

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00434 vom 29. Mai 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-05-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00434](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00434)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00434 du 29 mai 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00434 del 29 maggio 2020

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1980, Mutter einer 2011 geborenen Tochter, meldete sich unter Hinweis auf psychische Beschwerden, Epilepsie, eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sowie ein Suchtleiden am 11. Juni 2018 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/12). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation (unter anderem mit einer Potentialerhebung, vgl. Urk. 7/24, einem Belastbarkeitstraining, vgl. Urk. 7/33, sowie einer Haushaltsabklärung, Urk. 7/71) ab und holte bei der Z.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten ein, welches am 8. Oktober 2019 erstattet wurde (Urk. 7/52 = Urk. 7/80 = Urk. 3/5). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/73; Urk. 7/81) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 29. Mai 2020 einen Rentenanspruch (Urk. 7/85 = Urk. 2).

### E. 1.1

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

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409

E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

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

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

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

### **E. 1.3**

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).

### **E. 2**

oben).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 30. Juli 2020 unter Verweis auf ihre Akten die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Dies wurde der Beschwerdeführerin am 10. August 2020 zur Kenntnis gebracht (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, gestützt auf die medizinische Einschätzung lasse der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin Eingliederungsmassnahmen zu, mit dem Ziel, eine volle Arbeitsfähigkeit zu erreichen. Die Beschwerdeführerin fühle sich indes – entgegen der medizinischen Aktenlage – nicht in der Lage, an beruflichen Massnahmen teilzunehmen. Gemäss dem Grundsatz «Eingliederung vor Rente» bestehe ein Rentenanspruch so lange nicht, als von Eingliederungsmassnahmen eine rentenbeeinflussende Änderung erwartet werden könne (S. 1 f.).

### **E. 2.2**

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt (Urk. 1), die Z.\_\_\_\_-Gutachter seien von falschen Sachverhaltsannahmen ausgegangen und das Gutachten sei voller Widersprüche. Die Beschwerdegegnerin habe es zudem unterlassen, die Behandler zu kontaktieren (S. 8 Ziff.

#### **E. 2.2.1**

mit weiteren Hinweisen). Eine Invalidenrente soll also erst und nur dann zugesprochen werden, wenn die Möglichkeiten ausgeschöpft sind, welche Eingliederungsmassnahmen zur Verbesserung der gesundheitsbedingt beeinträchtigten Erwerbsfähigkeit bieten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_187/2015 vom 20. Mai 2015 E. 3.2.1, vgl. auch Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rz 1 zu Art. 1a und Rz 7 zu Art. 28). Je nach Ergebnis der Gesundheitsabklärung ist daher nicht auszuschliessen, dass die Beschwerdeführerin (erneut) Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen hat, zumal auch die Ärzte des Z.\_\_\_\_-Gutachtens darauf hinwiesen, dass eine steigerbare Arbeitsfähigkeit bei schrittweise geführter beruflicher Integration bestehe (vgl. vorstehend E. 3).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt in medizinischer und erwerblicher Hinsicht genügend abgeklärt und – falls dies zu bejahen wäre – einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin gestützt auf die getätigten Abklärungen zu Recht verneint hat. 3. 3.1

Der die Beschwerdeführerin seit Oktober 2014 behandelnde Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in seinem Bericht vom 21. August 2018 (Urk. 7/20) die folgenden Diagnosen: - Grand Mal Epilepsie mit generalisierten Krampfanfällen und Myoklonien, unter 2 g Keppra stabil, aber erhebliche myopathische, neuralgiforme Schmerzen im Schulter-Oberarm-Bereich, weitgehend therapierefraktär - rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.4); Differentialdiagnose bipolare affektive Störung (ICD-10 F31) - Anpassungsstörung Angst und Depression gemischt (ICD-10 F43.22) - ADHS (ICD-10 F9.0) - nicht näher bezeichnete organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (als mögliche Folge zahlreicher Grand Mal Anfälle und Intoxikationen; ICD-10 F07.9) - Politoxikomanie

