

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00646 vom 1. April 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-04-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00646](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00646)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00646 du 1 avril 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00646 del 1 aprile 2020

## Erwägungen

### E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen 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 kom menden 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 betäti gen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen , erhalten oder verbessern können; b.

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

### E. 1.3

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose vo raus (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 Invalidi tät. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfä higkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Masstab zu beurteilende Frage, ob es der ver sicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1. 4

Über das Zusammenwirken von Recht und Medizin bei der konkreten Rechtsanwendung hat sich das Bundesgericht verschiedentlich geäußert. Danach ist es sowohl den begutachtenden Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung aufgegeben, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien zu beurteilen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht. Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Seine Einschätzung ist eine wichtige Grundlage für die anschließende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 141 V 281 E. 5.2.1).

Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere darauf hin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und so mit den normativen Vorgaben Rechnung tragen. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang an dauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 144 V 50 E. 4.3 ). 1. 5

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 16. September 2019 Beschwerde gegen die Verfügung vom 17. Juli 2019

( Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei die IV-Stelle zu verpflichten, ihr die gesetzlichen Leistungen auszurichten; insbesondere sei die IV-Stelle zu verpflichten, ihr eine halbe Invalidenrente auszurichten. Eventuell sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die IV-Stelle zurück zuweisen ( Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 22. Oktober 2019 ( Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 1. November 2019 ( Urk. 8) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin hielt

in der angefochtenen Verfügung ( Urk. 2) fest , aus versicherungsmedizinischer Sicht liege keine gesundheitliche Einschränkung vor, die eine dauerhafte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe (S. 1). Der Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ enthalte keine objektivierbaren Befunde, die die Befunde des medizinischen Gutachtens von Dr. A.\_\_\_\_ widerlegten. Er habe sich intensiv mit der vorliegenden Müdigkeit befasst und eine Fatigue sei nicht diagnostiziert worden (S. 2).

### **E. 2.2**

Demgegenüber vertrat die Beschwerdeführerin den Standpunkt ( Urk. 1), dass

Dr. A.\_\_\_\_ die Frage einer möglichen somatischen Ursache ihrer Beschwerden in Form einer krebsbezogenen Müdigkeit ( Cancer related

Fatigue ) aufgeworfen habe. Diese könne er jedoch, weil fachfremd, nicht beurteilen ( S. 7 Rz 18). Die Beurteilung der Cancer related

Fatigue sei durch Dr. B.\_\_\_\_ und das Zentrum C.\_\_\_\_ erfolgt. Die Resultate hätten vor einem definitiven Entscheid über den Leistungsanspruch zwingend abgewartet werden müssen ( S. 7 Rz 19). Mit dem Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 9. April 2019 und dem Bericht des Zentrums C.\_\_\_\_ vom 23. August 2019 sei die 50%ige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin erstellt ( S. 8 Rz 20).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch und damit insbesondere die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. 3. 3.1

Dem Rückweisungsurteil vom 1. Februar 2017 ( Urk. 7/73) lagen folgende, vom Gericht als nicht genügend aussagekräftig beurteilte Arztberichte zugrunde (vgl. E. 3 des genannten Urteils):

Dr. med. D.\_\_\_\_ , Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe , nannte mit Bericht vom 4. September 2014 (Urk. 7/18) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - duktales

Carcinoma in situ (DCIS) Mamma rechts, sowie klassische lobuläre

Neoplasie

- Breast Cancer (BRCA) 1 positiv - reaktive depressive Verstimmung

Sie führte aus, dass sie die Beschwerdeführerin seit 2010 betreffend Vorsorge und seit April 2013 regelmässig wegen der Diagnose behandle (Ziff. 1.2). Seit 8. April 2014 sei die Beschwerdeführerin in ihrer Tätigkeit als Sachbearbeiterin zu 50 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.6). Aufgrund reduzierter Belastbarkeit, Konzentrationsstörungen und schneller Ermüdung sei es ihr unmöglich, ein Vollzeitpensum zu leisten. Ein Pensum von täglich 50 %, was 4 Stunden 12 Minuten entspreche, sei aktuell möglich (Ziff. 1.7). 3.2

Dr. med. E.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, gab mit Bericht vom 22. Oktober 2014 (Urk. 7/23) an, die Beschwerdeführerin seit April 2014 zu behandeln (Ziff. 1.2), und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - Depression - BRCA 1 - Positivität, Mammakarzinom (Mamma-CA) rechts - Mastektomie

beidseits und Rekonstruktion am 26. August 2013 - Hysterektomie und Ovariektomie  
beidseits am 13. Dezember 2013

Seit 8. April 2014 sei die Beschwerdeführerin in ihrer Tätigkeit als kaufmännische Angestellte zu 50 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.6). Es bestehe eine reduzierte psychische Belastbarkeit, Konzentrationsstörungen und ein Aufmerksamkeitsdefizit. Die bisherige Tätigkeit sei noch zu 50 % zumutbar (Ziff. 1.7). 3.3

PD Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Klinik G.\_\_\_\_, nannte mit Bericht vom 21. April 2015 (Urk. 7/28) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.2): - DCIS Brust rechts, BRCA1-Genmutation - Status nach beidseitiger Mastektomie und Rekonstruktion mittels autologem Gewebe

Es erfolge eine ambulante Behandlung mit Kontrollen in zweimonatigem Rhythmus (Ziff. 3.1). Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Maßnahmen nicht verbessert werden (Ziff. 4.1). Weitere Angaben zur Arbeitsfähigkeit machte er nicht. 3.4

Dr. E.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.2) nannte mit Bericht vom 15. Mai 2015 (Urk. 7/34) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Depression (Ziff. 1.2). Die bisherige, beziehungsweise eine angepasste Tätigkeit, könne zu 50 % ausgeübt werden (Ziff. 2.1). 3.5

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte mit Bericht vom 29. Mai 2015 (Urk. 7/33) aus, er behandle die Beschwerdeführerin seit Mai 2014 (Ziff. 1.2), und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - andauernde Persönlichkeitsänderung bei Status nach Mammacarcinom in situ mit Mammaresektion beidseits 2013 (ICD-10 F62.88) - rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F32.00 gegenwärtig) - chronisches Erschöpfungssyndrom (ICD-10 F48.0)

Alle Diagnosen würden seit mindestens April 2014 gelten.

Eine Veränderung der Persönlichkeit habe sich nach dem Tod der Schwester 1997 aufgrund eines Uteruskarzinoms und der Diagnose eines Mammakarzinoms bei der jüngeren Schwester sowie nach eigener Diagnose eines Mammakarzinoms 2012 beziehungsweise 2013 entwickelt. Darüber hinaus bestünden rezidivierende depressive Phasen und eine anhaltende Reduktion des Leistungs- und Energieniveaus. Es bestehe ein instabiler Affekt mit rezidivierenden depressiven Einbrüchen, allgemeinem erheblich reduziertem Funktions-, Leistungs-, Antriebs- und Energieniveau, eine rasche Erschöpfbarkeit psychisch mit seit der Mammaresektion bestehendem erhöhtem Erholungsbedarf. Oft bestehe eine Anhedonie und ein Gefühl der Überforderung (Ziff. 1.4). Die Beschwerdeführerin sei von 13. Dezember 2013 bis 9. Januar 2014 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Von 8. April 2014 bis heute sei sie zu 50 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.6). Die Beschwerdeführerin könne maximal vier Stunden hintereinander eine berufliche Tätigkeit ausüben. Danach sei sie erschöpft und benötige entsprechend lange Erholungs- und Ruhephasen (Ziff. 1.7). 3.6

Am 27. August 2015 erstattete Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Kardiologie, das von der Personalvorsorge J.\_\_\_\_ in Auftrag gegebene Gutachten (Urk. 7/50). Er nannte folgende Diagnosen (S. 7 f.): - high grade Mammakarzinom rechts, Typ DCIS mit Kalk und Nekrosen - der vorliegende genetisch vermittelte Karzinomtyp führt zur sicheren Erkrankung Mammakarzinom - Status nach stereotaktischer Vakuumbiopsie rechts am 17. Mai 2013, DCIS, BRCA 1 positiv - positive

Familienanamnese, Schwester 44-jährig an Mammakarzi nom erkrankt (BRCA positiv), andere Schwester 42-jährig an Ovarialkarzi nom verstorben - Status nach Skin- Sparing Mastektomie beidseits und sentinel

Lymphonodektomie beidseits am 26. August 2013 - Status nach laparoskopischer Hysterektomie und Adnexektomie, Mastectomie beidseits am 13. Dezember 2013 - psychiatrische Diagnose: anhaltende, chronifizierte psychische Asthenie, kombiniert mit depressivem Zustandsbild unter regelmässiger psychotherapeutischer Betreuung und Antidepressiva - anhaltender im Verlauf stationärer Rekonvaleszenzzustand mit Müdigkeit, Adynamie, körperlicher Schwäche, verlängertem Erholungsbedürfnis, Schlaflosigkeit

