

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00357 vom 17. März 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-03-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00357](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00357)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00357 du 17 mars 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00357 del 17 marzo 2021

## 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 Sozialversicherungsrech ts, 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 ge sundheitlichen 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 betä tigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindes tens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind.

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

### E. 1.3

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären

und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die fest gestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

#### **E. 1.4**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4).

#### **E. 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).

#### **E. 2**

Am 29. Mai 2020 erhob die Versicherte Beschwerde gegen die Verfügung vom 28. April 2020 (Urk. 2) und beantragte deren Aufhebung sowie rückwirkend und für die Zukunft die

Zuspriechung einer Rente, eventuell die Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung und Neubeurteilung an die IV-Stelle (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 6. Juli 2020 (Urk. 5) beantragte die Beschwerdeführerin die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdegegnerin am 9. Juli 2020 mitgeteilt wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdeführerin begründete die angefochtene Verfügung (Urk. 2) damit, die Verfügung, die als Begründung für die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit diene, sei im letzten Entscheid vom August 2017

bereits ausreichend gewürdigt worden. Neue, die Arbeitsfähigkeit einschränkende medizinische Fakten würden nicht vorgebracht. Die Meniskus-Operation und die Karpaltunnel-Operation zögen keine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit nach sich (S. 1 f.). Aus diesem Grunde werde weiterhin auf die Angaben, die zur bis 31. Januar 2017 befristeten Rente geführt hätten, abgestellt. Es sei weiterhin eine angepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar. Der IV-Grad betrage weiterhin 27 %. Es sei nicht von einer Verschlechterung seit August 2017 auszugehen (S. 2).

### **E. 2.2**

Demgegenüber vertrat die Beschwerdeführerin den Standpunkt, die Beschwerdegegnerin sei ihrer Begründungspflicht nicht nachgekommen (S. 6 Rz

3). Es könne aus näher genannten Gründen (S.

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist ein Rentenanspruch der Beschwerdeführerin und in diesem Zusammenhang die Frage, ob sich ihre Arbeitsfähigkeit seit Erlass der Verfügung vom 14. August 2017 (Urk. 6/237; Urk. 6/243) in anspruch relevanter Weise verändert hat (vgl. vorstehend E. 1.4). 3. 3.1

Im Zeitpunkt der letzten Verfügung vom 14. August

2017 (Urk. 6/237; Urk. 6/243) stellte sich der medizinische Sachverhalt wie folgt dar:

Dr. med. Y.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, nannte mit Bericht vom 26. September 2011 (Urk. 6/174/24-25) folgende Diagnosen (S. 1): - unklare Enzephalopathie (1993 wurde eine MS im Universitätsspital

Z.\_\_\_\_, diagnostiziert) - mittelgradige depressive Episode - Status nach Fundoplicatio 1998 - Bulimie (auch heute noch) - Schlafapnoe-Syndrom

Die Beschwerdeführerin klagt zurzeit vor allem über eine unerträgliche Müdigkeit sowie Belastungsintoleranz (S. 1). Im Vordergrund stehe zum heutigen Zeitpunkt mit Sicherheit die Bulimie respektive die mittelgradige Depression. Möglicherweise bestehe auch ein Schlafapnoe-Syndrom, welches die Müdigkeit und den Sekundenschlaf mit erklären könnten. Die Beschwerdeführerin wirke total gestresst, sei auch nicht fähig gewesen, zwei Termine zu koordinieren. An der Diagnose einer MS werde massiv gezweifelt. Die oligoklonalen Banden sprächen aller Dinge eher dafür, dies würde bedeuten, dass die Beschwerdeführerin eine absolut gutartig verlaufende Form der MS hätte. Die Müdigkeit sei aber mit Sicherheit nicht durch diese Krankheit erklärt (S. 2).

Dr. Y.\_\_\_\_ führte mit Bericht vom 14. Dezember 2011 (Urk. 6/174/22-23 ) aus, das MRI des Schädels sei nicht typisch für das Vorliegen einer MS. Möglicherweise habe es sich im Jahre 2003 um eine virale Myelitis gehandelt . Die Müdigkeit sei auf keinen Fall im Rahmen einer allfälligen demyelinisierenden Krankheit zu sehen, da keine perikallosalen Veränderungen sichtbar seien. Auf Grund der Schlaf-Anamnese sei denkbar, dass die Beschwerdeführer in einfach einen Schlafmangel habe oder aber eine pathologische Schlafarchitektur. Im EEG sei kein Hinweis auf eine pathologische Müdigkeit vorhanden. Die Müdigkeit könnte also allenfalls auch im Rahmen einer depressiven Verstimmung interpretiert werden (S. 2) . 3.2

Dr. med. A.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , Klinik B.\_\_\_\_ , berichtete am 13. April

2016 ( Urk. 6/166/7-9) über eine Konsultation vom 13. April

2016 , und nannte als Diagnose einen Status nach Schultergelenksarthroskopie, freier Gelenkkörperentfernung, Knorpeldebridement und Mikrofrakturierung Humeruskopf, subacromiolar Bursotomie und Arthroskopie , AC-Gelenks-Teilresektion rechts vom 3.

November 2015 (S. 1). Bei nun doch sehr gutem Fortschritt der Beweglichkeit und Abnahme der Schmerzen werde die Beschwerdeführerin insgesamt auf einem guten Weg gesehen. Sie werde weiter engagiert die Physiotherapie und Eigenübungen durchführen. Auch sportliche Betätigungen wie Velofahren oder Joggen seien nun bedenkenlos. Es werde der Beschwerdeführerin wie gewünscht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert bis 15. Juli 2015 (richtig wohl 2016). Es sei ein Arbeitsversuch ab dem 9. Mai 2016 auf einer Basis von 20 % geplant. Ziel sei, dass die Beschwerdeführerin nach den Sommerferien wieder zu 100 % arbeitsfähig sei (S. 2). 3.3

Die Fachpersonen der Klinik für Neurologie, Z.\_\_\_\_ , berichteten am 12. Mai 2016 über eine neuropsychologische Untersuchung

(Urk. 6/259/2-5 ; Eingang bei der Beschwerdegegnerin am 7. Februar 2018, vgl. Aktenverzeichnis), und nannten folgende, hier gekürzt aufgeführte Diagnosen (S. 1 f.): - schubförmig-remittierende Multiple Sklerose , Erstmanifestation ( E M ) 19 87 ; Expanded Disability Status Scale (EDSS) 2.0 - Tagesschläfrigkeit und -müdigkeit - Bulimia nervosa - Depression - Bruxismus - arterielle Hypertonie