phasisch (C2, Kokain, MDMA u.a. Partydrogen; ICD-10 F19) - Abhängigkeitssyndrom; zurzeit total abstinent, regelmässige Teilnahme Narcotic

anonymus (ICD-10 F10.2) - emotional instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.3)  
Bei der Beschwerdeführerin spielten so viele Faktoren ineinander, dass es auch für einen erfahrenen Fachmann (er verfüge sowohl über eine fundierte neurologische als auch psychiatrische Ausbildung) sehr schwierig sei, eine hierarchische Gewichtung der verschiedenen Faktoren vorzunehmen (generalisierte Epilepsie, schwere, häufige, invalidisierende Migräneanfälle mit Prodromen, extreme muskuläre Verspannungen im Schulter-Arm-Bereich, zyklische affektive depressive Störung, schwere Anpassungsstörung seit der Adoleszenz, möglicherweise durch emotionale Deprivation durch langen Auslandsaufenthalt der Eltern ausgelöst, ein seit Kindheit bestehendes, behandlungsbedürftiges ADHS, eine über Jahre exzessiv wenn auch phasisch

gelebte Politoxikomanie, seit dem 1. Dezember 2016 totalabstinent, emotionale Labilität und schnelle Alltagsüberforderung, Impulskontrollstörung). Die Kombination von Grand Mal Epilepsie, ADHS, depressive r Affektpsychose, häufigen Migräneattacken, nebenwirkungsreicher Medikation sowie die organischen Langzeitfolgen von Grand Mal-Anfällen und die Suchtannahese seien fraglos eine grosse Belastung für die Beschwerdeführerin (Urk. 7/20/7). Es bestehe weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/20 Ziff. 1.3). Bei gelungener beruflicher Integration sei eine gute Prognose zur Arbeitsfähigkeit zu stellen (Urk. 7/20 Ziff. 2.7).

### 3.2

Med. pract. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte in seinem Bericht vom 15. September 2018 (Urk. 7/23) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5): - ADHS seit Kindheit/Jugend, aktuell unter medikamentöser Therapie - Epilepsie, wahrscheinlich generalisiert mit Myoklonien und nächtlichen tonisch-klonischen Anfällen; Differentialdiagnose: fokale, frontale Epilepsie mit Myoklonien und sekundär generalisierten Anfällen, Erstdiagnose 1993 - Angst und rezidivierende depressive Störung seit 2015 - komplexe Schmerzsymptomatik, wahrscheinlich im Rahmen der beiden vorgenannten Diagnosen, aktuell weniger im Vordergrund - Status nach Polytoxikomanie, Suchtverhalten seit Jugend, seit 1. Dezember 2016 vollständig drogenfrei Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen Eisenmangel, Haarausfall sowie einen Status nach Carpaltunnelsyndrom (CTS) -Operation beidseits und einen Status nach Verdacht auf ein zervikoradikuläres Schmerzsyndrom C6/7 rechts 2016 (Ziff. 2.6).

Er führte aus, die Epilepsie und das ADHS seien aktuell medikamentös recht gut eingestellt. Erfreulicherweise sei die Beschwerdeführerin mit ambulanter therapeutischer Unterstützung und durch ihre hohe Motivation seit Dezember 2016 vollständig drogenfrei (Ziff. 2.2). Es bestehe eine verminderte Belastbarkeit bei langjähriger Krankheitsentwicklung eines komplexen neurologisch-psychiatrisch-psychosozialen Krankheitsbildes mit zum Teil gegenseitiger Wechselwirkung und Verstärkung der Symptomatik. Es bestehe eine Verunsicherung in Bezug auf das Selbstverständnis von «Gesundsein» und das Vertrauen in den eigenen Körper. Die alten «Coping»-Strategien mit den Suchtmitteln müssten durch andere ersetzt werden. Die hohen Selbstansprüche verbunden mit ihrer Gewissenhaftigkeit und der kurzfristig hohen Leistungsfähigkeit führten immer wieder zu Überforderungssituationen mit emotionalen Krisen bei

diesbezüglich noch unzureichender Stabilisation (Ziff. 3.4). Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf (Ziff. 1.3; Ziff. 3.1) , und in einer angepassten Tätigkeit seien aktuell 2-3 Stunden zumutbar (Ziff. 4.2) , wobei entscheidend eine vorsichtige, schrittweise Reintegration mit Schutz vor Überforderung durch die eigenen hohen Ansprüche sei. Diesfalls erachte er in geeigneter Tätigkeit die Prognose als gut (Ziff. 2.7). 3.3

