

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00872 vom 6. Juni 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-06-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00872](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00872)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00872 du 6 juin 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00872 del 6 giugno 2020

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1975, hat in Deutschland eine Ausbildung zur Restaurationsfachfrau absolviert, in welchem Beruf sie zuletzt ab März 2012 als Chef de Service im Restaurant Y.\_\_\_\_ tätig war. Im Januar 2013 meldete sie sich unter Hinweis auf Konzentrationschwierigkeiten, Erschöpfung und

Schmerzen bei Multipler Sklerose bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7/2). Die IV-Stelle tätigte Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht. Nach Durchführung geführter Berufsberatung (Urk. 7/26) erteilte die IV-Stelle Kostengutsprache für berufliche Massnahmen in Form einer Umschulung zum Handelsdiplom VHS bei der

Handelsschule Z.\_\_\_\_

inklusive Vorkurs

(von 22. Oktober 2013 bis 12. Februar 2016; Mitteilung vom 14. Oktober 2013; Urk. 7/22, sowie Taggelder; vgl. Urk. 7/28),

welche Ausbildung die Versicherte – nach gesundheitsbedingter Unterbrechung

per 30. April 2015 (Urk. 7/52) und Wiederaufnahme per 19. August 2015 (Urk. 7/62) – per 3. Februar 2017 erfolgreich abschloss (Urk. 7/98, Urk. 7/102). In der Folge erteilte die IV-Stelle Kostengutsprache für ein Arbeitstraining vom

9. Mai bis 8. November 2017 (Mitteilung vom 2. Mai 2017; Urk. 7/107; sowie entsprechende Wartezeittaggelder, Urk. 7/99 und Taggelder; Urk. 7/108)

ebenso

wie für eine Verlängerung des selben vom 9. November 2017 bis 8. Februar 2018 (Mitteilung vom 9. November 2017, Urk. 7/126; wiederum inkl. Taggeld; Urk. 7/130).

Für die Zeit von 31. Januar 2018 bis 3. Januar 2019

gewährte sie alsdann

Arbeitsvermittlung

bzw. « Arbeitsvermittlung plus »

(Mitteilungen vom 13. Februar 2018,

Urk. 7/139, vom 23. April 2018, Urk. 7/147, sowie vom

### E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung

( IVG ) Versicherte, die: a.

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ( Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 1.3**

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. 1.5**

oder 2 Stunden gedauert hatten ( Urk. 7/201 S. 3),

was nicht einmal einer hälftigen Belastung aufgrund des damaligen Arbeitspensums der Beschwerdeführerin von

50 %

entspricht . Aufgrund der Ausführungen von Dr. J.\_\_\_\_

in Verbindung mit dem im Eingliederungsprozess erreichten Leistungsvermögen wäre daher

neu zu evaluieren gewesen ,

inwieweit

die Einschränkungen bei zeitlich längerer Belastung (als bei der kürzeren Untersuchungssituation )

nicht allenfalls

höher zu veranschlagen wären

als medizinisch-theoretisch

ursprünglich angenommen .

Festzustellen ist weiter ,

dass im Verfügungszeitpunkt am 8. November 2019

in psychiatrischer Hinsicht ( zumindest ) zweifelhaft

war , ob

die Einschätzung

durch den psychiatrischen Experten auch weiterhin Geltung beanspruchen konnte . Denn die behandelnde Psychiaterin Dr. G.\_\_\_\_

hatte im Bericht vom 10. August 2019 (E. 3.2.1) auf eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes der Versicherten per Anfang 2019 hingewiesen und dieser

im Berichtszeitpunkt eine Arbeitsfähigkeit von nur noch 40 % attestiert . Eine mögliche Verschlechterung war mit Blick auf die

im Juli 2019

erfolgte – nach Lage der Akten leistungsbedingte - Kündigung der 50%igen Anstellung durch die Arbeitgeberin sowie die im Bericht geschilderte Überforderung im Haushalt , welche im Begutachtungszeitpunkt im Dezember 2018 noch nicht bestanden hatte

( vgl. Urk. 7/201 S. 36, 107, 143) ,

jedenfalls nicht von Vorneherein auszuschliessen (E. 3.2.1 ) .