Die Beschwerdeführerin habe sich von den Eingriffen sowohl körperlich als auch psychisch nie mehr richtig erholt. Es persistiere seither trotz aktuell dokumentierter Tumorfreiheit ein anhaltender Rekonvaleszenzzustand. Die Beschwerdeführerin leide unter einer verminderten körperlichen und emotionalen Belastbarkeit, es fänden sich intermittierend auftretende Schwäche/Erschöpfungszustände, ein deutlich gesteigertes Erholungsbedürfnis sowie Schlafstörungen. Mehrmals habe die Beschwerdeführerin, welche seit dem 8. April 2014 krankheitsbedingt 50 % arbeitsunfähig eingestuft sei, versucht, das Arbeitspensum wieder zu steigern. Jedes Mal sei es zu Erschöpfungszuständen und psychophysischen Einbrüchen gekommen, weswegen aktuell nur noch eine 50%ige Arbeitsfähigkeit resultiere. Die Beschwerdeführerin stehe seither auch in regelmässiger, kontinuierlicher psychotherapeutischer Betreuung. Medikamente würden eingesetzt und vom behandelnden Psychiater werde die Diagnose psychische Asthenie überlagert von einer anhaltenden therapierefraktären depressiven Symptomatik gestellt (S. 7). Die Beschwerdeführerin sei aktuell in der Lage, im bis anhin ausgeübten Tätigkeitsbereich im Umfang von 50 % weiterhin arbeitstätig zu bleiben (S. 9 lit. e).

### 3.7

Am 9. November 2015 erstattete Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene Gutachten (Urk. 7/44). Er nannte die folgenden Diagnosen (S. 10 oben): - protrahiertes neurasthenisches Erschöpfungssyndrom (ICD-10 F48.0) - Status nach Operationen im August 2013 und Dezember 2013 wegen Mammakarzinoms und positivem Gentest

Ab Juni 2008 habe die Beschwerdeführerin bei ihrem Ehemann gearbeitet und ein Bürofach- und ein Handelsdiplom nachgeholt. Dabei sei sie erstmals in eine Erschöpfung geraten, bedingt dadurch, dass am Arbeitsplatz der Stress nach der Zusammenlegung von Betriebsämtern zugenommen habe. Es sei zu einigen wenigen Krankheitsabsenzen, auch bei zwei Prüfungen, aber zu keinen weiteren Nachteilen, keiner depressiven Störung und keiner psychiatrischen Behandlung gekommen (S. 10 unten).

1997 sei eine Schwester der Beschwerdeführerin früh an Unterleibskrebs gestorben. 2012 sei eine andere Schwester an Brustkrebs erkrankt und habe zweimal operiert werden müssen. Heute gehe es ihr wieder relativ gut. In diesem Zusammenhang seien bei der Beschwerdeführerin vermehrte medizinische Kontrollen gemacht worden und ein Gentest habe ein belastendes Resultat gebracht. Im August 2013 sei die Beschwerdeführerin nach einem verdächtigen Biopsiebefund operiert worden, die Diagnose habe auf ein Mammakarzinom in situ gelaute. Daraufhin seien im Dezember 2013 aus Sicherheitsgründen auch die Eierstöcke und die Gebärmutter entfernt worden. Dieser Verlauf habe bei der

Beschwerdeführerin Ängste ausgelöst. Insbesondere habe der positive Gentest sie in eine Haltung gebracht, dass die Krebskrankheit weiter in ihr stecke und jederzeit in ihrem Leben wieder auftreten könne, verstärkt noch, als im September 2014 verdächtige Darm polypen entdeckt worden seien. Die Ängste seien aber auf den gesundheit lichen Bereich beschränkt geblieben und hätten sich nicht manifest auf den all gemeinen Zustand ausgewirkt (S. 10 f.).

Die Beschwerdeführerin habe ihre Arbeit jeweils nach einer Erholungsphase nach den Operationen problemlos wieder aufgenommen , so auch am 6. Januar 2014 zu 100 %. Eigentliche depressive Symptome seien bis zu diesem Zeitpunkt ebenfalls nicht zu erkennen. Der später behandelnde Psychiater Dr. H.\_\_\_\_ habe eine Persönlichkeitsänderung beim Status nach dem Mammakarzinom ( ICD 10 F62.8 ) diagnostiziert. Er habe in seinem Bericht vom 29. Mai 2015 diese Diagnose nicht näher erläutert. Er selbst sehe keine Anhaltspunkte dafür, dass sich die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin geändert hätte. Seines Erachtens sei es auch zu früh, eine solche Diagnose zu stellen (S. 11 oben).

In den folgenden drei Monaten habe der Arbeitsstress zugenommen. Schlaf- und Konzentrationsstörungen seien aufgetreten. Die Beschwerdeführerin sei in eine Müdigkeit und Energielosigkeit geraten. Der psychische Zustand sei exazerbiert , als sie Ende März noch bei einer Abstimmung in der Gemeinde mithelfen müssen. Sie habe erst am 8. April 2014 zum Hausarzt Dr. E.\_\_\_\_ gehen können. Seither sei sie bis heute konstant zu 50 % arbeitsunfähig geschrieben worden. Sie habe Antidepressiva erhalten. Aus eigenem Antrieb habe sie am 28. Mai 2014 die psychiatrische Behandlung bei Dr. H.\_\_\_\_ aufgenommen (S. 11 Mitte).

Die beschriebenen Beschwerden würden auf einen psychischen Stresszustand und ein konsekutives Erschöpfungssyndrom hindeuten. Dies habe auch Dr. H.\_\_\_\_ so diagnostiziert. Der Hausarzt Dr. E.\_\_\_\_ habe in seinen Berichten eine « Depression » genannt, ohne sie jedoch näher zu spezifizieren und auszuführen. Dr. H.\_\_\_\_ habe in seinem Bericht vom 29. Mai 2015 zusätzlich von einer « rezidivierenden depressiven Störung» gesprochen, aber ebenfalls praktisch ohne Erläuterung von spezifisch depressiven Aspekten. Mit der Codierung «F32.00» habe er zum damaligen Zeitpunkt einen leichten depressiven Zustand ohne somatische Stresssymptomatik, mithin ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, gemeint (S. 11 unten).

Die Beschwerdeführerin selbst könne von sich aus keine speziell depressiven Beschwerden beschreiben, das heisse Symptome depressiver Natur ausserhalb des Erschöpfungssyndroms. Erst auf sein Nachfragen gebe sie depressive Verstimmungen wie Niedergeschlagenheit und Hoffnungslosigkeit an. Die Stimmung habe sich denn auch rasch wieder gebessert. Die mögliche aktuelle depressive Störung würde er deshalb als höchstens leicht und ohne relevanten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und die Prognose bezeichnen (S. 11 unten).

## **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. 11**

f.) .

Die teilweise Krankschreibung im April 2014 habe zusammengefasst psychische Gründe gehabt und sei aus heutiger Sicht nachvollziehbar. Dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin heute noch nur 50 % betrage, sei seines Erachtens nicht ausgeschlossen, aber weniger verständlich: Die Situation am Arbeitsplatz habe sich bald entspannt. Der psychische Zustand habe sich insgesamt verbessert. Konzentrationsstörungen bestünden nicht mehr, die Fehlerquote der Beschwerdeführerin bei der Arbeit sei heute normal. Die Schlafstörungen seien weitgehend gewichen. Verstimmungen bestünden mit Ausnahme der Ängste nicht mehr (S.

#### **E. 12**

Mitte).

Was die Arbeitsfähigkeit betreffe, müsse er die heutige Einschätzung der behandelnden Ärzte einer 50%igen Reduktion nach dem oben Gesagten offenlassen . Falls die aktuelle teilweise Arbeitsunfähigkeit weiterhin bestätigt werden sollte, schlage er eine Verlaufskontrolle in einem halben Jahr vor (S. 12 f.) .

Aus heutiger psychiatrischer Sicht sei die Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab dem 8. April 2014 nachvollziehbar. Begründet werde sie durch ein psychisches Leiden mit Krankheitswert, nämlich ein neurasthenisches Erschöpfungssyndrom mit depressiven Aspekten. Die psychiatrische Prognose sei gut. Eine Arbeitsunfähigkeit auf lange Dauer müsse heute nicht angenommen werden (S. 13 oben).