Am 6. Januar 2019 berichtete Dr. A.\_\_\_\_ der IV-Steller erneut über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin (Urk. 7/34). Er verwies hinsichtlich Diagnose auf seinen Bericht vom 21. August 2018 (vgl. vorstehend E. 3.1), ergänzt um Migräne (Ziff. 1.2) , und führte aus, dass er schon in seinem Bericht vom 21. August klar dargelegt habe, dass es sich beim Belastungstest zur beruflichen Reintegration um ein Experiment mit ungewissem Ausgang handle. Aufgrund der erheblichen Komorbidität bei langjährigen neurologischen (instabile Grand Mal Epilepsie und häufige, klassische Migräneattacken) und psychiatrischen Erkrankungen (ADHS, Panikerkrankung, zyklische Depressionen) sei die Berechtigung zu einer ganzen Invalidenrente ab März 2017 vollumfänglich gegeben. Die Belastungstests seien mehr auf Drängen der Beschwerdeführerin erfolgt, um auch ihr die Möglichkeit zu geben, in geschütztem Rahmen die Grenzen ihrer Belastbarkeit auszuloten. Dabei habe sich klar gezeigt, dass schon bei minimaler Arbeitsbelastung von drei Stunden pro Tag erhebliche neurologische und psychiatrische Symptome im Sinne einer deutlichen Verschlechterung gegenüber dem Vorzustand ohne Berufstätigkeit aufgetreten seien, weshalb das Belastbarkeitstraining am 6. Dezember 2018 abgebrochen werden musste, um die Gesundheit der Beschwerdeführerin nicht noch mehr zu gefährden (Urk. 7/34/4 oben).

Anamnestisch zeige sich, dass die Beschwerdeführerin zwei Hochschulstudien aus Krankheitsgründen habe abbrechen müssen, zu keinem Zeitpunkt eine vollzeitige Berufstätigkeit ausgeübt habe und unzählige mehrwöchige Krankschreibungen während dieser Zeit notwendig gewesen seien . Die Beschwerdeführerin sei seit mehr als zwei Jahren völlig drogen- und alkoholabstinent (Urk. 7/34/4 unten).

Aufgrund von schweren langjährigen neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen mit erheblicher Komorbidität sei der Beschwerdeführerin eine ganze Invalidenrente zuzusprechen (Urk. 7/34/5). 3.4

Mit Verlaufsbericht vom 14. Januar 2019 (Urk. 7/35) nannte med. pract . B.\_\_\_\_ die gleichen Diagnosen wie in seinem früheren Bericht (vgl. vorstehend E. 3.2) und hielt fest, das Belastbarkeitstraining in einem Blumenladen habe trotz hoher Motivation der Beschwerdeführerin am 6. Dezember 2018 wegen Überlastung und damit wieder zunehmenden neuropsychiatrischen Symptomen (Verstärkung der Myoklonien, Migräne, depressive Erschöpfungszustände mit Schlafstörungen, Ängsten, somatoforme Schmerzzustände) abgebrochen werden müssen (Ziff. 1.3). Es habe sich gezeigt, dass aktuell auch eine Belastung mit 2-3 Stunden pro Tag zu einer Destabilisierung der Gesamtsituation führe (Ziff. 3.3). Weiterhin sei die Beschwerdeführerin vollständig arbeitsunfähig (Ziff. 2.1). 3.5

Die Gutachter der Z.\_\_\_\_

erstatteten am 8. Oktober 2019 (Urk. 7/54 S. 1-35 ) im Auftrag der Beschwerdegegnerin ein polydisziplinäres Gutachten, welches unterzeichnet wurde von pract . med. C.\_\_\_\_ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Allgemeine Innere Medizin, Dr. phil. D.\_\_\_\_ ,

PhD , Fachärztin für Neuropsychologie , und Dr. med. E.\_\_\_\_ , MSc , Facharzt für Neurologie (S. 2).