Entgegen dem Vorgehen der Verwaltung, welche die einwandweise eingereichten ärztlichen Berichte – soweit ersichtlich

-

nicht einmal ihrem

Regionalen Ärztlichen Dienst zur Beurteilung vorgelegt hatte ( Urk. 7/ 227 S. 3 ), hätten sich mithin auch insofern ergänzende Abklärungen aufgedrängt . 4.4

Zusammenfassend ergibt sich daher, dass die IV-Stelle mit Blick auf die Diskrepanz zwischen den Erkenntnissen

der von ihr veranlassten Eingliederung sowie den

gutachterlichen medizinisch-theoretischen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit nicht vorbehaltlos auf das B.\_\_\_\_ - Gutachten hätte abstellen dürfen, sondern eine medizinische Klärung

– zumindest durch Rückfragen an die Begutachtungsstelle – hätte herbeiführen müssen. Auch

waren die im

Vorbescheidverfahren ein gereichten

Berichte der behandelnden Ärzte

Dr. G.\_\_\_\_

und Dr. J.\_\_\_\_

angesichts der darin enthaltenen, bislang nicht thematisierten bzw.

bekanntem Aspekte zumindest grundsätzlich geeignet, die Einschätzung gemäss Expertise der

B.\_\_\_\_ in Frage zu stellen (vgl. statt vieler: SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148, 9C\_338/2016 E. 5.5), weshalb auch in sofern ergänzender Abklärungsbedarf bestand. Die angefochtene Verfügung ist daher aufzuheben und die Sache an die IV-Stelle zurück zuweisen, damit sie den rechtserheblichen Sachverhalt durch Einholung von ergänzenden Stellungnahmen und/oder Abklärungen vervollständige und hernach über den Rentenanspruch neu entscheide. Dabei werden auch die beschwerdeweise aufgelegten Berichte

zu berücksichtigen sein, soweit sie sich auf den vorliegend massgebenden Beurteilungszeitraum beziehen

(vgl. insbesondere Bericht der Klinik

N.\_\_\_\_ vom 28. November 2019; Urk. 3/2) . 5.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 8. November 2019 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese im Sinne der Erwägungen verfähre und hernach über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente neu entscheide. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.\_\_\_\_ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

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

## **E. 2**

1. Juni 2018, Urk. 7/1

### **E. 2.1**

Die IV-Stelle verneinte in der angefochtenen Verfügung einen Rentenanspruch im Wesentlichen mit der Begründung, dass laut der medizinischen Beurteilung im eingeholten Gutachten der B.\_\_\_\_

die Versicherte sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Restaurationsfachfrau wie auch in einer angepassten Tätigkeit zu 70

% arbeitsfähig

sei. Die Erwerbseinbusse betrage somit 30

%. Dies

entspreche dem Invaliditätsgrad und begründe keinen Anspruch auf eine Invalidenrente ( Urk. 2).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin ist mit dieser Beurteilung nicht einverstanden. Dies aufgrund einer Verschlechterung während der letzten Wochen mit daraus resultierendem Klinikaufenthalt und vollständiger Arbeitsunfähigkeit, wie den beigelegten Berichten zu entnehmen sei. Aktuell sei sie wieder zu 50

% arbeitsfähig, wes halb weiterhin Antrag auf eine halbe («50

%») Invalidenrente bestehe ( Urk. 1). 3. 3.1 3.1.1

Im polydisziplinären Gutachten der B.\_\_\_\_ vom 6. März 2019 stellten die verantwortlich zeichnenden Ärzte die folgenden Diagnosen ( Urk. 7/201 S. 8)

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - MS- Fatigue mit leichtgradiger kognitiver Störung