Zur Frage der Standardindikatoren gemäss Bundesgericht führte er aus, die Befunde seien heute noch subjektiv in Bezug auf die reine Erschöpfung ausgeprägt. Die Behandlung habe sukzessive einen Erfolg gezeitigt. Komorbiditäten bestünden nicht. Die Items Komplex «Persönlichkeit» und « sozialer Kontext» seien nicht relevant. Das Aktivitätsniveau sei heute vorwiegend noch bei der Berufsausübung eingeschränkt. Der Leidensdruck sei ausgewiesen (S. 13 unten). 3.8

Dr. med. K.\_\_\_\_ , Facharzt

für Anästhesiologie , Regionaler Ärztlicher Dienst der IV-Stelle (RAD) , führte mit Stellungnahme vom 18. November 2015 (Urk. 7/45/5) aus, obwohl der Gutachter die Krankschreibung mindestens teilweise nachvollziehen könne, liege aus versicherungsmedizinischer Sicht kein IV-relevanter Gesundheitsschaden mit dauerhafter Auswirkung auf die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit vor. 3.9

Dr. H.\_\_\_\_

(vorstehend E. 3.5) nannte mit Bericht vom 31. März 2016 (Urk. 7/62) die folgenden Diagnosen (S. 3 Ziff. 1): - depressive Störung, gegenwärtig leichtgradig (ICD-10 F32.00) - chronisches Erschöpfungssyndrom (ICD-10 F48.0) - Persönlichkeitsveränderung (ICD-10 F62.88)

Der Bericht von Dr. Z. \_\_\_ sei aus näher genannten Gründen (S. 1 ff.) nicht nachvollziehbar.

Die Beschwerdeführerin zeige unverändert eine intermittierend gedrückte Stimmungslage mit Antriebsmangel und erhöhter Ermüdbarkeit und öfters eine eingeschränkte Fähigkeit, Freude zu empfinden. Die Auswirkungen im Sinne von Schwierigkeiten, ihre berufliche Tätigkeit auszuüben (reduziertes Leistungsvermögen, verminderter Antrieb, rasche Erschöpfbarkeit, Konfliktfähigkeit und verminderte Stressresilienz) und zuweilen die Aufrechterhaltung von sozialen Kontakten seien deutlich. Intermittierend bestünden zudem Schlafstörungen, die die Beschwerdeführerin mittels eines schlafinduzierenden Antidepressivums coupeiere. Darüber hinaus bestünde ein chronisches Erschöpfungssyndrom, welches die depressive Komponente perpetuiere (S. 3 Ziff. 2).

Bei der Beschwerdeführerin sei eine Persönlichkeitsveränderung im Sinne einer anhaltenden Verunsicherung in der Persönlichkeit und im Gestalten von sozialen Kontakten vor allem auch im beruflichen Kontext, dem chronischen Gefühl der allgegenwärtigen Gefahr eines Rezidivs des Mammakarzinoms, einem reduzierten Selbstwertgefühl mit rasch auftretenden Selbstzweifeln und dem allgemein verstärkten Gefühl der erhöhten Vulnerabilität und Ausgeliefertseins feststellbar. Im Vergleich zur prämorbidem Lebensspanne, das heisse vor der Diagnose des Mammakarzinoms, schildere die Beschwerdeführerin solche Symptome nicht (S. 3 f. Ziff. 3).

Die Beschwerdeführerin sei aufgrund der vorliegenden psychischen Erkrankung aus psychiatrisch-medizinischer Sicht zu 50 % arbeitsunfähig, das Funktions-, Leistungs- und Energieniveau sei dauerhaft reduziert, darüber hinaus bestünde eine stark verminderte psycho-physische Resilienz hinsichtlich negativer Lebensereignisse (S. 4 Ziff. 4.2). 3.10

Zu dieser medizinischen Aktenlage hielt das hiesige Gericht fest (Urk. 7/73 E. 4): In somatischer Hinsicht ausgewiesen und unbestritten ist, dass ein Mammakarzinom (BRCA Positiv) diagnostiziert wurde, woraufhin im August 2013 eine beidseitige Mastektomie und im Dezember 2013 eine Hysterektomie und eine beidseitige Ovariectomie vorgenommen wurden. Strittig sind vorliegend der psychische Gesundheitszustand und dessen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Von mehreren Ärzten wurde eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit festgestellt. Soweit jedoch Dr. D. \_\_\_ als Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe (vorstehend E. 3.1), Dr. E. \_\_\_ als Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (vorstehend E. 3.2 und E. 3.4) und Dr. I. \_\_\_, als Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Kardiologie (vorstehend E. 3.6), aufgrund psychischer Leiden eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit annehmen, handelt es sich nicht um einschlägige fachärztliche Beurteilungen. Der behandelnde Psychiater Dr. H. \_\_\_ ging aufgrund psychischer Leiden ebenfalls von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit aus (vorstehend E. 3.5 und E. 3.9). Der psychiatrische Gutachter Dr. Z. \_\_\_ erachtete die von Dr. H. \_\_\_ gestellte Diagnose einer Persönlichkeitsveränderung als unzutreffend, da er keine Anhaltspunkte dafür sah beziehungsweise den Verlauf als zu kurz erachtete, um eine solche Diagnose zu stellen. Auch diagnostizierte er im Gegensatz zu Dr. H. \_\_\_ keine depressive Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, sondern eine höchstens leichte depressive Störung ohne relevanten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (vorstehend E. 3.7). Übereinstimmend diagnostizierten beide ein Erschöpfungssyndrom. Während Dr. H. \_\_\_, wie erwähnt, eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit feststellte, äusserte sich Dr. Z. \_\_\_ nicht konkret zur Arbeitsfähigkeit. So führte letzterer aus, die teilweise Krankschreibung im April 2014 sei nachvollziehbar. Dass die Arbeitsfähigkeit noch immer nur 50 % betrage, sei seines

Erachtens nicht ausgeschlossen, aber weniger verständlich. Weiter führte er aus, die heutige Einschätzung der behandelnden Ärzte einer 50%igen Reduktion offen lassen zu müssen. Eine selbständige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nahm Dr. Z.\_\_\_\_ demnach nicht vor. Wie erwähnt ( ... ), ist das Gericht jedoch zur Bemessung des Invaliditätsgrads auf Unterlagen von medizinischen Fachpersonen angewiesen. Wie in BGE 141 V 281 festgehalten (E. 5.2.1), hat sich das Bundesgericht verschiedentlich, so auch jüngst, über das Zusammenwirken von Recht und Medizin bei der konkreten Rechtsanwendung geäußert. Danach ist es sowohl den begutachteten den Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung aufgegeben, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien zu beurteilen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (BGE 137 V 64 E. 5.1). Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Seine Einschätzung ist eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 140 V 193 E. 3.2). Eine juristische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit kann aufgrund der vorliegenden Aktenlage nicht erfolgen. So sind sich zwar verschiedene Ärzte einig, dass die Beschwerdeführerin zu 50 % arbeitsunfähig ist. Davon ist jedoch nur Dr. H.\_\_\_\_ ein psychiatrischer Facharzt. Seine Diagnosestellung wiederum wird vom zweiten psychiatrischen Facharzt, Dr. Z.\_\_\_\_, mehrheitlich in Zweifel gezogen. Zudem ist die vertrauensärztliche Stellung von Dr. H.\_\_\_\_ als behandelnder Psychiater zu berücksichtigen ( ... ). Schliesslich liegt vom psychiatrischen Gutachter Dr. Z.\_\_\_\_ keine schlüssige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vor, obschon die Beschwerdegegnerin eine Begutachtung gerade zur Abklärung der Arbeitsfähigkeit als notwendig erachtete ( ... ), und er eine Verbesserung des psychischen Zustandes feststellte (vgl. vorstehend E.

3.7). Damit liegt keine genügende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vor. Im Übrigen fiel die Prüfung der gemäss der neusten bundesgerichtlichen Rechtsprechung massgeblichen Standardindikatoren durch Dr. Z.\_\_\_\_ äusserst knapp aus (vgl. vorstehend E. 3.7). Zusammenfassend erweist sich die vorliegende psychiatrische Aktenlage für eine abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als unzulänglich, weshalb die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit diese nach ergänzender psychiatrischer Abklärung, gegebenenfalls unter Beurteilung der Standardindikatoren, in geeigneter Weise eine neue Beurteilung vornehme und über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 4. 4.1

Seither präsentierte sich die relevante medizinische Aktenlage wie folgt:

Dr. H.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.5, E. 3.9) nannte mit Bericht vom 20. Juli 2017 (Urk. 7/87)

die gleichen Diagnosen wie in seinem Bericht vom 29. Mai 2015 (vgl. E. 3.5) und hielt eine dauerhafte 50%ige Arbeitsunfähigkeit fest (Ziff. 1.6). 4.2

Dr. E.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.2, E. 3.4) nannte mit Bericht vom 19. August 2017 (Urk. 7/89)

folgende, hier gekürzt aufgeführte Diagnosen (Ziff. 1.1): - depressive

Störung, chronisches Erschöpfungssyndrom, Persönlichkeitsveränderung -  
Mammakarzinom rechts (in Situ)

