fraglich komplex-fokale epileptische Anfälle beschreibe (S. 6 Ziff. 4.7). In einer überschaubaren und nicht allzu komplizierten, administrativen Tätigkeit, welche ohne übermässigen Zeit- und Leistungsdruck einhergehe, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50%. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit im jetzigen Ausmass sei ebenfalls auf Dezember 2012 festzusetzen (S. 7 Ziff. 4.8). Die Arbeitsunfähigkeit sei vorab durch das psychische Leiden bedingt. Eine geringfügige Überschneidung zwischen den neurologischen und den psychischen Beschwerden bestehe aufgrund des epileptischen Leidens (S. 7 Ziff. 4.9). Gemäss dem neurologischen Experten sei die Medikation mit Topiramate ungünstig, zumal diese Substanz die kognitiven Fähigkeiten negativ beeinflusse. Bezüglich des depressiven Leidens sei anzumerken, dass zurzeit keine antidepressive Medikation stattfinde (S. 7 Ziff. 4.10.1).

Zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde/Diagnosen führten die Gutachter aus, dass die Versicherte aufgrund des epileptischen Leidens ausserstande sei, Arbeiten, welche mit möglicher Fremd- oder Selbstgefährdung einhergingen, zu verrichten. Dasselbe gelte für Schichtarbeiten. Insbesondere aufgrund des psychischen Leidens dürfte sich ein allzu starker Zeit- und Leistungsdruck ungünstig auswirken. Aufgrund des psychischen Leidens bestünden mittelgradige Beeinträchtigungen in der Anpassung an Regeln und Routinen, sodass die Versicherte klar strukturierte Aufgaben erhalten sollte. Das Entscheidungs- und Urteilsvermögen sei ebenfalls mittelgradig eingeschränkt, und dasselbe gelte auch für die Durchhaltefähigkeit und die Selbstbehauptungsfähigkeit. Leichte Einschränkungen fänden sich in der Kontaktaufnahme zu Dritten. Die Spontanaktivität erweise sich als leicht eingeschränkt. Die Selbstpflege und Verkehrsfähigkeit seien nicht eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin verfüge zwar über langjährige Erfahrungen als Sachbearbeiterin bei

verschieden Krankenversicherungen, sei jedoch aufgrund des psychischen Leidens nur beschränkt in der Lage, diese Kenntnisse gewinnbringend umzusetzen. Voraussetzung sei auch ein ruhiger Arbeitsplatz. Diese Anforderungen erfülle die letzte Tätigkeit als Mitarbeiterin in einem Callcenter in keiner Weise (S. 5 f. Ziff. 4.3).

Abschliessend hielten die Gutachter fest, dass die von der Versicherten geschilderten Lebensumstände mit der von ihnen attestierten Arbeitsfähigkeit korrespondierten. Insbesondere bestehe nicht der Eindruck, dass die Versicherte eine Vielzahl von Freizeitaktivitäten betreibe, sondern ein zurückgezogenes Leben führe (S. 8 Ziff. 4.11.3).
3.7

PD Dr. med. univ. L.____, Facharzt für Neurologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in seiner Stellungnahme vom 21. September 2018 (Urk. 10/122/9-10) aus, dass auf das O.____-Gutachten vom 18. September 2018 abgestellt werden könne. Zumutbar sei eine gut strukturierte, repetitive, überschaubare, nicht allzu komplizierte (administrative) Tätigkeit. Ausgeschlossen seien das Besteigen von Leitern oder Gerüsten, das Bedienen gefährdender Maschinen, die alleinige Verantwortung über Schutzbefohlene sowie Schichtarbeit. In der bisherigen Tätigkeit bestehe ab Dezember 2012 eine Arbeitsfähigkeit von 30 % und in einer an gepassten Tätigkeit gemäss Belastungsprofil eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Es sollte eine Reevaluation der Pharmakotherapie erfolgen, insbesondere von Topiramaten. 3.8

In seiner Stellungnahme vom 3. Juni 2019 (Urk. 7) zum O.____-Gutachten vom 18. September 2018 führte Dr. Z.____ aus, dass gemäss dem neuropsychologischen Teilgutachten eine schwergradige Einschränkung der Exekutivfunktionen aufgeführt werde, welche dann bei den relevanten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht erwähnt werde. Es werde dann von einem psychischen Leiden gesprochen, welches die Patientin einschränke. Dies suggeriere, dass die rezidivierende depressive Störung primär für die Einschränkung ausschlaggebend wäre. Die exekutive Funktionsstörung sei auch psychisch aber nicht primär affektiv, sondern neuropsychiatrisch, das heisse organisch bedingt. Im neuropsychiatrischen Teilgutachten werde die Verschlechterung als Folge der neurologischen Erkrankung mit auch psychiatrischen Faktoren erklärt. In die Gesamtbeurteilung seien dann nur die psychiatrischen Faktoren eingeflossen. Dr. Z.____ führte aus, dass er sich dem neuropsychologischen Teilgutachten, nicht aber der Gesamtbeurteilung anschliessen könne. Die kognitiven Defizite seien primär organisch bedingt. Die wiederholten EEG's mit Nachweis pathologischer Veränderungen frontal links belegten die neurologische Ursache der exekutiven Funktionsstörung (Funktion des Frontalhirns). 4.