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Chronische Darmentzündung, ED 09/2017, derzeit mittels oraler Therapie mit Salofalk 1500mg/d symptomfrei therapiert, - Leichte normochrome Anämie - Schubförmig remittierende multiple Sklerose (Erstmanifestation und Diagnose 2012 ) - Übergewicht (BMI 28,1 kg/m<sup>2</sup> ) - Leichtgradige, weitgehend

remittierte depressive Episode, ICD-10: F32.0 3. 1. 2

Der internistische Gutachter

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt

FMH für Allgemeine Innere Medizin, führte aus, bei der Versicherten sei im September 2017 eine ausgeprägte Colitis des Colon ascendens mit häufigen Diarrhoeen diagnostiziert worden. Eine Präzisierung der Diagnose sei aktenkundig und gemäss Angaben der Versicherten bisher nicht möglich gewesen. Es habe eine höher dosierte Cortisontherapie stattgefunden und unter derzeitiger Therapie sei die Versicherte unter eingehaltener Diät beschwerdefrei. Somit resultiere derzeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus dieser Diagnose. Ein chronischer Verlauf sei möglich und ggf. müsste eine erneute Einschätzung erfolgen, wenn die Klinik sich verschlechtern sollte. Ab September 2017 könne bis höchstens vor einem Monat eine internistisch begründete Arbeitsunfähigkeit vorgelegen haben, dies als die Cortisontherapie abgebrochen werden könne als Hinweis auf eine gute Kontrolle der Darmentzündung (S. 40 f.). 3. 1. 3

Der neurologische Gutachter Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, führte in seiner Beurteilung aus, die bei der Versicherten vorliegende schubförmig remittierende multiple Sklerose zeige derzeit keine fassbare Krankheitsaktivität und gehe nicht mit einem namhaften neurologischen Defizit einher. Aufgrund des fehlenden objektivierbaren neurologischen Defizits sei in der diesigen neurologischen Beurteilung ein EDSS (Expanded

Disability Status Scale) von null ermittelt worden. Dies sei plausibel, obwohl in den Akten dokumenten nahezu durchgehend ein EDSS von 1,5 angegeben werde, da manche Untersucher eine berichtete Fatigue oder Angaben zum Beispiel hinsichtlich einer depressiven Verstimmung in den EDSS mit hineinrechnet. In der neurologischen Begutachtung hätten sich keine Hinweise für eine vorzeitige Erschöpfung, Antriebslosigkeit oder Konzentrationsschwäche gefunden, vielmehr habe sich eine unauffällige Untersuchung bei einer leistungsfähigen und leistungsbereiten Versicherten gezeigt. Die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit, hier Bürotätigkeit, spreche für eine vorhandene Motivation der Versicherten. Aus neurologischer Sicht sei die derzeitige immunmotorische Therapie mit Gilenya hinsichtlich der Verträglichkeit und Wirksamkeit als günstig einzuschätzen. Insgesamt sei die Prognose der multiplen Sklerose unter Berücksichtigung des bisherigen Krankheitsverlaufs und des diesigen Befunds sowie aufgrund der fehlenden Krankheitsaktivität im MRI als günstig einzuschätzen. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe nicht, eine angepasste Tätigkeit sei aus neurologischer Sicht nicht notwendig. Auch rückblickend sei aus neurologischer Sicht keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit in einer Bürotätigkeit oder im Service zu attestieren, da es keine dies behindernde namhafte neurologische Gesundheitsstörung nicht zu erkennen sei. Rückblickend könne aus neurologischer Sicht im Rahmen von MS-Schüben eine passagere Minderung der Arbeitsfähigkeit bestanden haben, was in der vorangehenden Tätigkeit im Service, was sich zeitlich anhand der Akten Daten und eigenen Befunde nicht näher eingrenzen lasse. Allenfalls könne hier pragmatisch den früheren Empfehlungen der Behandler gefolgt werden (S. 75 f.). 3. 1. 4

Der psychiatrische Gutachter

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte zur Hauptsache aus, die Versicherte beklage, unter einer raschen Erschöpfbarkeit, Durchschlafstörungen, Stimmungsschwankungen, gelegentlich auftretenden depressiven Verstimmungen, Konzentrationsdefiziten sowie Antriebslosigkeit zu leiden. Im Jahr 2012 sei anlässlich eines seinerzeit aufgetretenen partiellen sensorischen Querschnittssyndroms eine multiple Sklerose diagnostiziert worden, aktenkundig sei erstmals im Februar 2013 nach einer verhaltenesneurologischen Abklärung eine depressive Verstimmung bzw.