Die Befunde seien gegenüber der Voruntersuchung vom 24. Januar 2013 gebessert. Die vermeintlichen Gedächtnisstörungen, welche die Beschwerdeführerin schildere, würden weiterhin eher im Rahmen einer ungenügenden Aufmerksamkeitsallokation während der Informationsaufnahme interpretiert werden. Diese Störung der Aufmerksamkeitsallokation, welche dadurch entstehen könne, dass die Aufmerksamkeitsressourcen durch vorherrschende Sorgen absorbiert werden würden, lasse sich gut im Rahmen einer Depression sowie ermüdungsbedingt erklären und sei nicht durch eine organische Hirnschädigung bedingt. Ein weiterer unspezifischer leistungsmindernder Faktor sei die Schmerzsymptomatik. Die Ätiologie der ausgeprägten Tagesschläfrigkeit bleibe aktuell noch unklar. Der durch die Depression bedingte Anteil sei derzeit nicht abgrenzbar zu jenem, der mit den Schlafstörungen oder der MS - Erkrankung assoziiert sei. Denkbar wäre auch eine multifaktorielle Genese. Zur Minderung des Leidens drucks werde die Fortsetzung der psychiatrisch/psychotherapeutischen Begleitung als dringend indiziert und

vordergründig erachtet (S. 3 f.). 3.4

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erstattete am 19. Mai 2016 ein vertrauensärztliches Gutachten zuhanden der BVK Personalvorsorge des Kantons Zürich (Urk. 6/163)

und nannte folgende Diagnosen (S. 9 Ziff. 5.1) : - Status nach Schultergelenkarthroskopie, freier Gelenkskörperentfernung, Knorpeldébridement und Mikrofrakturierung Humeruskopf, subacromialer Burssektomie und Acromioplastik, AC-Gelenks-Teilresektion rechts vom 3. November 2015 - progrediente, mittelschwere Knorpeldefekte am Humeruskopf und langstreckig degeneriertes Labrum sowie SLAP-Läsion und deutliche Bizepssehnen-Tendinopathie. Unauffällige Rotatorenmanschette. Normale Rotatorenmanschetten-Muskulatur ohne Verfettung oder Muskelödem - Multiple Sklerose (letzter Schub 1993) - ausgeprägte Fatigue mit chronischer Schlafstörung - Depression - gastrooesophagealer Reflux - degenerative Foramina stenose L5/S1 - arterielle Hypertonie

Die Beschwerdeführerin habe am 19. Juli 2015 einen Sturz mit dem Fahrrad auf die rechte Schulter erlitten. Wegen den persistierenden Schulterbeschwerden sei sie in der Klinik B.\_\_\_\_

am 3. November 2015 an der rechten Schulter operiert worden. Anlässlich der letzten Konsultation an der B.\_\_\_\_ vom 13. April 2016 (vgl. vorstehend E. 3.2) habe man einen sehr guten Fortschritt der Beweglichkeit und eine Abnahme der Beschwerden festgestellt. Aufgrund der aktuellen Untersuchung finde sich jedoch eine deutliche Restsymptomatik mit entsprechen dem klinischen Korrelat, und das neu durchgeführte MRI zeige ebenfalls eine progrediente, persistierende Schulterläsion (S. 8 Ziff. 5).

Die Beschwerdeführerin könne aufgrund ihrer deutlichen Beschwerden bei entsprechendem Korrelat zwischen Klinik und MRI-Befund im Moment als Schwimmlehrerin keine Arbeitsfähigkeit erreichen (S. 9 unten). Sie könnte im Prinzip eine vollständige Präsenzzeit erbringen. Aufgrund der eingeschränkten, schmerzhaften Schulter rechts sei ein Einsatz als Schwimmlehrerin im Moment nicht sinnvoll (S. 10 Mitte). Sie könnte bei voller Präsenzzeit ein Teilzeitpensum als Rezeptio nistin oder auch leichte Büroarbeit durchführen (S. 10 unten). 3.5

Dr.

Y.\_\_\_\_

(vorstehend E.

3.1) führte mit Bericht vom 20.

Juni

2016 (Urk. 6/174/1-5) aus, zurzeit arbeite die Beschwerdeführerin als Schwimmlehrerin in einem Pensum von 60 % seit Dezember 2009. Die aktuelle Arbeitsunfähigkeit beruhe auf einer Schulterproblematik, wozu keine genauen Angaben gemacht werden könnten (S. 2 Ziff. 1.6). Es bestehe eine ausgesprochene Müdigkeit respektive Ermüdbarkeit. Die Beschwerdeführerin brauche insgesamt zirka 12 Stunden Schlaf pro Tag. Könne sie dies nicht einhalten, werde sie emotional labil, es komme zu Traurigkeit sowie auch Aggressivität (verbal). Sie habe bei Schlafmangel mehr Schwindel, auch die Gefühlsstörungen würden zunehmen. Aus neurologischer Sicht sei die bisherige Tätigkeit noch zu 60 % zumutbar (Ziff. 1.7). 3.6

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte mit Bericht vom 8. August 2016 (Urk. 6/181) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Schultertrauma rechts vom 17. Mai 2015. Zudem nannte er folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1) : - chronisches Impingement -Syndrom Schulter links - chronische Schlafstörung - degenerative Foraminalstenosen L5/S1 beidseits bei starker Osteochondrose und leichter Diskusprotrusion - schubförmige Multiple Sklerose (EM 1987); EDSS 2.0, Z.\_\_\_\_

Dr. D.\_\_\_\_ führt aus, er behandle die Beschwerdeführerin seit 2010 (Ziff. 1.2) und verwies im Übrigen auf die Berichte der Klinik B.\_\_\_\_ (Ziff. 1.4 ff.). 3.7

Die Ärzte der Universitätsklinik E.\_\_\_\_ nannten mit Bericht vom 8. August 2016 (Urk. 6/183 = Urk. 6/188) als Diagnose eine Omarthrose rechts (S. 1). Die Beschwerdeführerin habe sich zur Zweitmeinung vorgestellt. Letztlich habe die 49-jährige Beschwerdeführerin leider schon eine relativ fortgeschrittene Arthrose mit osteophytären Anbauten anteroinferior und einem grossen Knorpeldefekt am Humeruskopf zentral. Postoperativ habe sich nach der Schulterarthroskopie eine mässiggradige Frozen

Shoulder entwickelt, die aktuell rückläufig sei. Es sei gut möglich, dass die Beschwerdeführerin im Verlauf eine Schulterprothese benötigen werde, aktuell bestehe jedoch keine Verbesserungsmöglichkeit oder – Notwendigkeit durch chirurgische Massnahmen. Die Beschwerdeführerin solle weiterhin schmerzadaptiert belasten und die Beweglichkeit mit Hilfe der Physiotherapie weiter steigern. Es sei ihr empfohlen worden über eine Umschulung nachzu-denken, da langfristig von einer Verschlechterung der Situation auszugehen sei (S. 2). 3.

## **E. 5**

ff. Rz 3 ff.) davon ausgegangen werden, dass die Verschlimmerung der Fatigue ein rentenmassgebliches Ausmass angenommen habe (S. 8 Rz 6). Es könne nicht mehr davon ausgegangen werden, dass sie in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei (S. 9 Rz 8). Gemäss Beobachtungen sei ein Pensum von maximal 40 % bei möglichst kurzem Arbeitsweg und Ruhezeiten machbar (S. 9 Rz 7).

Unbestritten sei, dass sie bei Gesundheit zu 100 % erwerbstätig wäre (S. 4 Rz 2).

### **E. 5.1**

Die Beschwerdeführerin litt nach einem Fahrradsturz im Juli 2015 an persistierenden Schulterbeschwerden und wurde

im November 2015 an der rechten Schulter operiert (vorstehend E. 3.2, 3.4). Der RAD kam zum Schluss (vorstehend E. 3.11), in der bisherigen Tätigkeit als Schwimmlehrerin bestehe seit Juli 2015 (Sturz auf die rechte Schulter) auf Dauer eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Von Juli 2015 bis am 4. Januar 2017 habe in einer angepassten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Seit 5. Januar 2017 (Dr. G.\_\_\_\_) bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit.