4.1

Die Beschwerdegegnerin kam in ihrer Verfügung nach eigens vorgenommener Standardindikatorenprüfung abweichend von der Einschätzung der O.____-Gutachter in ihrem Gutachten vom 18. September 2018 (vorstehend E. 3.6) sowie der Stellungnahme von RAD-Arzt PD Dr. L.____ vom 21. September 2018

(vorstehend E. 3.7) zum Schluss, dass aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht kein relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen sei. Dies im Wesentlichen mit der Begründung, dass die im O.____-Gutachten festgestellten neuropsychologischen Testbefunde eine Arbeitsunfähigkeit im Ausmass von 50 % nicht zu erklären vermöchten und die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorwiegend durch das psychische Leiden

verursacht sei, bei welchem jedoch keine ausreichende Behandlung stattfinde und welchem weiter das Aktivitätsniveau im privaten Bereich entgegenstehe. Das gesundheitliche Befinden lasse sich durch eine Anpassung der Behandlung verbessern (vorstehend E. 2.1 und E. 2.3, Urk. 10/122 S. 11 ff.). 4.2

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ist aus den nachfolgend dargelegten Gründen auf das O.____-Gutachten vom 18. September 2018 (vorstehend E. 3.6) abzustellen. So erfüllt es die formalen Beweiswert-Anforderungen (vorstehend E. 1.6) ohne weiteres, indem es für die streitigen Belange umfassend ist und auf allseitigen Untersuchungen der Beschwerdeführerin beruht sowie die geklagten Beschwerden berücksichtigt und in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben wurde. Darüber hinaus leuchtet es auch in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und enthält nachvollziehbar begründete Schlussfolgerungen. 4.3

Gestützt auf die medizinische Einschätzung im psychiatrischen Teilgutachten, welche nach interdisziplinärer Konsensbesprechung Eingang in die abschliessende Gesamtbeurteilung fand, nannten die Gutachter als massgebliche für die Arbeitsunfähigkeit verantwortliche Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode mit somatischem Syndrom, und leiteten daraus in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % und in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab, was sich in Anbetracht der von Dr. F.____ erhobenen Befunde (Urk. 10/106/2-69 S. 50 f. Ziff. 4.3 und S. 52 Ziff. 7.1 unten f.) als schlüssig erweist.

Entgegen der Ansicht des behandelnden Arztes Dr. Z.____ (vorstehend E. 3.8), erweist sich auch die von Dr. G.____ aufgeführte Ursache der mehrfach festgestellten kognitiven Einschränkungen der Beschwerdeführerin als schlüssig. Nach eingehender Auseinandersetzung mit den Akten sowie nach der persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin kam Dr. G.____ zum Schluss, dass als einzige Ursache für die im fachspezifischen Teilgutachten nachgewiesenen kognitiven Einschränkungen die Behandlung mit Topiramaten, dem in Topamax enthaltenen Wirkstoff, verbliebe. Die von Dr. Z.____ durchgeführte Behandlung der Beschwerdeführerin mit Topiramaten wurde von Dr. G.____ als unglücklich bezeichnet. Dr. G.____ wies auf die normale Geburt und frühkindliche Entwicklung inklusive Schulkarriere, das Fehlen einer strukturellen Läsion im MRI und - soweit für ihn auf Grund der Aktenlage beurteilbar - das elektroencephalographische Fehlen relevanter subklinischer Entladungen hin (Urk. 10/106/2-69 S. 43 Mitte). Die These von Dr. G.____ wird überdies dadurch gestützt, dass der ungünstige Einfluss von Topiramaten auf die kognitiven Fähigkeiten eine allseits bekannte, sehr häufige (bei mehr als einem von zehn Anwendern) auftretende Nebenwirkung des Wirkstoffes darstellt (vgl. www.compendium.ch).

Unabhängig von der Ursache der kognitiven Einschränkungen sah aber auch der behandelnde Arzt Dr. Z.____, einhergehend mit den O.____-Gutachten, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit bei 30 % und in einer angepassten Tätigkeit bei 50 % (vorstehend E. 3.5). 4.4

Was die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch den psychiatrischen Teilgutachter Dr. F.____ anbelangt, erfolgte diese nach eingehender Auseinandersetzung mit den Standardindikatoren (vorstehend E. 1.3). Unter dem Titel „Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität“ verneinte Dr. F.____, wie auch die anderen

Teilgutachter (Urk. 10/106/2-69 S. 6 Ziff. 4.6), allfällige Ausgestaltungs- oder Dramatisierungstendenzen, Aggravation oder Simulation (Urk. 10/106/2-69 S. 53 Ziff. 7.3). Verschiedentlich wurde in den Akten auch von einer Dissimulation der Beschwerden berichtet (vgl. vorstehend E. 3.4-5, vgl. auch Urk. 10/73 S. 3 unten f.).

Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin (vorstehend E. 2.1), sprechen vor liegend, bei nach wie vor bestehender Arbeitsfähigkeit von 50 % in angepasster Tätigkeit, die wahrgenommenen Kontakte der Beschwerdeführerin zur Schwester respektive zu Kolleginnen und die selbständige Führung des Haushaltes sowie die aufgrund ihres Übergewichtes notwendigen Besuche im Fitnesscenter nicht gegen eine Konsistenz der Beschwerden. So hielten die Gutachter auch ausdrücklich fest, dass die von der Beschwerdeführerin geschilderte Aktivität mit der von ihnen attestierten Arbeitsunfähigkeit korrespondiere (vorstehend E. 3.6). Zu bemerken ist, dass die Ärzte nicht von einer vollumfänglichen, sondern (angepasst) lediglich 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgingen und die Freizeitgestaltung der Beschwerdeführerin nicht über dieses Mass hinausgeht.

In Bezug auf den Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder - resistenz» ist zwar in Anbetracht der im Rahmen des O.____ -Gutachten s fest gehaltenen Befunde festzuhalten, dass die von Dr. Z.____ und lic . phil. C.____ in teils monatlichen Abständen durchgeführten Konsultationen wie auch die vor der Begutachtung am O.____ durchgeführte Medikation (vgl. vorstehend E. 3.1-2, E. 3.4-5) als ungenügend erscheint. Zu beachten ist jedoch, dass die nicht erfolgte antidepressive Medikation sowie die von den O.____ -Gutachter n als ungünstig bezeichnete Medikation mit Topiramate in der abweichenden Einschätzung der medizinischen Sachlage durch den behandelnden Arzt Dr. Z.____ gründeten. Den Akten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin im Verlauf sämtliche Therapieangebote und Eingliederungsmöglichkeiten stets wahrgenommen hat, weshalb die im Rahmen des O.____ -Gutachtens als unzureichend gewertete Therapie respektive Medikation nicht zu ihren Lasten ausgelegt werden darf. Sie hielt sich stets an die Vorgaben der Behandler. Zudem gehen die von den O.____ -Gutachter n festgestellten Einschränkungen einher mit dem anlässlich der Eingliederungsmassnahmen von der Beschwerdeführerin gezeigten funktionellen Leistungsvermögen (Urk. 10/72 S. 2 Ziff. 4, vgl. auch Urk. 10/73).

Soweit die Beschwerdegegnerin ihre Annahme der vollständigen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vom theoretisch möglichen Erfolg einer prognostisch als sinnvoll erachteten Behandlung abhängig macht, kann ihr nicht gefolgt werden. Rechtsprechungsgemäss sagt die Therapierbarkeit einer psychischen Störung für sich allein betrachtet nichts über deren invalidisierenden Charakter aus (BGE 127 V 294 E. 4c). Zudem hielt der psychiatrische Teilgutachter Dr. F.____ fest, dass er nicht sagen könne, inwiefern sich eine entsprechende Medikation auswirke, ob nur auf das subjektive Befinden oder auch im Sinne einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/106/2-69 S. 54 Ziff. 8.3) .

Zusammenfassend ist Dr. F.____ bei der Beantwortung der Frage nach der Einschätzung des Leistungsvermögens der Beschwerdeführerin den einschlägigen Indikatoren gefolgt, hat ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt, welche Folge der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind, und seine versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung ist auf objektiver Grundlage erfolgt. Die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob

Dr. F. ___ sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren ein geschätzt hat (BGE 141 V 281 E. 5.2.2), ist vorliegend zu bejahen und auf seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin kann abgestellt werden. Da den Beweisthemen im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens genügend überzeugend Rechnung getragen wurde, bleibt für die von der Beschwerdegegnerin nachträglich vorgenommene Parallelüberprüfung kein Raum (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_808/2018 vom 2. Dezember 2019 E. 4.1.2). 4.5

Im Weiteren ist auch hinsichtlich des Beginns der Arbeitsunfähigkeit im Dezember 2012 den O. ___ -Gutachtern zu folgen, de m Zeitpunkt, zu welchem erst mals tonisch-klonische und fragliche komplex-fokale epileptische Anfälle beschrieben worden sind (vorstehend E. 3.6). Dies geht einher mit de n ab Februar 2013 mehr oder weniger durchgehend bis Ende April 2014 attestierten Arbeits unfähigkeiten zwischen 30 % und 100 % , ebenfalls aufgrund der im O. ___ -Gutachten beschriebenen Symptomatik (vgl. Urk. 10/4/1, Urk. 10/4/8 Ziff. 2.1, Urk. 10/4/10-11 Ziff.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

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

E. 9

aufgehoben, und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin ab dem 1. Juli 2015 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente hat,

mit Ausnahme der Perioden bezogener Taggeldleistungen . 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900 .-- 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. 2'700 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Sandra Glavas Soller - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Y. ___ - 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 1

5. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Gräub
Schucan

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