Anpassungsstörung mit eingeschränkter Belastbarkeit beschrieben worden. Im weiteren Verlauf sei psychiatrisch die Diagnose einer Belastungsstörung nach Überforderung am Arbeitsplatz mit innerer Unruhe, Stimmungsschwankung, Merkfähigkeits- und Konzentrationsstörungen sowie Verzweiflung festgestellt worden. Auch während der ersten stationären Behandlung im Sanatorium F.\_\_\_\_ sei u.a. die Diagnose einer Anpassungsstörung, später die Diagnose einer rezidivierend depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, beschrieben worden. Die behandelnde Psychiaterin habe zuletzt im Juni 2018 eine rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode kommuniziert und beschrieben, dass sich während der letzten Jahre gezeigt habe, dass die Versicherte mit einem Arbeitspensum von 50

% stabil sei (S. 110 f.).

Im aktuellen psychiatrischen Untersuchungsbefund präsentiere sich eine freundliche und offene Versicherte, die ohne Zeichen mnestischer oder konzentrativer Defizite über ihren Werdegang und ihre Beschwerden berichte. Die Auffassungsgabe und die geistige Spannkraft seien nicht beeinträchtigt. Die Versicherte zeige während der ausführlichen Exploration keine Zeichen einer vorzeitigen Ermüdbarkeit oder Erschöpfung, Es bestehe eine leichte Grübelneigung. Das inhaltliche Denken sei normal. Hinweise auf Panikattacken fänden sich nicht. Angegeben würden gelegentlich auftretende Zwangsimpulse sowie angedeutete agoraphobische Ängste, die jedoch ohne wesentliche handlungsleitende Konsequenzen blieben. Die Stimmung sei situationsadäquat unauffällig, die affektive Modulationsfähigkeit nicht beeinträchtigt, der Antrieb normal und die Psychomotorik unauffällig (S. 113).

Insgesamt bestehe ein weitgehend

unauffälliger Untersuchungsbefund, wobei insbesondere keine klinischen Zeichen einer ausgeprägten Depressivität festzustellen seien. Unter Berücksichtigung der ICD-10 Kriterien sei demnach die Diagnose einer weitgehend remittierten leichten depressiven Episode zu stellen, wobei die Abgrenzung zu einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Symptomatik unscharf bleibe. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit der Versicherten nicht wesentlich beeinträchtigt, sie sei aus psychiatrischer Sicht als in der Lage anzusehen, sowohl die zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Service als auch Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes zu 100

% auszuüben (Pensum und Rendement 100

%). Diese Einschätzung bestehe ab dem Datum der Untersuchung. Mit Ausnahme der stationären Krankenhausaufenthalte sei davon ausgehen, dass zuvor eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Hiefür spreche, dass die behandelnde Psychiaterin Dr. G.\_\_\_\_

b ereits 2018 lediglich eine leichte depressive Episode beschrieben und Dr. H.\_\_\_\_ 2017 keine klassischen depressiven Symptome wie gedrückte Stimmung, Verlust an Interesse und Antriebsminderung festgestellt habe . Eine überdauernde, ausgeprägtere depressive Störung sei also auch in der Vergangenheit unwahrscheinlich (S. 113 ff.) . 3. 1. 5

Der neuropsychologische Gutachter Dr. med. I.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH , Neuropsychologie, hielt im neuropsychologischen Teilgutachten im Wesentlichen fest, im erhobenen klinischen Befund hätten sich gegen Ende der Testung bei der Versicherten Ermüdungserscheinungen gezeigt. Sie habe dabei in Teilbereichen gegenüber dem Anfang eine leicht verlangsamte Testverarbeitungs geschwindigkeit gezeigt. Ansonsten sei die Versicherte wach, orientiert, attent , eloquent und in der Mnestik sicher gewesen. Die neuropsychologische Untersuchung habe unterdurchschnittliche Ergebnisse im Bereich der Reaktionsgeschwindigkeit, der geteilten Aufmerksamkeit, einem Teilbereich der Verarbeitungs geschwindigkeit, dem Arbeitsgedächtnis sowie Teilbereichen des verbalen divergenten Denkens gezeigt. Auch hätten sich in der Zusammenschau der Anamnese, des klinischen Befunds, der aktenkundigen Informationen und der Testergebnisse Hinweise auf das Bestehen einer Fatigue gezeigt.