Das Belastungsprofil einer angepassten Tätigkeit wurde wie folgt definiert : Körperlich leichte Tätigkeit, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne die Schultern belastende Zwangshaltungen und Tätigkeiten (längeres Arbeiten in weiter Arm vorhalte, repetitive Rotationsbewegungen, repetitive und/oder andauernde Haltearbeit, manuell fordernde Tätigkeiten, Überkopfarbeiten, repetitives Stossen und Ziehen).

Gestützt auf die Beurteilung des RAD-Arztes

ging die Beschwerde gegen sie bis am 5. Januar 2017 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Schwimmlehrerin

und einer angepassten Tätigkeit aus. Danach erachtete sie eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit als zumutbar (vorstehend E. 3.12).

Bei der Anspruchsprüfung durch die Beschwerdegegnerin im August 2017

stand

demnach die Beurteilung durch Dr. G.\_\_\_\_, welcher über einen Facharzttitel für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates verfügt, im Vordergrund, und der in diagnostischer Hinsicht

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einzig eine Omarthrose beidseits, rechts mehr als links, nannte (vorstehend E. 3.10). Zudem nannte Dr. G.\_\_\_\_ als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit rezidivierende Wirbelsäulenblockaden bei Spondylose und Spondylarthrose der Wirbelsäule.

Gemäss den medizinischen Akten, welche der Verfügung vom 14. August 2017 zugrunde lagen, wurden des Weiteren degenerative Foramina stenosen L5/S1 (vorstehend E. 3.4, E. 3.6), eine Bulimia nervosa (vorstehend E. 3.1, E. 3.9), ein gastrooesophagealer Reflux (vorstehend E. 3.4), und eine arterielle Hypertonie (vorstehend E. 3.4) diagnostiziert. Seit 1987 leide die Beschwerdeführerin an einer schubförmig-rezidivierenden Multiplen Sklerose (vorstehend E. 3.4, 3.6, E. 3.9). In diesem Zusammenhang war von einer ausgeprägten Fatigue und einer chronischen Schlafstörung die Rede (vorstehend E. 3.4, E. 3.6, E. 3.9) die Rede. Zudem wurde eine reaktive Depression diagnostiziert (vorstehend E. 3.9). Gemäss einem Bericht von Mai 2016, welcher jedoch erst im Rahmen des neusten Verfahrens eingereicht wurde, litt die Beschwerdeführerin dazuzumal unter anderem an einer Tagesschläfrigkeit und -müdigkeit (E. 3.3).

## **E. 5.2**

Im Vergleich zur gesundheitlichen Situation, wie sie sich bei Erlass der Verfügung von August 2017 präsentierte, ist zusätzlich zu den bisherigen Diagnosen eine neuropsychologische Diagnose von leicht-

bis mittelgradigen Beeinträchtigungen attentionaler Funktionen mit reduziertem Antrieb und leichten exekutiven Schwächen (vorstehend E. 4.3) hinzugekommen. Die behandelnde Psychiaterin nannte neu eine histrionische Persönlichkeitsstörung und rezidivierende depressive Episoden, mass allerdings beiden Diagnosen keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu (vorstehend E. 4.5).

## **E. 5.3**

Die RAD-Ärzte nahmen keine eigenen Untersuchungen, sondern lediglich Aktenbeurteilungen vor (vgl. vorstehend E. 4.2, E. 4.8, E. 4.11, E. 4.13).

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig

(Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 IVV beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode n können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C\_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Art. 44 ATSG betreffend Gutachten nicht erfasst werden; die in dieser Norm vorgesehenen Verfahrensregeln entfalten daher bei Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.1 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.4).

Praxismässig kommt einer reinen Aktenbeurteilung des RAD im Vergleich zu einer auf allseitigen Untersuchungen beruhenden Expertise, welche auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen widerspruchsfrei begründet, nicht der gleiche Beweiswert zu (Urteil des Bundesgerichts 8C\_971/2012 vom 11. Juni 2013 E. 3.4).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxismässigen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

#### **E. 5.4**

Der RAD-Arzt Dr. I.\_\_\_\_ stellte bei seiner Beurteilung im Dezember 2018 zunächst fest, den Berichten der behandelnden Ärzte sei gemeinsam, dass wegen deutlicher Fatigue nun eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert werde und insofern davon ausgegangen werden könne, dass sich die Fatigue verschlechtert habe (vorstehend E. 4.8). In einer weiteren Stellungnahme von April 2019 (vorstehend E. 4.11) kam Dr. I.\_\_\_\_ zum Schluss, die den Arztberichten zugrunde liegenden Befunde seien dürftig. Eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % sei nicht nachvollziehbar. Es würden erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren vorliegen. Die allen Berichten zu entnehmende Fatigue, die als Begründung für die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit diene, sei bereits ausreichend gewürdigt worden, zuletzt in

der RAD-Stellungnahme vom 24. Februar 2018 (vgl. vorstehend E. 4.2). Neue, die Arbeitsfähigkeit einschränkende, medizinische Fakten, würden nicht vorgebracht.

### **E. 5.5**

Tatsächlich haben die behandelnde Neurologin Dr. Y.\_\_\_\_ ( vorstehend E. 4.1, E. 4.4), die behandelnde Psychiaterin Dr. F.\_\_\_\_ ( vorstehend E. 4.5), der behandelnde Sportarzt Dr. D.\_\_\_\_ ( vorstehend E. 4.6), die Hausärztin Dr. M.\_\_\_\_

(vorstehend E. 4.7 , E. 4.9 ) und auch der behandelnde Orthopäde Dr. A.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.10) in ihren Berichten keine ausführlichen Befunde auf geführt. Nur schon deshalb kommt ein direktes Abstellen einzig auf ihre Angaben nicht in Frage. Soweit Dr. I.\_\_\_\_ aber weiter ausführt e , dass d ie allen Berichten zu entnehmende Fatigue, die als Begründung für die eingeschränkte Arbeits fähigkeit diene, bereits ausreichend gewürdigt worden sei, zuletzt i n der RAD-Stellungnahme vom 24. Februar 2018 , kann ihm nicht gefolgt werden. In der erwähnten RAD-Stellungnahme kam med. pract . J.\_\_\_\_ zum Schluss, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Rahmen eines erneuten Schubs der MS sei möglich, wenn auch nicht sehr wahrscheinlich. Zudem gab sie Inhalte vom Bericht vom 12. Mai 2016 über eine n europsychologische Untersuchung am U niversitätsspital Z.\_\_\_\_ , wi e der (vgl. vorstehend E. 4.2) . Von einer ausreichen den Würdigung der Fatigue kann keine Rede sein. Auch der RAD-Arzt PD Dr. O.\_\_\_\_ nahm keine umfassende Würdigung der vorhandenen Berichte vor, sondern verneinte eine Verschlechterung des Gesundheitszustands einzig mit Hinweis auf bestimmte Testresultate (vgl. vorstehend E. 4.13) . Gestützt auf die zahlreichen vorliegenden Bericht e liegen aber Hinweise für einen verschlechterten, invalidi sie renden Gesundheitsschaden vor .