Dr. E.\_\_\_\_

attestiert der Beschwerdeführerin weiterhin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit  
für die bisherige Tätigkeit (Ziff. 1.6) . 4.3 4.3.1

Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am

28. Februar 2018 ein psychiatrisches Gutachten (Urk. 7/98) und nannte als psychiatrische  
Diagnose einen Status nach Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2; S. 44 Ziff. 6.3.4). 4.3.2

Hinsichtlich der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde führte

der Gutachter unter anderem aus, aus psychiatrischer Sicht lasse sich nur eine Anpassungs-  
störung nach ICD-10 F43.2 feststellen, ausgelöst durch die Krebserkrankung, berufliche  
und private Überforderung. Beginn der Symptomatik mit Schlafstörungen sei Mitte März  
2014 gewesen und habe bis maximal März 2016 angehalten. Objektiv lasse sich über die  
Jahre eine Besserung fassen: Die Beschwerdeführerin habe im Verlauf wieder  
verschiedene Aktivitäten aufgenommen (Yoga, MTT, Motorradfahren, etc.). Sie habe in  
ihrer Verlaufskurve eine leichte Besserung eingezeichnet und durch die positiven  
Krebsscreenings 2017 sei auch die Krebsangst zurückgegangen. Trotzdem habe sie  
angegeben, die Müdigkeit habe sich über die Jahre nicht gebessert und sie habe auf die Idee  
einer Pensumserhöhung etwas ängstlich-abwehrend reagiert (S. 42). Wenn man von der  
üblichen klinischen Dreiteilung leicht - mittel - schwer ausgehe, liege, bezogen auf die  
Beeinträchtigungen im Alltag und den Beziehungen, insgesamt eine leichte Störung vor  
(S. 44 Ziff. 6.3.3.). Hauptklage sei eine vorzeitige Ermüdung nach der halbtägigen  
Tätigkeit als Sachbearbeiterin in einem Betriebsamt. Vorzeitige Ermüdung könne  
somatische Gründe haben, zum Beispiel Blutarmut, Eisenmangel, Ernährung,  
Übergewicht, Schlafapnoe, Restless

legs, Dekonditionierung, krebserzeugte Müdigkeit, etc., sowie mit psychischen  
Störungen einhergehen. Die Diskrepanz zwischen Aktivitätsniveau in Arbeit und Alltag  
weise zudem auf die Funktionalität der Störung hin, die in der Paarkonstellation, in  
Rollenvorstellungen und in der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin begründet sein  
könne und weiterer Überlegung bedürfe (S. 37 Ziff. 6.3.1).

Zur

Anpassungsstörung und der in den Akten genannten Diagnose depressives Syndrom führte  
Dr. A.\_\_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin sei mit den Krebserkrankungen ihrer Geschwister  
und dann mit der eigenen bedrohlichen Krebsdiagnose nachvollziehbar überfordert gewesen.  
Subjektiv habe sie in dieser Situation befürchten müssen, als Nächste zu erkranken und  
an der Krebserkrankung zu versterben oder doch mindestens einen leidvollen Weg mit  
Operation, Chemotherapie und Bestrahlung durchstehen zu müssen. Die Krebserkrankung  
und die damit verbundenen Operationen und Veränderungen könnten als « entscheidende  
Lebensveränderung » gemäss dem Konzept der Anpassungsstörung gemäss ICD-10 F43.2  
verstanden werden. Vorherrschende Symptome bei Krankheitsbeginn seien krebserzeugte  
Ängste und Sorgen, konsekutive Schlafstörungen als Folge nächtlichen ängstlichen  
Grübelns, Konzentrationsstörungen durch innere Absorption mit Ängsten und Sorgen  
sowie eine angst-stressbedingte Ermüdung durch die monatelange

Sympathikus-Überaktivierung gewesen. Eine eigentliche depressive Symptomatik habe damals nicht vorgelegen. Die Beschwerdeführerin

habe trotz dem ein hohes Aktivitätsniveau auf gewiesen, soziale Kontakte gepflegt und sei für den Ehemann nicht wesensverändert gewesen. Die eigentliche Dekompensation nach dem Wahlsonntag Ende März 2014 sei aufgrund der gesundheitlichen, beruflichen und privaten Belastung nicht überraschend gewesen. Die Beschwerdeführerin habe trotz der beschriebenen Anpassungsstörung mit Ängsten und Schlafstörungen ein übermässiges Arbeitspensum leisten müssen und sei weiter hin für Haushalt und Kochen zuständig gewesen. Der Hausarzt habe richtig reagiert und habe durch seine 50%-Krankschreibung für Entlastung gesorgt.

Da die Diagnose einer Anpassungsstörung üblicherweise zeitlich auf sechs Monate beziehungsweise auf maximal zwei Jahre nach dem lebensverändernden Ereignis begrenzt werde, könne diese Diagnose, mit März 2014 als Krankheitsbeginn (Beginn Schlafstörungen), bis maximal März 2016 gestellt werden. Üblicherweise würde man bei einer Anpassungsstörung mit Erschöpfung nach einem halben Jahr eine wesentliche Besserung erwarten. Dazu sei es aber nicht gekommen. Hier dürfte die fortbestehende Krebsangst eine Rolle gespielt haben, welche durch die Auffälligkeiten in den Screenings jeweils angeheizt worden sei (S. 37 f.).

Hinsichtlich Depression sei eine depressive Stimmung zu verneinen. Die Beschwerdeführerin

und ihr Ehemann hätten zwar von einer «Niedergeschlagenheit» vor den Vorsorgeuntersuchungen berichtet. Es sei jedoch, sofern keine besorgnis erregenden Befunde vorhanden gewesen seien, zu einer deutlichen Aufhellung der Stimmung direkt danach gekommen. Die Beschwerdeführerin sei dann gelöst und entspannt gewesen wie früher auch. Ein Interesse- und Freudeverlust habe ebenfalls nicht bestanden, da die

Beschwerdeführerin weiterhin in erheblichem Masse aktiv gewesen sei. Es hätten lediglich situativ begründete Beeinträchtigungen vorgelegen, wie sie jeder andere Mensch mit einer Krebserkrankung auch erlebe (S. 39).

Betreffend Neurasthenie erklärte Dr. A.\_\_\_\_, die Beschwerdeführerin beschreibe zwar eine vorzeitige Ermüdbarkeit, diese lasse sich aber in den Alltagsschilderungen nur geringfügig nachvollziehen, insbesondere nicht während ihrer Ferien und sozialen Aktivitäten, zumal die Beschwerdeführerin nach dem Mittagsschlaf wie der aktiv sei. Müdigkeit am Nachmittag, insbesondere nach 4,5 Stunden anstrengender Arbeit und einem Mittagessen, die man über einen Mittagsschlaf kompensiere, sei nichts Ungewöhnliches. Die Nachmittagsmüdigkeit wie auch die verstärkte Einschlafneigung am Abend nehme mit dem Alter zu. Es sei verständlich, dass die Beschwerdeführerin diese physiologische Veränderung der Krebserkrankung zuschreibe, im Kern sei es aber ein normaler physiologischer Prozess (S. 39

f.).

Hinsichtlich Persönlichkeitsänderung wies Dr. A.\_\_\_\_ darauf hin, dass die Grundvoraussetzung starkes, dysfunktionales Erleben/Verhalten nicht gegeben sei. Eine Persönlichkeitsänderung von krankheitswertiger Schwere hätte auch dem Ehemann auffallen müssen, er sei jedoch von der Dekompensation im März 2014 überrascht worden. Zuvor sei die Beschwerdeführerin für ihn psychisch unauffällig gewesen (S. 41). 4.3.3

Hinsichtlich Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz wurde ausgeführt, der Hausarzt Dr. E. \_\_\_ habe eine stabilisierende Medikation mit Cipralex 5

mg gestartet sowie zur Schlafunterstützung Surmontiltropfen eingesetzt. Ab Mai 2014 habe Dr. H. \_\_\_ die psychiatrische Therapie übernommen und Cipralex im Verlauf auf 10mg (August 2014) und schliesslich 15 mg (spätestens Mai 2015) erhöht. Im weiteren Verlauf sei die Dosis nicht weiter angepasst worden. Für die vom Referenten postulierte Anpassungsstörung sei das eine angemessene und im Ergebnis erfolgreiche Therapie gewesen.

In Bezug auf die vom behandelnden Psychiater postulierte chronische therapieresistente Depression hätte die Dosis des Antidepressivums Cipralex versuchsweise weiter erhöht, allenfalls das Antidepressivum durch ein zweites Antidepressivum ergänzt oder ersetzt und auch Augmentationsstrategien überlegt werden müssen, bis es zu einer vollständigen Remission komme. Warum das nicht gemacht worden sei, sei unklar und könne auch als Hinweis auf wenig Leidensdruck beziehungsweise geringe Ausprägung der Depressivität verstanden werden. Gemäss Akten habe es keine Medikamentenspiegelmessungen gegeben. Es gebe keine Hinweise auf Malignanz (S. 44 f. Ziff. 6.4).