Qua Leichtgradigkeit der objektivierbaren Befunde sei eine leichtgradig eingeschränkte Arbeitsfähigkeit im angestammten und im jetzt ausgeübten Arbeitsbereich (Büro) entsprechend 100

% und 70

% Rendement zu attestieren. Anpassungen der Arbeitstätigkeit oder andere Tätigkeiten seien nicht geeignet, die Arbeitsfähigkeit anzuheben. Es sei von einer dauerhaften und aktenkundig spätestens seit ca 2013 bestehenden kognitiven Beeinträchtigung (auf 70 % reduziertes Rendement) auszugehen. Die Genese

der kognitiven Störung sei am ehesten im Kontext der bestehenden MS zu sehen, für die Fatigue und assoziierte kognitive Leistungs minderungen bekannt seien (S. 155 ff) . 3. 1. 6

Zusammenfassend hielten die Gutachter fest, die objektiven Befunde zeigten eine Fatigue mit assoziierter leichter kognitiver Störung. Die Darmerkrankung erscheine therapeutisch suffizient kontrolliert und nicht namhaft limitierend .

Psychiatrisch habe sich keine gravierende depressive oder anderweitige Störung mehr erheben lassen. In der bisherigen wie auch einer angepassten Tätigkeit bestehe aus neuropsychologischen Gründen eine Arbeitsfähigkeit von 70

%, die Fatigue mit assoziierter kognitiver Störung bedinge eine reduzierte Belastbarkeit in jedweder Tätigkeit (vorzeitige geistige Ermüdung ; vgl. S. 8 ff. ).

3.2

Im Vorbescheidverfahren reichte die Versicherte die folgenden Unterlagen ins Recht:

3.2.1

Dr. med. G.\_\_\_\_ , Fachärztin

für Psychiatrie und Psychotherapie

FMH und behandelnde Psychiaterin der Versicherten, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 10. August 2019 eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (F33.0), Multiple Sklerose sowie

Schilddrüsenunterfunktion. Sie gab im Wesentlichen an, seit Juni 2018 sei der Verlauf negativ. Die Versicherte habe im September 2018 ein Praktikum mit einem Pensum von 50 % angetreten; diese Leistungsfähigkeit habe sie bis Ende Jahr aufrechterhalten können und sei daher fest angestellt worden. Kurz darauf sei en ihre Leistungen eingebrochen; durch Kleinigkeiten werde die Versicherte so sehr destabilisiert, dass ihre Leistungsfähigkeit stark einbreche und die Fehler quote steige. Auch sei die Versicherte mit einem Pensum von 50 % nicht mehr in der Lage gewesen, ihren Haushalt zu führen, so dass sich schlussendlich der Müll kniehoch in der Wohnung gesammelt habe. Eine Umstellung mit Psychophar maka habe sie nicht genügend stabilisieren können, überdies sei noch eine Schilddrüsenunterfunktion diagnostiziert worden. Ebenfalls habe sich die Fähig keit stark verschlechtert , Situationen adäquat einzuschätzen, was sich auf viele Bereiche beziehe. Die Arbeitsfähigkeit betrage maximal 40

%, bei einem höheren Pensum bestehe die Gefahr , dass die Versicherte erneut dekompenriere ( Urk. 7/218). 3.2.2

Der behandelnde Neurologe Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_

vom Z entrum K.\_\_\_\_

führte in seinem Bericht vom 2 5. Juli 2019 gestützt auf seine Unter suchung der Versicherten vom