So kamen die Fachpersonen der Klinik K.\_\_\_\_ im Juni 2018 zum Schluss, auf grund der attentionalen und exekutiven Beeinträchtigungen sowie der vermin derten Belastbarkeit durch die Fatigue und die erhöhte Tagesschläfrigkeit sei von quantitativen und qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit auszuge hen. Aufgrund der vorliegenden Befunde sei die Leistungsfähigkeit in angestam mter als auch in angepasster Tätigkeit um 50 % gemindert. Angestrebt werden sollte ein Pensum, bei dem genügend Erholungszeiten möglich seien, damit dieses langfristig beibehalten werden könne (vorstehend E. 4.3).

Dr. D.\_\_\_\_

ging davon aus , d ie klinische Situation und die allgemeine Belast barkeit habe sich in den letzten zirka fünf Jahren deutlich verschlechtert . Die Schultern insgesamt seien in den letzten drei Jahren unverändert . Die Hand schlafe seit einiger Zeit ein, auch beim Velofahren und nachts, bei bekanntem K arpaltunnelsyndrom (CTS). MS - assoziiert sei die Beschwerdeführerin in der Kinderarztpraxis wegen mangelnder Geschwindigkeit und Konzentrationsstö run gen

entlassen worden . Es bestehe eine rasche Ermüdbarkeit. Wegen leichten Blasenfunktionsstörungen und rezidivierendem Harnwegsinfekt

sei eine neurolo gische Abklärung i m

E.\_\_\_\_ erfolgt. Aktuell bestehe auch wieder eine stärkere Lumbago .

Dr. D.\_\_\_\_ erachtete nur noch eine Arbeitsfähigkeit von 4 Stunden pro Tag in der bisherige n Tätigkeit als zumutbar, aber nur in einer ruhigen Fach arztpraxis mit möglichst wenig Notfallkonsultationen (vorstehend E. 4.6) .

Dr. M.\_\_\_\_ hielt fest, im Vordergrund stünden die ausgeprägte Müdigkeit/Fatigue, die Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung und die verminderte Gedächtnisleistung. Letzteres sei im Bericht der neuropsychologischen Abklärung bestätigt. Die Beschwerdeführerin sei bei ihrer Arbeit als MPA dadurch natürlich eingeschränkt. Es scheine eine Arbeitsfähigkeit von 40 bis maximal 50 % realistisch zu sein. Die Beschwerdeführerin sei gegenwärtig als MPA in einem Pensum von 40 % tätig, wobei sie darauf hinwies, dass aufgrund ungenügender Leistung der Verlust der Stelle drohe (vorstehend E. 4.7). Dies bewahrheitete sich, am 29. Oktober 2018 folgte die Kündigung für die Tätigkeit als MPA in einer Hausarztpraxis (vgl. Urk. 6/282).

Dr. A.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.10) führte aus, die Arthrose in beiden Schultern schreite fort. Aktuell sei die linke Seite beschwerdeführend. Er nahm in seinem Bericht keine Stellung zu den Auswirkungen der fortschreitenden Arthrose auf die Arbeitsfähigkeit.

Dr. Y.\_\_\_\_ hielt unter Verweis auf den Bericht der Neuropsychologie K.\_\_\_\_ vom 27. Juni 2018, fest, ein Pensum von 50 % sei denkbar (vorstehend E. 4.4).

Der Gesundheitszustand beziehungsweise die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin habe sich seit dem 5. Januar 2017 beziehungsweise 14. August 2017 hinsichtlich der MS/Fatigue verschlechtert. Die Punktzahl von Fatigue-spezifischen Tests habe 2013, 2015 und 2016 einer schweren Fatigue entsprochen. Am 16. Dezember 2019 habe das Testergebnis nochmals einer deutlichen Verschlechterung entsprochen (vorstehend E. 4.12).

Schliesslich kann auch dem Schlussbericht Praxis Check vom 25. April 2019 der Arbeitsintegration (Urk. 6/291) entnommen werden, dass die Tagesschläfrigkeit und -müdigkeit (Symptom «Fatigue» der MS), Konzentrationsschwierigkeiten, die Koordination von Bewegungsabläufen und ihre stark reduzierte Aufnahmefähigkeit das konstante fehlerfreie Arbeiten verunmöglichten. Ein Pensum von 50 % sei nicht realistisch zurzeit, maximal ein Pensum von 40% sei machbar mit möglichst kurzem Arbeitsweg und Ruhezeiten (S. 1). 5. 6

Bei der Anspruchsprüfung durch die Beschwerdegegnerin im August 2017 stand die Beurteilung durch den Orthopäden Dr. G.\_\_\_\_

im Vordergrund. Im vom RAD formulierten Belastungsprofil fanden dazumal einzig orthopädische Einschränkungen Berücksichtigung. Eine Fatigue wurde dazumal zwar bereits erwähnt (vgl. vorstehend E. 5.1), deren Auswirkungen (vgl. vorstehend E. 3.9) wurden jedoch vom RAD dann zumal nicht weiter berücksichtigt. Die behandelnde Psychiaterin ging davon aus, dass eine Tätigkeit als MPA möglich sein werde (vorstehend E. 3.9). Aus den vorliegenden Akten geht hervor, dass die behandelnden Ärzte insgesamt von einer verschlechterten gesundheitlichen Situation

im Vergleich zur gesundheitlichen Situation, wie sie sich bei Erlass der Verfügung von August 2017 präsentierte, ausgehen. Sie attestieren mehrheitlich nur noch eine Arbeitsfähigkeit von zirka 50 % (vorstehend E. 5.4). Auch zeigte sich, dass die Beschwerdeführerin einer Tätigkeit als MPA nicht gewachsen war (vgl. Urk. 6/265/1-2, Urk. 6/282). Bei den Beurteilungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte ist zwar dem Umstand Rechnung zu tragen, dass diese in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen und sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben. Ihre Berichte verfolgen daher nicht den Zweck einer den

abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte – beziehungsweise regelmässig behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2) – mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, kommt im Streitfall ein direktes Abstellen einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nur selten in Frage (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E.

4.1). Dennoch kann den Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nicht von vornherein jeglicher Beweiswert abgesprochen werden, und ihre Angaben sind geeignet, Zweifel an der Beurteilung durch die RAD-Ärzte,

wonach sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht verschlechtert habe, zu wecken. 5.7

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass eine seit Erlass der Verfügung vom 14. August 2017 eingetretene Verschlechterung anhand der vorhandenen medizinischen Akten weder bestätigt noch ausgeschlossen werden kann. Damit fehlt es an der Grundlage für einen Entscheid. 6.6.1

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsvante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 6.2

Vorliegend wurde der Sachverhalt zu wenig abgeklärt. Die angefochtene Verfügung ist deshalb aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurück zuweisen, damit sie die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, insbesondere eine allfällige Veränderung zur Situation 2017 und die Auswirkungen des Gesundheitszustandes auf eine angepasste Arbeit, in geeigneter Weise abkläre und über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu entscheide.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 7.

7.1

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57). Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 7.2

Nach § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens

bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer ).