Die Gutachter stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 11 ff. ) und ihre am 4., 8. und 20. Juli 2019 erhobenen neurologischen (S. 16 ff.), internistischen und psychiatrischen (S. 36 ff.) sowie neuropsychologischen (Urk. 7/54/61-73) Befunde. In ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung nannten sie folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 7 Ziff. 4.2): - leichte neurokognitive Erkrankung mit/bei - mitbedingt durch antiepileptische Medikation ( Levetiracetam ) bzw. Epilepsie-Syndrom - bei Zustand nach multiplem Substanz - und Alkoholmissbrauch (abstinent in ambulanter Umgebung) - Epilepsie unklarer Ätiologie - Semiologie: Myoklonien und Grand Mal-Anfälle - am ehesten generalisierte Epilepsie mit Myoklonien und nächtlichen tonisch-klonischen Anfällen; Differentialdiagnose: fokale frontale Epilepsie mit Myoklonien und sekundär generalisierten Anfällen - Medikation mit Levetiracetam - Magnetresonanztomographie (MRI) Schädel vom 13. Juli 2000: regelrechte Darstellung der Hirnstrukturen - Migräne mit und ohne Aura

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter einen Zustand nach CTS-Operation beidseits, ein unklares Schmerzsyndrom der linken Körperseite, psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch (IC-10 F10.24) ohne pathologische Wertigkeit sowie psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotropen Substanzen (ICD-10 F19.20), gegenwärtig abstinent seit 2016 (S. 7 Ziff. 4.2).

In der Konsensbeurteilung führten die Gutachter aus, bekannt und medizinisch belegt sei eine während 20 Jahren bestehende Alkohol- und Drogenabhängigkeit (unter anderem Cannabis, Amphetamine, Kokain, Pilze, LSD), von denen eine Abstinenz seit Dezember 2016 angegeben werde.

In der aktuellen Begutachtung sei der neurologische Untersuchungsbefund somatisch unauffällig. Zwischenzeitlich träten besonders am Nachmittag und Abend Myoklonien auf, welche Auswirkungen auf berufliche Einsatzmöglichkeiten besonders mit feinmotorischem Fokus, aber auch betreffend die Einsatzzeiten hätten (S. 5 oben).

In der psychiatrischen Abklärung habe auch bei sorgfältiger Erhebung nur ein früheres Suchtverhalten und ein weiterhin regelmässiger Alkoholkonsum abgeleitet werden können. Die angegebene Einnahme von Medikamenten finde nicht konstant statt. Das klinische Zustandsbild könne in gutachterlicher Situation zu keiner Störung auf dem psychiatrischen Fachgebiet eingeordnet werden. Aus heutiger Sicht werde ein ADHS ausgeschlossen. Die Beschwerdeführerin habe in der Kindheit keine Auffälligkeiten gezeigt, welche zu dieser Diagnose passten. Die schulischen Anforderungen seien ihr leicht gefallen und die Absolvierung der Maturität gelungen. Ein Bericht der F.\_\_\_\_, in welcher die Diagnose angeblich abgeklärt und bestätigt worden sei, liege nicht vor. Die jetzt von der Beschwerdeführerin genannten Defizite in kognitiven Anforderungen im Alltag möchten bei früher dokumentierter Diagnose naheliegender wirken. Es könne aber auch eine Sucht-Folgeerscheinung sein, was dem Gesamtbild näher komme (S. 5 Mitte). Merkmale für eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) fehlten. Die in den Unterlagen erwähnte rezidivierende depressive Störung (Differentialdiagnose: bipolare affektive Störung, Anpassungsstörung Angst und Depression gemischt) könne aufgrund der