5. Juli 2019 aus, zusammenfassend zei g e sich übereinstimmend mit den verschiedenen Voruntersuchungen aktuell eine leichte neurokognitive Störung. Die Informationsgeschwindigkeit sei leicht reduziert und es hätten sich leicht reduzierte bis grenzwertige Leistungen in der geteilten Auf merksamkeit ergeben. Weiterhin hätten sich auc h Defizite in der Verarbeitungs geschwindigkeit , Teilmodalitäten des Arbeitsgedächtnisses sowie der Behaltens leistung gezeigt. Qualitativ zeige sich eine leicht reduzierte Handlungsplan ung, im Verlau f der U n t ersuchung und mit zunehmender Erschöpfung tende n ziell abnehmend.

Dies führe aus rein neurokognitiver Sicht zu einer Arbeits un fähigkeit von 30

%.

Darüber hinaus sei die Patientin im Alltag jedoch auch durch die schwere kogni ti ve und mo torische Fatigue sowie die erhöhte Fatigueability (Ermüdbarkeit) beeinträchtigt . Die an amnestisch erhöhte Ermüdbarkeit sei in der Verhal te n sbe obachtung e r sichtlich, habe sich jedoch auch auf Testebene wieder ge spiegelt durch erhöhte Schwankungen der intrinsischen A lertness nach einer zweistündi g en Untersuchung. Die Fatigue und Fatigueability interagierten bekannterweise

insofern wechselseitig mit der neurokognitiven Leistungsfähigkeit , als das s bei Erschöp fung die neurokognitiven Def i zite deutl icher zutage treten würden, jedo ch a uch die Fatigue unter Belastung zunehm e. Die vorliegenden Defizite und Einschränkungen könnten au f

dem Hintergrund der MS E rkrankung interp re tiert werden. Ein weiterer Punkt , der die Belastbarkeit der Patientin deutlich ein schränke , sei die rezidivierende depressive Störung , wobei die Patientin bei höherer Belastung immer wieder dekompenriere .

Der Einfluss dieser Diagnose sollte von der behandelnden Therapeutin beurteilt werden (Urk. 7/224). 3.3

In erwerblicher Hinsicht ist den Akten alsdann unter anderem Folgendes zu entnehmen: 3.3.1

Aus dem

vom 28. Februar 2018 datierenden « Abschlussbericht

Arbeitstraining »

der L.\_\_\_\_ Arbeitstraining, welche

im Auftrag der IV-Stelle nach abgeschlossener Umschulung

die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Versicherten im ersten Arbeitsmarkt zu prüfen und die Arbeitsfähigkeit auf 90 % aufzubauen und

zu stabilisieren hatte,

ist zu entnehmen, dass die Versicherte in der Zeit vom 9. Mai 2017 bis 8. Februar 2018

bei M.\_\_\_\_ (Fachstelle für berufliche und soziale Integration) als administrative Mitarbeiterin tätig war. Weiter ist dem Bericht im Wesentlichen zu entnehmen, dass

die Versicherte

für ihre Selbst- und Sozialkompetenzen während des gesamten Verlaufs gelobt worden sei. Jedoch sei das Thema Konzentrationsfähigkeit subjektiv und objektiv von Beginn an ein Thema gewesen und habe sich diese – und entsprechend das Leistungsvermögen –

bis Ende des Arbeitstrainings als schwach erwiesen und die Versicherte immer wieder überfordert gezeigt. Die Versicherte habe

– bei enger Begleitung und bei Rahmenbedingungen, die mit einer Anstellung im ersten Arbeitsmarkt

schwer vergleichbar seien – ein Pensum von 50

% mehrheitlich auszuüben vermocht.