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Bemessungskriterien und beim praxis gemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich MWSt ) ist die Prozessentschädigung vorliegend auf Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 28. April 2020 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über das Leistungsgesuch neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tomas Kempf - 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 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

## **E. 8**

Dr. A.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3. 2 ) führte mit Bericht vom 29. August 2016 (Urk. 6/187) aus, bei weiterhin sehr schönem Erfolg werde die Physiotherapie weiter fortgesetzt. Eine vollständige Arbeitsunfähigkeit werde bis 23. Oktober 2016 attestiert. Dann sei ein Arbeitsversuch als Schwimmlehrerin mit Unterstützung durch einen Kollegen geplant. Mittelfristig sei die Überlegung einer Umschulung in einen nicht schulterbelastenden Beruf sicherlich zu unterstützen (S. 1 f.). 3.

## **E. 9**

Dr. med. F.\_\_\_\_ , Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, führte mit Bericht vom 6. Dezember 2016 (Urk. 6/203) aus, sie behandle die Beschwerdeführerin seit 2010 (Ziff. 1.2) ,

und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - MS schubförmiger Verlauf, Erstmanifestation 1987 - Arthrose beider Schultern - chronische Fatigue und Tagesschläfrigkeit - reaktive Depression (ICD-10 F32)

Zudem nannte sie als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Bulimia nervosa, chronifiziert seit 30 Jahren, aktuell in grösseren Abständen (ICD-10 F50.2 ; Ziff. 1.1). Die Beschwerdeführerin sei seit Dezember 2009 in einem Pensum von 60 % als Schwimmlehrerin tätig. Seit November 2015 sei sie wegen Schulterproblemen vollständig arbeitsunfähig (Ziff. 1.6). Aufgrund der MS bestehe eine erhöhte Ermüdbarkeit und Schläfrigkeit. Verschiedene Erkrankungen des Bewegungsapparates, speziell die Arthrose beider Schultern, verunmöglichten den weiteren Einsatz als Schwimmlehrerin. Die Beschwerdeführerin zeige zudem eine sehr unsichere Verhaltensweise und sei rasch überfordert. Sie ermüde rasch, habe Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen, sich durchzusetzen. Am ehesten sei eine Tätigkeit als medizinische Praxisassistentin (MPA) zu zirka 50 % vorstellbar. Sie sei ausgebildete Kinderkrankenschwester und habe eine Zusatzausbildung auf kaufmännischem Gebiet. Sie sei schon früher als MPA tätig gewesen (Ziff. 1.7). 3.10

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Zentrum H.\_\_\_\_, erstattete am 1. März 2017 ein Gutachten zuhanden der BVK Personalvorsorge des Kantons Zürich (Urk. 6/218) und nannte als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Omarthrose beidseits, rechts mehr als links (S. 11 Ziff. 5.1). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er rezidivierende Wirbelsäulenblockaden bei Spondylose und Spondylarthrose der Wirbelsäule (S. 11 Ziff. 5.2). In der Untersuchung sei kein vermehrter Reizzustand, insbesondere in der rechten Schulter, festgestellt worden. Somit habe er der Beschwerdeführerin empfohlen, in der Freizeit Schwimmen zu gehen. Diese Versuche seien jedoch gescheitert. Die Beschwerdeführerin habe mitgeteilt, dass sie nach diesen Versuchen vermehrt Beschwerden bekommen habe, sodass sie auf bisher nicht eingenommene Schmerzmittel zurückgreifen müssen. Es handle sich um eine Erkrankung beider Schultern, zwar sei im Bereich der rechten Schulter eine stärkere Arthrose vorhanden als auf der linken Seite, nichts desto trotz seien beide Schultergelenke arthrotisch verändert. In ihrer Tätigkeit als Schwimmlehrerin sei die Beschwerdeführerin angewiesen, repetitive Bewegungen in beiden Schultern durchzuführen, auch mit einem gewissen Widerstand gegen Wasser. Aufgrund der beklagten Beschwerden, was auch plausibel sei, sei diese Tätigkeit der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar. Es sei nicht damit zu rechnen, dass der Zustand der beiden Schultern sich in absehbarer Zeit so bessern werde, dass die arthrotische Veränderungen sich zurückbilden könnten. Somit sei die Beschwerdeführerin für ihre bisherige Tätigkeit als Schwimmlehrerin zu 100 % berufsunfähig (S. 12).

Sie sei in der Lage, Tätigkeiten, die ohne Überkopfarbeiten und auch ohne repetitiven Bewegungen in beiden Schultern auszuführen seien, vollumfänglich durchzuführen. Diese Tätigkeiten seien ab dem Tag der erfolgten Untersuchung umsetzbar (S. 13).

3.11

Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte mit Stellungnahme vom 18. April 2017 (Urk. 6/232 S. 4 f.) aus, in der bisherigen Tätigkeit als Schwimmlehrerin bestehe seit Juli 2015 (Sturz auf die rechte Schulter) auf Dauer eine vollständige

Arbeitsunfähigkeit. Von Juli 2015 bis am 4. Januar 2017 habe in einer angepassten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Seit dem 5. Januar 2017 (Dr. G.\_\_\_\_) bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (S. 5). Zum Belastungsprofil wurde folgendes festgehalten: Körperlich leichte Tätigkeit, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne die Schultern belastende Zwangshaltungen und Tätigkeiten (längeres Arbeiten in weitem Armvorhalte, repetitive Rotationsbewegungen, repetitive und/oder andauernde Haltearbeit, manuell fordernde Tätigkeiten, Überkopfarbeiten, repetitives Stossen und Ziehen (S. 4 f.) . 3.12

Gestützt auf diese Aktenlage ging die Beschwerdegegnerin von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und einer angepassten Tätigkeit bis am 4. Januar 2017 aus. Ab dem 5. Januar 2017 erachtete sie eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit als zumutbar. In Folge dessen sprach sie der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 14. August 2017 eine befristete ganze Rente von November 2016 bis Januar 2017 zu (Urk. 6/237; Urk. 6/243). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. 4. 4.1

Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 28. April 2020 (Urk. 2) lagen im Wesentlichen die folgenden Berichte vor:

Dr. Y.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.1) führte mit Bericht vom 7. Dezember 2017 (Urk. 6/257) aus, aufgrund diverser Komorbiditäten schein eine Arbeitsfähigkeit

nicht gegeben zu sein. Ein Anstellungsverhältnis von

60 % sei vor kurzem wegen fehlerhaften Leistungen, Unkonzentriertheit und Vergesslichkeit gekündigt worden .

Dr. Y.\_\_\_\_ führte mit Bericht vom 22. Januar 2018 (Urk. 6/259) aus, bei der Beschwerdeführerin bestehe eine ungünstige Komorbidität von einer MS, schubförmig remittierend, einer Bulimie (Impulskontrollstörung) und einer abhängigen Persönlichkeitsstörung. Neuropsychologisch seien leichte bis mittelschwere Minderleistungen in den attentionalen Funktionen sowie auch im Arbeitsgedächtnis festgestellt worden. Betreffend der MS bestünden nicht viele motorische Dysfunktionen, dafür eine ausgeprägte Fatigue, dies seit 1993. Es habe sich soeben gezeigt, dass die Beschwerdeführerin nicht in der Lage sei , auf dem ersten Arbeitsmarkt zu bestehen. Ihr sei vom Arbeitgeber kurz nach der Probezeit gekündigt worden. Es ziehe sich durch die ganze Krankengeschichte durch, dass die Beschwerdeführerin unter zu starker Arbeitsbelastung zusammenbreche, die Stelle kündige oder entlassen werde. 4.2