heutigen Beurteilung nicht unterstützt werden. Es seien keine Anhaltspunkte aufgezeigt worden auf eine affektive Störung, insbesondere nicht auf Ängste. Ausserdem sei Methylphenidat bei Angstzuständen sowie bipolarer Störung kontraindiziert. Mögliche in der Vergangenheit erlebte Depressionen seien vor allem auf den regelmässigen Konsum von Alkohol und anderen psychotropen Substanzen zurückzuführen (S. 5 unten). Wesensveränderungen, die aufgrund der langjährigen Behandlung mit Antiepileptika entstanden seien, seien nicht feststellbar (S. 6 oben).

In der neuropsychologischen Begutachtung sei die Beschwerdeführerin zu guten Leistungen fähig gewesen, sicherlich auch dank einer sehr guten Grundintelligenz. Dass die neurokognitiven Leistungen möglicherweise im Niveau etwas abgenommen hätten und auch von der Beschwerdeführerin im Alltag bemerkt worden seien, sei nicht auszuschliessen. Dies könne viele Gründe haben, auch einen Einfluss von Medikation, Leistungsabfall durch früheren Konsum verschiedener Substanzen und die Tagesform. Die Ergebnisse deuteten auf eine leichte neuropsychologische Funktionseinschränkung hin und liessen nach sorgfältigem und intensivem Konsensgespräch eine funktionelle Beeinträchtigung medizinisch begründen (S. 6 oben).

Hinsichtlich Arbeitsfähigkeit bestehe seit dem 27. August 2018 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und eine solche von 60 % in einer angepassten Tätigkeit, welche steigerbar seien (S. 8 Ziff. 4.7 f.; Ziff. 4.10). Auf grund der neurologisch-neuropsychologischen Befunde werde eine schrittweise geführte berufliche Integration empfohlen (S. 8 Ziff. 4.9).

Funktionelle Auswirkungen stellten die Myoklonien dar, welche vor allem im späteren Tagesverlauf auftraten, weshalb späte Arbeitszeiten vermieden werden sollten. Ebenso seien Tätigkeiten mit besonderen manuellen feinmotorischen Aufgaben oder solche, bei welchen es zur Beschädigung von Gegenständen kommen könnte (Myoklonien), ungünstig. Auch sei aufgrund des früheren Drogenkonsums der Kontakt mit Suchtkranken nicht geeignet (S. 7 Ziff. 4.3). Hinsichtlich relevanter Persönlichkeitsaspekte würden die Laborbefunde die von der Beschwerdeführerin gemachten Schilderungen relativieren (S. 7 Ziff. 4.4). Zwar verfüge die Beschwerdeführerin über ausgeprägte Ressourcen im Bereich Sozialkompetenz, was berufliche Möglichkeiten eröffne, andererseits sei der weitergeführte, regelmässige

Alkoholkonsum ein Belastungsfaktor (S. 7 Ziff. 4.5). Nicht alle Aussagen der Beschwerdeführerin seien schlüssig und nachvollziehbar. Als Inkonsistenzen seien die gemachten Angaben in Sachen Einnahme von Medikamenten und Abstinenz von Alkohol zu benennen. Das Medikament Concerta, über dessen Wirkung die Beschwerdeführerin grundsätzlich glaubwürdig erzählt habe, werde vermutlich nicht konstant eingenommen. Ein regelmässiger Alkoholkonsum werde labortechnisch ebenfalls bestätigt (nicht im pathologischen Bereich), dies entgegen der Aussage der Beschwerdeführerin (S. 8 Ziff. 4.6). 3.6

Mit Stellungnahme vom 1. November (Urk. 7/72 S. 4 f.) und Ergänzung vom 2. Dezember 2019 (Urk. 7/72 S.

**E. 5**

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 13

#### **E. 7**

V 57). Die Kosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis

IVG sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Damit erweist sich das

Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Prozessführung (Urk. 1 S. 2)

als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 29. Mai 2020 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste - 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 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 Der Gerichtsschreiber Mosimann Brühwiler

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