Der Einsatzbetrieb traue der Versicherten einen Einstieg im ersten Arbeitsmarkt mit allerhöchstens 50

% zu (Urk. 7/143-144). 3.3.2

Nachdem sich im Rahmen der daran anschliessenden Arbeitsvermittlung gezeigt hatte, dass ein direkter Berufseinstieg aufgrund der mangelnden Berufspraxis nicht erfolgsversprechend war, veranlasste die IV-Stelle

ein weiteres Arbeitstraining zwecks Stabilisierung der Arbeitsfähigkeit auf 50

% im erweiterten kaufmännischen Bereich sowie allenfalls Steigerung des Pensums auf 60

%, welches Arbeitstraining

in der Zeit von 4. Juli 2018 bis 3. Januar 2019 durchgeführt wurde. Aus dem entsprechenden Schlussbericht der L.\_\_\_\_

vom 15. Januar 2019 betreffend Arbeitsvermittlung Plus 1. und 2. Teil (Urk. 7/192) geht hervor, dass der Versicherten

seitens des Einsatzbetriebes wiederum gute Selbst- und soziale Kompetenzen attestiert wurden; nachdem der Verlauf des Arbeitstrainings

bei stabilerem gesundheitlichen Zustand im Rahmen von 50 %

positiv

ausgefallen war, wurde ihr

im Anschluss daran eine Festanstellung als Teamassistentin im Umfang von 50 %

angeboten, welches Angebot die Versicherte – so der Abschlussbericht – in freudiger Erwartung annahm (Urk. 7/192; vgl. auch Verlaufsprotokoll Berufsberatung Urk. 7/198).

3.3.3

Am 8. Juli 2019 orientierte der zuständige Coach der L.\_\_\_\_

die IV-Stelle dahin, dass die Versicherte durch die Rentensituation sowie weitere private und gesundheitliche Probleme in ihrer Leistungsfähigkeit beeinflusst sei. Der Vorgesetzte der Versicherten habe von massiven und konstanten Leistungseinschränkungen gesprochen seit sie angestellt sei.

Diese äusseren sich vor allem in der Konzentrations- und Aufnahmefähigkeit. Die Folge seien trotz regelmässiger Feedbacks stetige Flüchtigkeitsfehler, welche längerfristig für das Unternehmen nicht mehr tragbar seien. Gemäss dem Vorgesetzten habe dies damit zu tun, dass die Versicherte nicht mehr dieselbe engmaschige Betreuung geniesse wie während dem vorgängigen Arbeitsversuch. Arbeitsmethoden und –strategien zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit griffen ebenfalls nicht. Wenn sich die Situation nicht zeitnah verbessere, müsse das Arbeitsverhältnis aufgelöst werden

(Urk. 7/216 S. 3). 3.3.4

Am 29. Juli 2019 teilte die Versicherte der IV-Stelle mit, dass das Arbeitsverhältnis gekündigt worden sei, da sie aufgrund ihrer Konzentrationsschwierigkeiten nicht die Leistung bringen könne, wie sie für diese Position nötig sei (Urk. 7/217). 4. 4.1

Die IV-Stelle legte der angefochtenen Verfügung

das Gutachten der B.\_\_\_\_

vom 6. März 2019 zugrunde, gemäss dessen Schlussfolgerungen

die Versicherte sowohl in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig

ist. Entgegen der Auffassung der IV-Stelle kann darauf nicht vorbehaltslos abgestellt werden, wie nachfolgend aufgezeigt wird.

4.2

So wirft die

medizinisch-therapeutische Einschätzung einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in jeder Tätigkeit zum einen

insofern Fragen auf, als sie deutlich von

den Erkenntnissen abweicht, wie sie aus den von der IV - Stelle veranlassten Eingliederungs massnahmen

resultierten . So vermochte

die Versuche zu keinem Zeitpunkt - weder im Rahmen der

durchgeführten Arbeitstrainings noch

später in der ab 4. Januar 2019 im ersten Arbeitsmarkt ausgeübten Tätigkeit als Teamassistentin - je ein stabiles Leistungsvermögen von mehr als 50 %

zu realisieren , mit welchem Umstand sich die Gutachter nicht auseinandergesetzt

haben . Zwar ist zu berücksichtigen , dass – zufolge der bereits im April 2018 parallel eingeleiteten Rentenprüfung –

Eingliederungsmassnahmen im Begutachtungszeitpunkt (Dezember 2018)

noch am Laufen waren

(damals in Form der «Arbeitsvermittlung plus» d . h. einschliesslich eines erneuten Arbeitstrainings ) und die Kündigung

des Arbeitsverhältnisses durch die spätere Arbeitgeberin

nach Lage der Akten im Juli 2019,

mithin zeitlich nach der Erstattung des Gutachtens im März 2019 erfolgte ( Urk. 7/217) .