#### 4.3.4

Hinsichtlich individueller Belastungsfaktoren und Ressourcen sowie allfälliger relevanter Persönlichkeitsfaktoren wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe sich in ihrer bisherigen Berufskarriere offenbar sehr bewährt, sie imponiere als freundliche, hilfsbereite und bescheidene Person, die sich gut in Teams einfügen könne (S. 45 Ziff. 6.5.1). Sie erscheine als sehr kooperative Person, habe aber offenbar Ängste vor einer Pensumserhöhung beziehungsweise einem Stellenwechsel, was die vollständige berufliche Reintegration erschweren könne. Es seien gewisse Schwächen in der Selbstbehauptung anzunehmen - über die Krankenrolle könne sich die Beschwerdeführerin legitim von Erwartungen/Ansprüchen abgrenzen (S. 45 Ziff. 6.5.2).

#### 4.3.5

Zur aktuellen sozialen Situation führte die Beschwerdeführerin gegenüber dem Gutachter folgendes aus: Sie sei verheiratet und habe keine Kinder. Sie führe einen gemeinsamen Haushalt mit dem Ehemann und einer Katze in einem Haus mit Umschwung. Als wichtige aktuelle Bezugspersonen erwähnte sie mehrere Arbeitskollegen, mit denen sie Ende Januar ein Wochenende gemeinsam auswärts mit einer Übernachtung verbracht habe. Sie habe mehrere Freunde, mit welchen sie gemeinsam Silvester und Geburtstage verbracht habe. Mit Nachbarn grilliere sie im Sommer oder trinke Kaffee. In der Freizeit spaziere sie meist alleine 60 bis 90 Minuten, das tue ihr gut, meist unter der Woche gegen Nachmittag. Sie fahre zudem Ski, das heisse Abfahrt. Zuletzt im April 2017 in Ischgl eine Woche. Sie seien jeweils um 10 bis 10.30 Uhr auf der Piste, zwischendurch gebe es Suppe in einer Hütte, allenfalls auch noch eine Kaffeepause, gegen 16 Uhr gingen sie wie der nach Hause. Sie fahre auf dem schweren Motorrad ihres Ehemannes mit, zum Beispiel für eine Stunde in den Schwarzwald, über Pässe und Seen in die Innerschweiz, sowohl mit dem Ehemann als auch mit Kollegengruppen. Mit den Kollegen gäbe es auch längere Ausflüge, Donnerstag bis Sonntag, zum Beispiel ins Südtirol. Anfahrt vier bis sieben Stunden, Tagesausflug vier bis fünf Stunden, Rückfahrt vier bis sieben Stunden. Meist gehe das für sie. Hinten könne sie auch mal die Augen schliessen. Ihr Motorrad sei bequem für den Mitfahrer und für sie nicht anstrengend. Sie habe zudem ein Fitnessabo und gehe einmal pro Woche, meist Mittwochnachmittag, ins Training. Alle zwei Wochen besuche sie ein Rücken- und

Beckenbodentraining. Jeweils Dienstagabend von 20 bis 21.30 Uhr sei sie im Yoga (sanftes Yoga mit Entspannungsübungen). Im Garten jäte und pflanze sie Blumen an (S. 25 f.).

Zur üblichen Tagesgestaltung führte sie aus, sie stehe jeweils um 7 Uhr auf, bereite Tee vor, dusche und frühstücke. Um 7.50 Uhr gehe sie zu Fuss zur Arbeit und beginne um 8 Uhr mit der Arbeit. Arbeitsschluss sei gegen 12.30 Uhr. Dann gehe sie nach Hause, esse mit ihrem Ehemann das von ihm zubereitete Mittagessen, lese Zeitung, schaue die Post durch. Anschliessend werde sie müde und lege sich hin, zirka 30 Minuten bis 2 Stunden, je nachdem. Dann habe sie wieder mehr Energie, mache Haushalt, Wäsche oder ähnliches beziehungsweise habe Termine (S. 27).

Ihre letzten Ferien habe sie Ende Januar 2018 im Kleinwalsertal für eine Woche verbracht. Zu den letzten Festtagen führte sie aus, an den Weihnachten 2017 sei sie «völlig erschlagen» gewesen, mit Bronchitis und Fieber. Am 24. Dezember seien sie mit der Familie des Ehemannes von 18 bis 22.30 Uhr essen gegangen. Sie hätte eigentlich kochen sollen, aber das wäre mit der Bronchitis zu viel gewesen. Den Silvester 2017 habe sie mit insgesamt 10 Personen bei sich zu Hause gefeiert. Sie habe mit ihrem Mann tagsüber und abends gekocht, zwischen durch sei sie einmal 30 Minuten abgelegen. Ein Kollege habe am Abend beim Servieren und Abräumen geholfen. Es habe sechs Gänge gegeben. Sie hätten den Abend mit Plaudern und Essen verbracht und um Mitternacht angestossen. Dann habe es noch ein Dessert gegeben, um 1.30 Uhr seien die Gäste gegangen. Sie hätten noch etwas aufgeräumt, den Rest dann am nächsten Tag (S. 27). Die letzte Flugreise habe sie im November 2017 nach Lanzarote unternommen (S. 28). 4.3.6

Hinsichtlich der Konsistenz wurde unter anderem ausgeführt, die berichteten Beschwerden und präsentierten Symptome seien konsistent zur Aktenlage und den Befunden wie auch der Fremdanamnese gewesen. Die angebotenen Therapiemöglichkeiten würden angemessen wahrgenommen. Das Aktivitätsniveau vor Eintritt des Gesundheitsschadens sei insofern höher gewesen, als die Beschwerdeführerin damals noch 100 % gearbeitet habe und Haushalt/Kochen für den damals kaum mithelfenden Ehemann miterledigt habe und den Haushalt auch mit einem höheren Grad an Sorgfalt und Aufwand geführt habe. Inzwischen arbeite die Beschwerdeführerin nur noch in einem Pensum von 50 %, der pensionierte Ehemann helfe mehr im Haushalt mit, im Freizeitbereich sei die Beschwerdeführerin aber heute wie damals altersbereinigt sehr aktiv. Die Einschränkungen würden Alltagsanforderungen wie auch berufliche Anforderungen nicht in vergleichbarem Ausmass betreffen - hier gebe es eine Diskrepanz. Aggravation und Simulation würden nicht vorliegen, wahrscheinlich aber eine integrationsbehindernde Funktionalität der Störung. Psychosoziale Faktoren spielten insofern eine Rolle, als die Beschwerdeführerin aufgrund ihres Alters und der Arbeitsmarktsituation befürchte, keinen Stellenwechsel (um zum Beispiel ein höheres Pensum zu realisieren) mehr vollziehen zu können. Insgesamt sei die verbliebene Teil-Arbeitsunfähigkeit sowohl auf ein medizinisches Leiden (vorzeitige Erschöpfbarkeit) wie auch auf psychosoziale Faktoren zurückzuführen (S. 36 Ziff. 6.2). 4.3.7

Zur allgemeinen arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit führte Dr. A. \_\_\_ unter anderem aus, die Beschwerdeführerin habe in beiden Explorationen von jeweils fast drei Stunden Dauer insgesamt eine relativ gute Präsenz und Ausdauer gezeigt, ohne wesentliche Ermüdungszeichen. Im seit April 2014 realisierten Pensum von 50 % seien keine krankheitswertigen Einschränkungen fassbar. Die Beschwerdeführerin könne nach der vormittäglichen Arbeit, Mittagessen und Mittagsschlaf am Nachmittag diversen auch körperlich fordernden Aktivitäten nachgehen. Autofahren, Spaziergänge, Skifahren,

Motorradfahren, Feste feiern, etc. seien nicht wesentlich durch Müdigkeit limitiert (siehe zum Beispiel Silvestergestaltung). In sofern müsse man hier eine normale Alltagsperformance festhalten. Auch bei der Performance in den Ferien würden sich aus den Schilderungen zu Tagesablauf und Aktivitäten keine krankhaften Einschränkungen im Aktivitätsniveau ergeben (S. 46). 4.3.8

In der angestammten Tätigkeit sei eine Präsenzzeit von täglich mindestens 80 % möglich, wobei eine übliche Leistung erbracht werden könne. Im zeitlichen Verlauf habe ab dem 8. April 2014 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestanden. Ab dem 9. November 2015, das heisst dem Datum des Gutachtens von Dr. Z.\_\_\_\_, sei die Alltagsperformance bereits so gewesen, dass man ab da eine 60%ige Arbeitsfähigkeit annehmen müsse. Weitere Verbesserungen des Gesundheitszustandes könnten an der von der Beschwerdeführerin beschriebenen Verbesserung nach März 2017 und nach September 2017 festgemacht werden. Ab März 2017 lasse sich deshalb eine Arbeitsfähigkeit von 70 % begründen und ab September 2017 von mindestens 80 %. Spätestens ab September 2017 sei die ursprünglich diagnostizierte Anpassungsstörung vollständig remittiert gewesen (S. 47 f. Ziff. 6.5.4).

Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit führte Dr. A.\_\_\_\_ aus, mit Blick auf die Nachmittagsmüdigkeit würde eine Tätigkeit, die eine lange Mittagspause mit Mittagsschlaf erlaube, den Bedürfnissen der Beschwerdeführerin entgegen kommen. Hier würde sie ohne Adaption direkt 100 % arbeiten können. Im zeitlichen Verlauf habe ab dem 8. April 2014 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestanden. Ab dem 9. November 2015, das heisst dem Datum des Gutachtens von Dr. Z.\_\_\_\_, sei die Alltagsperformance bereits so gewesen, dass man ab da eine 80%ige Arbeitsfähigkeit annehmen müsse. Ab März 2017 lasse sich eine Arbeitsfähigkeit von 90 % begründen und ab September 2017 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 48 Ziff. 6.5.5). 4.3.9

Weiter führte

Dr. A.\_\_\_\_ aus, er habe aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit belegen können. Mit seinen Befunden bezüglich Aktivitätsniveau würde jedoch eine Einschränkung von bis zu weniger als 20 % durch eine somatische Störung vereinbar sein. Neben Schlafapnoe, Übergewicht und anderen möglichen somatischen Ursachen, die die subjektive Müdigkeit der Beschwerdeführerin plausibilisieren könnten, komme insbesondere eine krebsbezogene Müdigkeit infrage, die er aber, weil fachfremd, nicht beurteilen könne. Allenfalls empfehle sich noch eine onkologische Beurteilung dieses Aspekts (S.

49 Ziff. 8). 4.4

Mit Stellungnahme vom 12. März 2018 (Urk. 7/99/3-4) erachtete Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), das Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ als umfassend und nachvollziehbar. Darauf könne abgestellt werden. 4.5

Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am

9. April 2019 (Urk. 7/118 = Urk. 3/3) über eine am 18. März 2019 stattgefundene Sprechstunde und nannte folgende Diagnosen (S. 3): - Cancer related

Fatigue prolongierter Verlauf - im ICD-10 finde sich keine Möglichkeit der eindeutigen Zuordnung zu einer F-Diagnose - rezidivierende depressive Störung, aktuell remittiert

(ICD-10 F33.4) - akzentuierte Persönlichkeitszüge ängstlich-vermeidend (ICD-10 Z73.1)

Aufgrund der vorliegenden Schilderung und Befunde sei eine Cancer related

Fatigue als Ursache für die geschilderten kognitiven Schwierigkeiten, für den fehlenden Leistungs- und Belastbarkeitszuwachs in den letzten Jahren, für die phasenweise unüberwindbare Tagesmüdigkeit, für die reduzierte Energie und die schnelle Erschöpfung anzusehen (S. 3).

Mit der Beschwerdeführerin sei besprochen worden, einen erneuten Versuch mit einer ambulanten-onkologischen Rehabilitation mit dem Ziel einer Verminderung der Fatiguesymptomatik zu unternehmen und damit eine Leidensminderung zu erzielen. Ferner werde die Überweisung zu einer neuropsychologischen Testung erfolgen. Die Beschwerdeführerin werde hierzu gesondert durch die zuständige Praxis aufgeboten. Zum aktuellen Zeitpunkt sei eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit gegeben (S. 4). 4.6

Am 2. Juli 2019 hielt die Beschwerdegegnerin bezugnehmend auf ein Telefonat mit Dr. L.\_\_\_\_, RAD, fest, der Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ enthalte keinerlei objektive Befunde. Sie bestätige lediglich das Gutachten und gebe wieder, woüber die Beschwerdeführerin klagt. Seit dem Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ sei kein neuer Sachverhalt ausgewiesen (Urk. 7/122/2). 4.7

Dr. med. M.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, und lic. phil. N.\_\_\_\_, Neuropsychologin/Psychologin FSP, Zentrum C.\_\_\_\_,

berichtete am 23. August 2019 (Urk. 3/7) über eine verhaltensneurologisch-neuropsychologische Untersuchung vom 6. August 2019 und führte aus, zusammenfassend zeigten sich bei der allseits orientierten, kooperativen, psychomotorisch sowie kognitiv verlangsamten, etwas hypomimischen, müde und antriebsgemindert wirkenden Beschwerdeführerin mit guter Anstrengungsbereitschaft, die im Affekt dysphorisch und etwas vermindert schwingungsfähig wirke, folgende kognitive Befunde: Eine verbale Gedächtnisschwäche (Lernen leicht, Abruf mittelgradig betroffen bei jedoch intakter Speicherfähigkeit) sowie leichte bis schwere attentional-exekutive Einschränkungen (verbale Ideenproduktion auf ein phonematisches Kriterium, gerichtete sowie geteilte Aufmerksamkeit und Daueraufmerksamkeit). Zusätzlich habe sich eine schwere unter durchschnittliche visuo-verbale Informationsgeschwindigkeit gezeigt. Anamnestisch würden sich zudem Hinweise auf eine rasche Ermüdbarkeit im Alltag ergeben, die sich in der 2-stündigen Untersuchung in einer leicht abnehmbaren Belastbarkeit bei jedoch hoher Anstrengungsbereitschaft sowie am Ende der Untersuchung in Leistungsschwankungen widerspiegelten (S. 3 f.).

Die obigen Befunde sowie Verhaltensbeobachtungen entsprächen aktuell einer leichten bis mittelgradigen Funktionsstörung (entsprechend den Konsenskriterien von Freit et al., 2016), vorwiegend fronto-limbischer Regelkreise mit Betonung der sprachdominanten Hemisphäre, ätiologisch multifaktoriell bedingt.

Dr. M.\_\_\_\_

und lic. phil. N.\_\_\_\_ nannten ferner die folgenden Differentialdiagnosen:

Folgen der Ovariectomie und Hysterektomie (2013) bei Status nach Mammakarzinom mit konsekutiver möglicher hormoneller Dysregulation

sowie eine Cancer related

Fatigue . Eine mögliche Befundaggravation aufgrund der affektpathologischen Symptomatik mit der dafür typischen Hypofunktion der sprachdominanten Hemisphäre sei möglich, jedoch nicht der alleinige Erklärungsgrund. Zusätzlich limitierend könnten sich vorbestehende Schwächen im Rahmen der frühkindlich erworbenen zerebralen Entwicklungsschwäche bei Frühgeburt, die bis 2014 jedoch gut habe kompensiert werden können, auswirken. Die im Schädel-MRI festgestellten einzelnen unspezifischen fokalen Gliosen sollen aktuell keinen relevanten Einfluss auf die kognitive Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin haben (S. 4).

Aus rein neurokognitiver Sicht sei die Arbeitsfähigkeit aktuell zu 50 % eingeschränkt. Aufgrund der obigen Befunde arbeite die Beschwerdeführerin aktuell nur mit einem 50%igen Pensum und zwar bei einem verständnisvollen Arbeitgeber. Leider lasse sich die Fatiguesymptomatik im Rahmen einer zeitlich begrenzten Untersuchung nicht umfassend beurteilen. Um der Beschwerdeführerin wirklich gerecht zu werden, würde eine Belastbarkeitsabklärung, unterstützt durch die IV-Stelle, empfehlenswert sein . Generell sei die Beschwerdeführerin zwingend auf IV-unterstützende Massnahmen (IV-Teilrente) angewiesen (S. 4). 5. 5.1

Mit Urteil vom 1. Februar 2017 wies das hiesige Gericht die Sache zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurück. Gestützt auf das Rückweisungs urteil des hiesigen Gerichts veranlasste die Beschwerdegegnerin eine psychiatrische Begutachtung der Beschwerdeführerin. Dr. A.\_\_\_\_

konnte im Gutachtenszeitpunkt keine psychiatrische Diagnose mehr feststellen und attestierte dementsprechend in seinem Gutachten vom 28. Februar 2018 der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht im Gutachtenszeitpunkt

keine Arbeitsunfähigkeit mehr (vorstehend E. 4.3.1, E. 4.3 .8 f. ). 5.2

Das Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ vom 28.

Februar 2018 (vgl. vorstehend E. 4. 3 ) ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen der Beschwerdeführerin und berücksichtigt die von ihr geklagten Beschwerden in angemessener Weise .

Sodann wurde es in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung.

Darüber hinaus leuchtet es auch in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und enthält nachvollziehbar begründete Schlussfolgerungen.