Med. pract . J.\_\_\_\_ , Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, RAD , führte mit Stellungnahme vom 24. Februar 2018 (Urk. 6/267 S. 2) aus, da die MS schubförmig verlaufe, sei eine Verschlechterung im Rahmen eines erneuten Schubs durchaus möglich, wenn auch nicht sehr wahrscheinlich. Nach Aktenlage sei seit 1993 keine Aktivität mehr beobachtet worden. Einen erneuten Schub habe auch Dr. Y.\_\_\_\_ nicht erwähnt. Als neue Information enthalte der Bericht von Dr. Y.\_\_\_\_ eine neuropsychologische Untersuchung vom 12. Mai 2016, wo festgehalten werde, die im Vordergrund der Beschwerden stehende körperliche und geistige Müdigkeit bestünde unverändert seit Jahren. Psychosoziale Belastungen bestünden aufgrund der seit sieben Jahren hängigen Ehescheidung und Partnerschaftsproblemen. Im Befund werde eine Besserung gegenüber 2013 beschrieben. Die gefundenen Defizite habe das Z.\_\_\_\_ im

Rahmen der Belastung durch Scheidung und die Auseinandersetzung mit der Erkenntnis interpretiert, dass der Ex-Partner pädophile Neigungen gehabt habe mit der damit verbundenen Sorge um die Kinder. Eine organische Hirnschädigung sei nicht vermutet worden.

Die Tätigkeit als Schwimmlehrerin sei schon im April 2017 vom RAD als nicht geeignet beurteilt worden. Daher sei das Scheitern einer dauerhaften Anstellung in diesem Bereich nicht ungewöhnlich. Zusammenfassend liege kein neuer medizinischer Sachverhalt vor.

Die Fachpersonen der Klinik K.\_\_\_\_

nannten mit neuropsychologischem Untersuchungsbericht vom 27. Juni 2018 (Urk. 6/271/8-12) als neuropsychologische Diagnose leicht -

bis mittelgradige Beeinträchtigungen attentionaler Funktionen mit reduziertem Antrieb und leichten exekutiven Schwächen (ICD-10 F07.8 ; S. 2 ). Die Beschwerdeführerin verfüge über ein durchschnittliches allgemeines kognitives Leistungsvermögen mit vergleichbaren Leistungen bei sprachlichen und handlungsbetonten, visuell-logischen Anforderungen. Insgesamt habe sich ein Leistungsprofil mit überwiegend gut durchschnittlichen bis überdurchschnittlichen Leistungen gezeigt. Der unterdurchschnittliche Indexwert zur Arbeitsschwindigkeit verweise auf ein partiell verlangsamtes Arbeitstempo (S. 4). Aufgrund der attentionalen und exekutiven Beeinträchtigungen sowie der verminderten Belastbarkeit durch die Fatigue und die erhöhte Tagesschläfrigkeit sei von quantitativen und qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Aufgrund der vorliegenden Befunde sei die Leistungsfähigkeit in angestammter als auch in angepasster Tätigkeit um 50 % gemindert. Angestrebt werden sollte ein Pensum, bei dem genügend Erholungszeiten möglich seien, damit dieses langfristig beibehalten werden könne (S. 5) . 4.

Dr. Y.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.1)

führte mit Bericht vom 27.

August

2018 (Urk. 6/271/1-7) aus, sie behandle die Beschwerdeführerin bei Bedarf, zirka ein Mal pro Jahr (Ziff. 1.2) , und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5): - MS, Fatigue im Vordergrund - Schulterprobleme, deshalb könne die Beschwerdeführerin nicht mehr als Schwimmlehrerin arbeiten - Depression

Sie habe die Beschwerdeführerin nie arbeitsunfähig geschrieben (Ziff. 1.3). Unter Prognose zur Arbeitsfähigkeit hielt Dr. Y.\_\_\_\_ , unter Verweis auf den Bericht der Neuropsychologie K.\_\_\_\_ vom 27. Juni 2018, fest, ein Pensum von 50 % sei denkbar (Ziff. 2.7). Zurzeit arbeite die Beschwerdeführerin als medizinische Praxisassistentin in einem Pensum von 40 % in einer Hausarztpraxis in einem guten und unterstützenden Team (Ziff. 3.1). Als Funktionseinschränkung nannte sie Ermüdbarkeit und verwies ansonsten auf den Bericht der Neuropsychologie K.\_\_\_\_ vom 27. Juni 2018 (Ziff. 3.4). Die bisherige Tätigkeit sei idealerweise vier Stunden pro Tag zumutbar (Ziff. 4.1). 4 bis 4 ½ Stunden pro Tag sei eine leidens angepasste Tätigkeit zumutbar (Ziff. 4.2). 4.5

Dr. F.\_\_\_\_

(vorstehend E. 3.9) führte mit Bericht vom 29.

August 2018 (Urk. 6/272) aus, sie behandle die Beschwerdeführerin alle drei Wochen mit ferienbedingten grösseren Abständen (Ziff. 1.2), und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5): - MS - Frozen

Shoulder nach Unfall 2015

Zudem nannte sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.6): - Bulimia nervosa, chronifiziert seit 30 Jahren, aktuell stark gebessert (ICD-10 F50.2) - histrionische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.4) - rezidivierende depressive Episoden (ICD-10 F33)

Im Vordergrund der letzten Jahre stünden verschiedene körperliche Probleme: Schulterarthrose nach Unfall, was zur Unfähigkeit, als Schwimmlehrerin zu arbeiten, geführt habe, häufige Blasenentzündungen. Von Seiten der seit 30 Jahren bestehenden Bulimie zeige sich eine wesentliche Verbesserung mit nur noch seltenen Ess-Brech-Anfällen. Ein sich über Jahre hinziehender Scheidungskampf führe immer wieder zu depressiven Episoden, wobei die Reaktionen auf dem Hintergrund einer Persönlichkeitsstörung (abhängige Persönlichkeitsstörung)

zu sehen seien. Eine eingeschränkte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsspanne und Einschränkungen der Gedächtnisleistung fielen zunehmend ins Gewicht, ebenso die schon länger bekannte Fatigue (MS-bedingt) mit Tagesschläfrigkeit (Ziff. 2.1). Zur aktuellen medizinischen Symptomatik und Situation verwies Dr.

F.\_\_\_\_ auf die neuropsychologische Abklärung vom 27.