Damit konnten sich die Experten der B.\_\_\_\_ von Vorneherein nicht abschliessend zu den durchgeführten Eingliederungsmassnahmen äussern . Gleichwohl wäre es unerlässlich gewesen,

dass die IV-Stelle, bevor sie sich auf das Gutachten ab stützte, die Gutachter unter Hinweis auf den Eingliederungsverlauf sowie unter Beilage der

ihnen bislang nicht zur Kenntnis gebrachten Schlussberichte

zu den Arbeitstrainings

( E.

3.3 .1 und E.

3.3.2 )

um

ergänzende Stellungnahme zu den mit ihrer medizinisch-theoretischen Einschätzung diskrepanten Resultaten der

–

letztlich gescheiterten –

Eingliederungsbemühungen (E.

3.3.3 und E. 3.3.4) ersucht hätte .

Zwar

ist davon auszugehen, dass

den medizinischen gegenüber den Abklärungen der Fachleute der Berufsberatung/beruflichen Eingliederung ein grösseres Gewicht zukommt. Jedoch darf nach der Rechtsprechung den Ergebnissen leistungsorientierter beruflicher Abklärungen

die Aussagekraft für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit nicht ohne Weiteres abgesprochen werden. Steht eine medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit in offenkundiger und erheblicher Diskrepanz zu einer Leistung, wie sie während einer ausführlichen beruflichen Abklärung bei einwandfreiem Arbeitsverhalten/-einsatz des Versicherten effektiv realisiert wurde und gemäss Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbar ist, vermag dies ernsthafte Zweifel an den ärztlichen Annahmen zu begründen und ist das Einholen einer klärenden medizinischen Stellungnahme grundsätzlich unabdingbar (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 16. Oktober 2012 9C\_737/2011 E).

3.3 unter Hinweis auf Urteil des Bundesgerichts 9C\_833/2007 vom 4. Juli 2008 E. 3.3.2).

Vorliegend

hatte die Versicherte

im Eingliederungsprozess

eine hohe Leistungsbereitschaft

gezeigt und

hatten ihr auch die Einsatzbetriebe

jeweils ein

einwandfreies Arbeitsverhalten attestiert (vgl. Urk. 7/143 und 7/192; vgl. etwa auch Urk. 7/148).

Die vorhandenen Diskrepanzen

hätten nach der genannten Rechtsprechung mithin

das Einholen einer klärenden Stellungnahme nötig gemacht, dies umso mehr, als

selbst die für Eingliederung verantwortliche Fachperson der IV-Stelle bis anhin von einem realisierbaren Pensum von (nur) 50

% ausgegangen

war (vgl. Urk. 7/148 und Urk. 7/198 S. 8).

4.3

Aber auch vor dem Hintergrund der im Vorbescheidverfahren eingereichten Berichte ergab sich zusätzlicher Klärungsbedarf.

So hatte der behandelnde Neurologe Dr. med. J. \_\_\_\_\_

im Bericht

vom 25. Juli 2019 zwar ebenfalls eine Arbeitsunfähigkeit von 30

% attestiert, dies e jedoch als rein neurokognitiv bedingt bezeichnet und ausgeführt, dass die Einschränkung des Leistungsvermögens durch die Fatigue – welche durch Belastung zunehme –

noch zusätzlich zu berücksichtigen sei wie auch die erhöhte Ermüdbarkeit und ebenso die rezidivierende depressive Störung (vorne E. 3.2.2).

Weiter bleibt festzustellen, dass die Einschätzung einer 70%igen Arbeitsfähigkeit des neuropsychologischen (sowie

je auch des neurologischen und psychiatrischen) Experten der B.\_\_\_\_ auf Untersuchung en bzw. Testungen beruhte, die jeweils

nur

## **E. 8**

ATSG) sind.

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

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