Auch seitens des RAD waren keine Mängel des Gutachtens ersichtlich (vorstehend E. 4 .4). Damit eignet sich das Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ grundsätzlich hinsichtlich der erhobenen Befunde, der gestellten Diagnosen und den Schlussfolgerungen beziehungsweise Auswirkungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit auch im zeitlichen Verlauf (vgl. vorstehend E. 4.3)

als Ausgangslage für die Prüfung der Standardindikatoren , zumal keine Gründe ersichtlich sind, welche ein Abweichen davor rechtfertigen würden (vgl. nachfolgend E. 5.6-5.7 ) . 5.3

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der

Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15.

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

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). 5. 4

Somit ist nunmehr zu prüfen, ob sich der Gutachter an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt hat (BGE 141 V 281 E. 5.2.2).

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 Aktivitätsniveaus 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). 5. 5

Der psychiatrische Gutachter setzte sich eingehend mit den Standardindikatoren auseinander (vgl. vorstehend E. 4.3 und E. 5.4). Seine Beurteilung umfasste das ganze Leistungsprofil mit sowohl negativen als auch positiven Anteilen und ist so verfasst, dass die attestierte Arbeitsunfähigkeit «gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen» (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1) abgeleitet wurde. Er ist bei der Beantwortung der Frage, wie er das Leistungsvermögen einschätzte, 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 er sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der

einschlägigen Indikatoren eingeschätzt hat (BGE 141 V 281 E. 5.2.2), ist klar zu bejahen. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage lassen sich anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen.

Insbesondere wurde zum beweisrechtlich entscheidenden Aspekt der Konsistenz nachvollziehbar dargelegt, dass die Einschränkungen die Alltagsanforderungen und die beruflichen Anforderungen nicht in vergleichbarem Ausmass betreffen würden

- hier gebe es eine Diskrepanz. Aggravation und Simulation würden nicht vorliegen, wahrscheinlich aber eine integrationsbehindernde Funktionalität der Störung (vorstehend E. 4.3.6). Ebenfalls berücksichtigt die Gutachter, dass sich objektiv über die Jahre eine Besserung fassen liess, obschon die Beschwerdeführerin angegeben habe, die Müdigkeit habe sich über die Jahre nicht gebessert (vorstehend E. 4.3.2).

Ebenfalls berücksichtigt die Gutachter, dass die Beschwerdeführerin in beiden Explorationen von jeweils fast drei Stunden Dauer insgesamt eine relativ gute Präsenz und Ausdauer gezeigt habe, ohne wesentliche Ermüdungszeichen. Er hielt fest, im seit April 2014 realisierten Pensum von 50 % seien keine krankheitswertigen Einschränkungen fassbar. Des Weiteren wies Dr. A. \_\_\_ darauf hin, dass die Beschwerdeführerin nach der vormittäglichen Arbeit, Mittagessen und Mittagsschlaf am Nachmittag diversen auch körperlich fordernden Aktivitäten nachgehen könne und kam zum Schluss, dass insofern eine normale Alltagsperformance festhalten werden müsse. Auch bei der Performance in den Ferien würden sich aus den Schilderungen zu Tagesablauf und Aktivitäten keine krankhaften Einschränkungen im Aktivitätsniveau ergeben (vorstehend E. 4.3.7).

Zudem legte Dr. A. \_\_\_ in nachvollziehbarer Weise dar, dass die Beschwerdeführerin ab Ende März/Anfang April 2014 in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war und dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin

nach der Dekompensation Ende März 2014 im Laufe der Zeit besserte. Es erweist sich daher als schlüssig, dass Dr. A. \_\_\_ die Beschwerdeführerin

erst im September 2017 in der angestammten Tätigkeit wieder als zu mindestens 80 % arbeitsfähig erachtete (vgl. vorstehend E. 4.3.8). Die von Dr. A. \_\_\_ ab September 2017 attestierte Arbeitsfähigkeit von mindestens 80 % erweist sich insbesondere auch deshalb als nachvollziehbar, weil er in seinem Gutachten eingehend darlegte, weshalb die theoretisch infrage kommenden Diagnosen Depression, Neurasthenie und Persönlichkeitsänderung von ihm nicht gestellt werden konnten (vorstehend E. 4.3.2).

Nach dem Gesagten ist die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob sich der Gutachter an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt hat (BGE 141 V 281 E. 5.2.2), klar zu bejahen. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage lassen sich anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen. Demnach ist auf die Feststellungen im Gutachten hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit (vorstehend E. 4.3.8 f.) abzustellen. 5. 6

Die übrigen fachärztlichen Berichte vermögen die gutachterliche Beurteilung nicht umzustossen. So enthält der Bericht von Dr. B. \_\_\_ vom 9. April 2019 (vorstehend E. 4.5) keine objektiven Befunde, wie dies Dr. L. \_\_\_ zu Recht erwähnte (vgl. vorstehend E. 4.6).

Weshalb die vom behandelnden Psychiater (vorstehend E. 4.1) und dem Gutachter Dr. Z.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.7) genannten Diagnose nicht genügend schlüssig seien, wurde im Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ ausführlich und nachvollziehbar erklärt (vgl. vorstehend E. 4.3.2). Soweit der Hausarzt Dr. E.\_\_\_\_ nach wie vor eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte (vorstehend E. 4.2), kann auf die Ausführungen im Urteil des hiesigen Gerichts vom 1. Februar 2017

verwiesen werden, wonach es sich dabei nicht um eine einschlägige fachärztliche Beurteilung handelt (vorstehend E. 3.10). 5. 7

Bezüglich des nach Verfügungserlass erstellten Berichts über eine verhaltensneurologisch-neuropsychologische Untersuchung vom 6. August 2019 (vorstehend E. 4.7) gilt, dass nach ständiger Rechtsprechung das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheids in der Regel nach dem Sachverhalt beurteilt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b). Der Bericht bezieht sich auf den Zeitraum vor und nach Verfügungserlass, weshalb er grundsätzlich zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführer in herangezogen werden kann. Dr. M.\_\_\_\_

und lic. phil. N.\_\_\_\_ führten in ihrem Bericht aus, die Befunde sowie Verhaltensbeobachtungen entsprächen aktuell einer leichten bis mittelgradigen Funktionsstörung. Differentialdiagnostisch handle es sich um Folgen der Ovarrektomie und Hysterektomie (2013) bei Status nach Mammakarzinom mit konsekutiver möglicher hormoneller Dysregulation. Als weitere Differentialdiagnose komme eine Cancer related Fatigue in Frage. Aus rein neurokognitiver Sicht gingen die Fachpersonen von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit aus. Gleichzeitig hielten sie aber fest, die Fatigue symptomatik habe sich im Rahmen der zeitlich begrenzten Untersuchung nicht umfassend beurteilen lassen (vorstehend E. 4.7).

Aus den folgenden Gründen vermag die Beurteilung durch Dr. M.\_\_\_\_ und lic. phil. N.\_\_\_\_ nicht zu überzeugen: Sie diagnostizierten in erster Linie eine leichte bis mittelgradige Funktionsstörung und wiesen lediglich differentialdiagnostisch auf allfällige Folgen der Krebserkrankung hin, womit ein Zusammenhang mit der onkologischen Erkrankung nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist. Zudem konnte aus neurologischer Sicht (vgl. vorstehend E. 5.6 und E. 4.5) für die geltend gemachten neuropsychologischen Beschwerden kein entsprechendes strukturelles Korrelat objektiviert werden, zumal die Diagnose auch von onkologischer Seite nicht gestellt wurde

,  
womit eine Cancer related

Fatigue

insgesamt nicht ausgewiesen ist.

Des Weiteren hat die Beschwerdeführerin die gegenüber den Fachpersonen im Rahmen der verhaltensneurologisch-neuropsychologischen Untersuchung geäußerten Beschwerden auch gegenüber dem psychiatrischen Gutachter Dr. A.\_\_\_\_

ausführlich dargelegt (vorstehend E. 4.3) . Sie flossen demnach in seine Beurteilung ein ,  
zumal es grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen Facharztes ist , die Arbeitsfähigkeit  
unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen (vgl. Urteil  
des Bundesgerichts 9C\_752/2018 vom 12. April 2019 E. 5.3) . Hinzu kommt, dass bei der  
verhaltensneurologisch-neuropsychologischen Untersuchung isoliert Einschränkungen  
festgestellt wurden, während es sich beim Gutachten - der unterschiedlichen Natur von  
Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und  
Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE  
124 I 170 E. 4) entsprechend - um eine viel umfassendere Beurteilung

handelt . So setzten sich Dr. M.\_\_\_\_ und lic . phil. N.\_\_\_\_ namentlich nicht mit den  
Ressourcen und dem ausgeprägten Aktivitätsniveau der Beschwerdeführerin auseinander ,  
während

Dr. A.\_\_\_\_

dies eingehend tat . Zudem ist die Beurteilung von Dr. M.\_\_\_\_ und lic . phil. N.\_\_\_\_ teilweise  
unpräzise , wenn sie zum Beispiel ausführten, dass leichte bis schwere attentional  
-exekutive Einschränkungen bestünden. Nach dem Gesagten und insbesondere mit Blick  
auf die oben erwähnten Indikatoren erscheint die Beurteilung einer 50%igen  
Arbeitsunfähigkeit von Dr. M.\_\_\_\_ und lic . phil. N.\_\_\_\_ somit als nicht plausibel.