Juni

2018 (Ziff. 2.2). Zur

Prognose betreffend

Arbeitsfähigkeit führt sie aus, diese betrage 50 % gemäss Einschätzung der Klinik L.\_\_\_\_ (Ziff. 2.7). Seit dem 1. Juli 2018 übe die Beschwerdeführerin eine Tätigkeit als MPA in einem Pensum von 50 % aus (Ziff. 3.1). Als

Funktionseinschränkungen nannte sie eine Tagesmüdigkeit und Stressintoleranz. Im Übrigen verwies sie auf den Bericht der Klinik L.\_\_\_\_ vom 26. Juni 2018 (Ziff. 3.4). Die bisherige Tätigkeit sei zirka vier bis fünf Stunden pro Tag zumutbar (Ziff. 4.1). Eine angepasste Tätigkeit sei vier bis fünf Stunden pro Tag zumutbar (Ziff. 4.2). 4. 6

Dr. D.\_\_\_\_

(vorstehend E. 3.6) nannte mit Bericht vom 6. Oktober

2018 (Urk. 6/278) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5): - chronisches Impingement-Syndrom Schulter beidseits, Erstdiagnose 2015 - MS, Erstmanifestation 1987 - chronisches Fatigue-Syndrom, neuropsychologische Funktionsstörung - chronische Schlafstörung - degenerative Foramina stenosen L 5/S1 bei Osteochondrose und Diskusprotrusion

Seit längerem sei für die Tätigkeit als Schwimmlehrerin eine 100%ige und für diejenige als MPA eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Ziff. 1.3). Die klinische Situation und die allgemeine Belastbarkeit habe sich in den letzten zirka fünf Jahren deutlich verschlechtert (Ziff. 2.1). Die Schultern insgesamt seien unverändert in den letzten drei Jahren, es gehe

nicht zum Schwimmen, aber es bestünden auch teils Nachtschmerzen beim Draufliegen. Tätigkeiten über Kopf gingen nicht, auch nicht vom Körper entfernt. Die Hand schlafe seit einiger Zeit ein, auch beim Velofahren und nachts, bei bekanntem Karpaltunnelsyndrom (CTS). MS - assoziiert sei die Beschwerdeführerin in der Kinderarztpraxis entlassen worden wegen mangelnder Geschwindigkeit und Konzentrationsstörungen. Es bestehe eine rasche Ermüdbarkeit. Wegen leichter Blasenfunktionsstörungen und rezidivierendem Harnwegsinfekt (HWI) sei eine neurologische Abklärung in E. \_\_\_ erfolgt. Aktuell bestehe auch wieder stärkere Lumbago (Ziff. 2.2). Zu den objektiven Befunden (Ziff. 2.4) machte er keine Angaben. Da die Beschwerdeführerin wegen ihrer Schultern mit der Tätigkeit als Schwimmlehrerin definitiv habe aufhören müssen, sei sie nun mehr schlecht als recht als MPA tätig, aktuell in einer Hausarztpraxis (Ziff. 3.1). Es bestehe kognitiv eine ungenügend rasche Informationsverarbeitung mit entsprechender hoher Fehleranfälligkeit (Ziff. 3.4). 4 Stunden pro Tag sei die bisherige Tätigkeit zumutbar, aber nur in einer ruhigen Facharztpraxis mit möglichst wenig Notfallkonsultationen (Ziff. 4.1). Die Prognose zur Eingliederung sei insgesamt ungünstig (Ziff. 4.3). 4. 7

Dr. M. \_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte mit Bericht vom 11.

Oktober 2018 (Urk. 6/279) aus, sie behandle die Beschwerdeführerin seit 2013 (Ziff. 1.1), gegenwärtig zirka alle vier bis sechs Wochen, je nach somatischen Problemen, und nannte folgende, hier gekürzt auf geführte Diagnosen (Ziff. 2.5): - MS, Erstdiagnose 2011, Erstmanifestation 1987 - Omarthrose und Frozen

Shoulder nach Unfall 2015

Vom 1. Juni bis 31. Dezember 2018 sei eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit als MPA attestiert worden (Ziff. 1.3). Die Beschwerdeführerin sei aus somatischer Sicht stabil. Die arterielle Hypertonie sei gut eingestellt, die urodynamischen-neurologischen Abklärungen liefen noch. Die Schulterarthrose mache stabil Probleme, was zur Arbeitsunfähigkeit als Schwimmlehrerin geführt habe und sich nicht verbessern werde. Von Seiten der psychiatrischen Situation scheine die Situation auch relativ stabil. Im Vordergrund stünden weiterhin die ausgeprägte Müdigkeit/Fatigue, die Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung und die verminderte Gedächtnisleistung. Letztere sei im Bericht der neuropsychologischen Abklärung bestätigt. Die Beschwerdeführerin sei bei ihrer Arbeit als MPA dadurch natürlich eingeschränkt (Ziff. 2.2). Zu den objektiven Befunden (Ziff. 2.4) machte sie

keine Angaben. Zur Prognose betreffend

Arbeitsfähigkeit führte Dr. M. \_\_\_ aus, es scheine eine Arbeitsfähigkeit von 40 bis maximal 50 % realistisch zu sein (Ziff. 2.7). Die Beschwerdeführerin sei gegenwärtig als MPA in einem Pensum von 40 % tätig (Ziff. 3.1). Sie sei noch in der Probezeit, wobei es bereits zu vielen Situationen mit Überforderung gekommen sei. Von Seiten der Arbeitsstelle würden

ihr langsames Arbeitstempo und die fehlende Belastbarkeit

bemängelt. Der Verlust der Stelle drohe (Ziff. 3.2). Die bisherige und eine angepasste Tätigkeit seien vier bis fünf Stunden zumutbar (Ziff. 4.1 f.). 4.8

Dr. I. \_\_\_, RAD (vorstehend E. 3.11), führte mit Stellungnahme vom 12. Dezember 2018 (Urk. 6/311 S. 4) aus, den Arztberichten von Dr. M. \_\_\_, Dr. D. \_\_\_, Dr. F. \_\_\_, Dr. Y. \_\_\_ und Prof Dr. N. \_\_\_, Klinik K. \_\_\_, sei gemeinsam, dass wegen deutlicher Fatigue nun eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert werde. Insofern könne davon ausgegangen werden,

dass sich die Fatigue verschlechtert habe. Auf das Gesuch sollte eingetreten werden.

4.9

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

(vorstehend E. 4.7) führte mit Bericht vom

#### **E. 11**

März 2019 (Urk. 6/290) aus, die Einschränkungen auf Grund der MS mit Fatigue im Sinne der verminderten Belastbarkeit, reduzierter Konzentrationsfähigkeit und ausgesprochen rascher Ermüdbarkeit seien unverändert. Aktuell bestünden noch Schmerzen unter Belastung im Bereich des operierten Handgelenkes bei Karpal tunnel syndrom rechts, welche innerhalb der nächsten vier Monate vorbei sein sollten (Ziff. 2). Es bestehe weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von drei bis vier Stunden pro Tag als MPA, allerdings nur in sehr ruhigem Umfeld ohne Notfall medizin oder andere angepasste leichte körperliche Arbeit ohne anspruchsvolle komplexe Arbeitsabläufe. Die Leistungsfähigkeit werde um 50 % vermindert eingeschätzt (Ziff. 3). Die Prognose sei unklar, es könne nicht davon ausgegangen werden, dass sich die Situation verbessere. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen nicht verbessert werden (Ziff. 4). 4.10

Dr. A.\_\_\_\_, Klinik B.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.2), führte mit Bericht vom 22. März 2019 (Urk. 6/297) aus, er habe die Beschwerdeführerin heute erstmals seit Ende 2016 erneut in der Spezialsprechstunde gesehen. Grund hierfür seien beidseitig wechselnd aktuell eher linksdominante Schulterschmerzen (S. 1). Bilanzierend könne heute festgehalten werden, dass die Arthrose in beiden Schultern fort schreite. Aktuell sei die linke Seite beschwerdeführend. Operative Massnahmen würden sich weder links noch rechts anbieten. Die Zeit müsse nun im Rahmen einer konsultativen Schmerztherapie überbrückt werden. In der Vergangenheit habe sich die Durchführung einer intraartikulären Steroidinfiltration mit gleich zeitiger Viscosupplementation bereits als erfolgreich erwiesen. Auf Wunsch der Beschwerdeführerin werde sie für eine solche Infiltration linksseits nun angemeldet (S. 2).