Soweit die Beschwerdeführerin ausführt, die Beschwerdegegnerin hätte vor einem  
definitiven Entscheid die Resultate der verhaltensneurologisch-neuropsychologischen  
Beurteilung zwingend abwarten müssen (vorstehend E. 2.2) , kann ihr nicht gefolgt werden.  
Diesbezüglich ist zu wiederholen, dass es grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen  
Facharztes ist , die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger  
neuropsychologischer Defizite einzuschätzen . Eine neuropsychologische Abklärung stellt  
lediglich eine Zusatzuntersuchung dar, welche bei begründeter Indikation in Erwägung zu  
ziehen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_752/2018 vom 12. April 2019 E. 5.3). Dr.  
A.\_\_\_\_ führte aus, neben Schlafapnoe, Übergewicht und anderen möglichen somatischen  
Ursachen, die die subjektive Müdigkeit der Beschwerdeführerin plausibilisieren könnten,  
komme insbesondere eine krebsbezogene Müdigkeit infrage, die er aber, weil fachfremd,  
nicht beurteilen könne. Allenfalls empfehle sich noch eine onkologische Beurteilung dieses  
Aspekts (vorstehend E. 4.3.9) . Somit ergibt sich weder aus dem Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_  
noch der RAD-Einschätzung (vgl. vorstehend E. 4.4 und E. 4.6) eine begründete  
Indikation für eine neuropsychologische Abklärung, womit für die IV-Stelle keine  
Veranlassung bestand, eine solche abzuwarten.

Zudem holte die Beschwerdeführerin in der Folge keine onkologische Beurteilung ein,  
sondern nahm eine Sprechstunde bei Dr. B.\_\_\_\_ , Fachärztin für Neurologie und für Psy-  
chiarie und Psychotherapie, wahr. Der Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ lag der Beschwerdegegnerin  
im Verfügungszeitpunkt vor. Daraus geht hervor, dass sie die Beschwerdeführerin zu einer  
neuropsychologischen Testung an Dr. M.\_\_\_\_ und lic . phil. N.\_\_\_\_ überwies. Ein Bericht  
einer onkologischen Fachperson war im Verfügungszeitpunkt somit nicht abzuwarten,  
weshalb die Beschwerdegegnerin mit einem Entscheid nicht zuwarten musste .

Schliesslich ist hinsichtlich der von Dr. A.\_\_\_\_ für möglich gehaltenen krebsbezogenen  
somatischen Störung festzuhalten, dass die von ihm erhobenen Befunde einer  
Einschränkung von weniger als 20 % entsprechen ( vorstehend E. 4.3.9 ) . Eine Erkrankung,  
deren Symptome von Dr. A.\_\_\_\_ bereits im Rahmen der von ihm attestierten maximal

20%igen Arbeitsunfähigkeit aufgehen, ist nicht geeignet, einen Leistungsanspruch zu begründen (vgl. auch Urteil des hiesigen Gerichts vom 27. Februar 2019

E. 5.1, Prozess-Nr. BV.2016.00081) . 5. 8

Der Sachverhalt ist somit dahingehend erstellt, dass für die angestammte Tätigkeit im zeitlichen Verlauf ab dem 8. April 2014 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, ab dem 9. November 2015 eine 60%ige Arbeitsfähigkeit und ab März 2017 eine 70%ige Arbeitsfähigkeit bestanden hat. Ab September 2017 bestand angestammt eine mindestens 80%ige Arbeitsfähigkeit.

Für eine angepasste Tätigkeit bestand im zeitlichen Verlauf ab dem 8. April 2014 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, ab dem 9. November 2015 eine 80%ige Arbeitsfähigkeit, ab März 2017 eine 90%ige

Arbeitsfähigkeit und ab September 2017 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit.

Tabellarisch dargestellt, bestehen folgende Arbeitsfähigkeiten: Arbeitsfähigkeiten angestammt angepasst Ab 8. April 2014 50 % 50 % Ab 9. November 2015 60 % 80 % Ab März 2017 70 % 90 % Ab September 2017 Mind. 80 % 100 % 5.9

Da ein Rentenanspruch gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruches eintritt und sich die Beschwerdeführerin am 6. August 2014 zum Leistungsbezug angemeldet hat (Urk. 7/11), ist der frühestmögliche Rentenbeginn grundsätzlich im Februar 2015. Unter Berücksichtigung des operativen Eingriffs im Dezember 2013 und der von Dr. H.\_\_\_\_ attestierten Arbeitsunfähigkeit ab jenem Zeitpunkt (vgl. vorstehend E. 3.5) endete die einjährige Wartezeit im Dezember 2014.

Da der Gutachter Dr. A.\_\_\_\_ erst ab März 2017 eine 70%ige beziehungsweise ab September 2017 eine mindestens 80%ige Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit angenommen hat, und im zeitlichen Verlauf ab dem 8. April 2014 Teilarbeitsunfähigkeiten attestiert hat (siehe vorstehend E. 5.8), resultiert ein befristeter Rentenanspruch. 5. 10

Hinsichtlich der Frage nach der sozialversicherungsrechtlichen Qualifizierung ist angesichts der Erwerbsbiographie der Beschwerdeführerin (vgl. den IK-Auszug vom 21. Mai 2014, Urk. 7/9) ohne Weiteres davon auszugehen, dass sie im Gesundheitsfalle weiterhin zu 100% erwerbstätig wäre.

Des Weiteren ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit in der Gemeindeverwaltung im Kanzleidienst optimal eingegliedert war und ist. Insbesondere

war sie nicht gehalten gewesen, in der Phase der Genesung (zwischen 2014 und 2017) mit auch in einer angepassten Tätigkeit noch ausgewiesener Verbesserung und damit Veränderung der Arbeitsfähigkeit (vgl. vorstehend E. 5.8) das bestehende Arbeitsverhältnis zu kündigen und eine neue (angepasste) Tätigkeit anzunehmen.

Demzufolge ist für die Dauer von Februar 2015 (vgl. E. 5.9) bis Februar 2016 (Art. 88a Abs. 1 IVV) basierend auf einer 50%igen Arbeitsfähigkeit angestammt (und angepasst) von einem Invaliditätsgrad von 50% auszugehen, was zu einem Anspruch auf eine halbe Rente für diesen Zeitraum führt. Von März 2016 bis Ende Mai 2017 (Art. 88a Abs. 1 IVV) ist basierend auf einer 60%igen Arbeitsfähigkeit angestammt von einem Invaliditätsgrad

von 40 % auszugehen, was zu einem Anspruch auf eine befristete Viertelsrente für diesen Zeitraum führt. Die nachfolgend attestierten

Arbeitsfähigkeiten von 70 % (ab März 2017) und mindestens 80 % ab September 2017 angestammt führen zu rentenausschliessenden Invaliditätsgraden. 5.11

Zusammengefasst hat die Beschwerdeführerin somit Anspruch auf eine befristete halbe Rente von Februar 2015 bis Februar 2016 und auf eine befristete Viertelsrente von März 2016 bis Mai 2017. 6.

Dies führt aufgrund der insbesondere beantragten unbefristeten halben Rente wegen der neuropsychologischen Einschränkungen (vgl. Urk. 1)

zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde, Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Zu spreche

einer befristeten halben Rente von Februar 2015 bis Februar 2016 und einer befristeten Viertelsrente von März 2016 bis Mai 2017. Im Übrigen, insbesondere soweit eine unbefristete halbe Rente und eine Rückweisung zu weiteren medizinischen Abklärungen beantragt wurde (vgl. Urk. 1), ist die Beschwerde abzuweisen. 7.7.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und aufgrund des teilweise Obsiegens

der Beschwerdeführerin den Parteien je zur Hälfte aufzuerlegen. 7.2

Der teilweise obsiegenden und anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin steht eine reduzierte Prozessentschädigung zu, die beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise auf Fr. 1'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 17. Juli 2019 aufgehoben und festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine befristete halbe Rente von Februar 2015 bis Februar 2016 und eine befristete Viertelsrente von März 2016 bis Mai 2017 hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdegegnerin und der Beschwerdeführerin je zur Hälfte auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostspflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 1'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Noëlle Cerletti - 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 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  
Die Gerichtsschreiberin  
Mosimann  
Keller

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