4.11

Dr. I.\_\_\_\_, RAD (vorstehend E. 3.11), führte mit Stellungnahme vom 26. April 2019 (Urk. 6/311 S. 5 f.) aus, die den Arztberichten zugrundeliegenden Befunde seien dürftig. Eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % sei nicht nachvollziehbar. Es lägen

erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren vor. Die allen Berichten zu entnehmende Fatigue, die als Begründung für die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit diene, sei bereits ausreichend gewürdigt worden, zuletzt in der RAD-Stellungnahme vom 24. Februar 2018 (vgl. vorstehend E. 4.2). Neue, die Arbeitsfähigkeit einschränkende medizinische Fakten, würden nicht vorgebracht. Die Meniskus-Operation 2017 und die Karpaltunnel-Operation zögen keine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit nach sich. Insgesamt würden also keine neuen medizinischen Sachverhalte vorgebracht, die zu einer anderen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit führen könnten (S. 6).

4.

#### **E. 12**

Dr. Y.\_\_\_\_

(vorstehend E. 3.1) führte mit Bericht vom 20.

Dezember 2019 (Urk. 6/314) aus, der Gesundheitszustand beziehungsweise die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin habe sich seit dem 5.

Januar 2017 beziehungsweise 14.

August 2017 hinsichtlich der MS/Fatigue verschlechtert. Die Punktzahl von Fatigue-spezifischen Tests habe 2013, 2015 und 2016 einer schweren Fatigue entsprochen. Am 16.

Dezember 2019 habe das Testergebnis nochmals einer deutlichen Verschlechterung entsprochen. Eine Gesamtschau der neuropsychologischen Untersuchung zur Beurteilung der Fatigue sei unfair. Es sei eine spezifische Müdigkeit, die auf die Einwirkung von immunologischen Faktoren auf den Hirnstamm begründet werde. Diese verlaufe nicht in Schüben, habe also nichts mit einem vorhandenen oder nicht-vorhandenen schubförmigen Verlauf der Grunderkrankung zu tun. Die Tagesschläfrigkeit werde auch von der Schlafmedizin bestätigt. Ein allenfalls zweiter, jedoch nicht quantifizierbarer Hinweis auf eine pathologische Ermüdbarkeit finde sich im Bericht der Klinik K.\_\_\_\_, wo beschrieben werde, dass bei einem computergestützten Verfahren zur Aufmerksamkeitsüberprüfung die Beschwerdeführerin im ersten Durchgang durchschnittlich schnell und stabil auf einfache visuelle Reize reagiert habe. Im letzten Durchgang habe sich jedoch eine mittelgradige Verlangsamung gezeigt. Alle anderen Tests seien nicht geeignet, eine Fatigue darzustellen, widersprächen einer solchen Diagnose aber keinesfalls. In erster Linie müsse man sich fragen, ob die Beschwerdeführerin im Alltag funktioniere. Hierzu gebe es den Fragebogen zur Beurteilung, zum Beispiel den Mini-ICF-App Fragebogen. Wichtig erscheine auch das Dokument des Praxis-Checks

der Arbeitsintegration vom 1.

bis 26.

April 2019, wo man praktisch beobachtet habe, wie belastbar die Beschwerdeführerin sei (vgl. Urk. 6/291). Das in diesem Bericht beschriebene zeige sich auch im nicht Bestehen der Probezeit in einer Kinderarztpraxis und in der Begründung des Kündigungsschreibens. Insgesamt sei bereits 2009 von der IV-Stelle eine krasse Fehlentscheidung gefällt worden, als man die Beschwerdeführerin als vollständig arbeitsfähig eingeschätzt habe (S. 2).

4.13

Dr. I.\_\_\_\_, RAD (vorstehend E. 3.11), führte beziehungsweise auf den Bericht von Dr. Y.\_\_\_\_ vom 20. Dezember 2019 (vorstehend E. 4.12) aus, da die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei neurologischer Grunderkrankung strittig sei, sollte die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch einen Neurologen erfolgen (Urk. 6/317 S. 1).

PD Dr. med.

O.\_\_\_\_, Facharzt für

Neurologie, RAD, führte mit Stellungnahme vom 9. April 2020 (Urk. 6/317 S. 2) aus, die behandelnde Neurologin Dr. Y.\_\_\_\_ gehe von einer Verschlechterung seit Januar beziehungsweise August 2017 aus, und zwar der Fatigue, für die sie in einer entsprechenden Selbstbeurteilungsskala Werte von 78 % für 2015 auf 91 % für zuletzt nenne. Der Cut-off dieser Skala sei für eine schwere Fatigue bei 63 %, sodass sich für beide betrachteten Zeitpunkte eine Fatigue tief im Bereich «schwer» ergebe. Dies bedeute aber

auch, dass damit keine namhafte Verschlechterung dokumentiert sei, sondern eine seit 2015 als hochgradig bewertete Fatigue. Weitere medizinische Tatsachen würden für den Zeitraum seit April 2019 nicht vorgelegt werden, sodass eine formale Verschlechterung des Gesundheitszustands nicht als dokumentiert ausgewiesen bestätigt werden könne. 4.14

Nach Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 28. April 2020 ergingen weitere Arztberichte.

Für die richterliche Beurteilung eines Falles sind grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens massgebend. Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; 99 V 98).

Diese Voraussetzungen sind hinsichtlich der im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Berichte erfüllt, weshalb diese vorliegend berücksichtigt werden können.

Med. pract. P.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik K.\_\_\_\_, nannte mit Bericht vom

19. Mai 2020 (Urk. 3/4) als schlafmedizinische Diagnose eine leichte Schlafapnoe mit Tagesmüdigkeit/

Tagesschläfrigkeit. In der nächtlichen Polygraphie, die mit Nachtschlaf-EEG durchgeführt worden sei, habe sich eine leichte Schlafapnoe mit Apnoe-/Hypopnoe-Index 11 (Norm bis 5) gezeigt. Das EEG habe diskrete Verlangsamungsherde links und rechts temporal und keine epilepsietypischen Potentiale

gezeigt. Bei der vorliegenden Konstellation, insbesondere mit erheblicher Tagesmüdigkeit und Schläfrigkeit, sei eine probatorische CPAP-Therapie zu empfehlen. 4.15

Dr. Y.\_\_\_\_

führte mit Bericht vom 22. Mai 2020 (Urk. 3/3/1) aus, die Beschwerdegegnerin gehe immer nur von Zahlen aus, nun aber berufe sie sich auf eine arbiträre Einteilung von leicht, mittelschwer und schwer, wobei natürlich selbstverständlich für diese Beurteilung ein Cut-Off Wert gemacht werden müsse. Ob nun aber ein Reifen platt oder platter sei, komme tatsächlich darauf an. Wenn man auf den Felgen fahre, sei die Sicherheit des Fahrens definitiv nicht mehr gegeben, welche bei einem noch nicht ganz luftleeren Reifen je nach Zustand der Strasse durchaus noch machbar sei. Somit sei es müssig zu diskutieren, ob es einen Unterschied mache, ob man 78 Punkte oder 91 Punkte erreiche. In der Medizin werde eine Differenz von 10 % als signifikant eingestuft. Dies sei offenbar bei der Beschwerdegegnerin nicht der Fall.

5.

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