

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00516 vom 7. Juli 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-07-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00516

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00516 du 7 juillet 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00516 del 7 luglio 2022

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 1.3

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

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

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

E. 1.4

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

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). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt so mit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 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; Urteil des Bundesgerichts 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je 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). Da bei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter

lit. f IVV auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauf folgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

E. 1.5

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

mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

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

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 1.6

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. 1.7

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 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. 3.3.2).

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).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den präzisgemässen 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). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

E. 1.8

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).

Bei ungenügenden Abklärungen durch den Versicherungsträger holt die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten ein, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachterlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Die betreffende Beschwerdeerhebung erfolgt alsdann vor der – anschliessend reformatorisch entscheidenden – Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an den Versicherungsträger bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1, 137 V 210 E. 4.4.1.4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_354/2020 vom 8. September 2020 E. 2.1) . 2.

E. 2

Die Versicherte erhob am 1. September 2021 Beschwerde gegen die Verfügung vom 30. Juni 2021 (Urk. 2) und beantragte, diese sei teilweise aufzuheben und es sei ihr spätestens ab Dezember 2020 eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventuell sei die Streitsache für weitere Abklärungen (insbesondere eine Begutachtung) an die IV-Stelle zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 7. Oktober 2021 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 11. Oktober 2021 (Urk. 7) zur Kenntnis gebracht wurde.

Mit Beschluss vom 3. Mai 2022 (Urk. 8) wurde der Beschwerdeführerin die Gelegenheit eingeräumt, um zu der vom Gericht in Aussicht gestellten Rückweisung und damit verbundenen möglichen Schlechterstellung (reformatio in peius) Stellung zu nehmen oder die Beschwerde zurückzuziehen. Am 27. Mai 2022 reichte die Beschwerdeführerin ihre Stellungnahme ein und hielt an der Beschwerde fest (Urk. 10). Dies wurde der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 7. Juni 2022 (Urk. 11) zur Kenntnis gebracht. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung fest, gestützt auf die erfolgten Abklärungen sei der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit als selbständige Nageldesignerin von Oktober 2016 bis November 2018 nicht zumutbar gewesen. Sie sei vollständig arbeitsunfähig gewesen. Da die IV-Anmeldung erst im Februar 2019 eingegangen sei, sei für den Rentenanspruch indessen lediglich die Zeitdauer ab August 2019 ausschlaggebend. Ab November 2018 könne die Beschwerdeführerin ihre bisherige sowie eine angepasste Tätigkeit noch zu 50 % ausüben. Somit entspreche die Arbeitsunfähigkeit dem Invaliditätsgrad, womit ab August 2019 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente bestehe (vgl. Urk. 2 S. 3).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf den Standpunkt, der RAD-Beurteilung könne nicht gefolgt werden. Anhand der im Einwandverfahren eingereichten Berichte von Dr. med. Y.____ und Dr. med. G.____

habe sich gezeigt, dass sich ihr Gesundheitszustand massgeblich verschlechtert habe und sie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit täglich bloss noch zwei bis drei Stunden arbeiten könne. Somit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 70 bis 80 % . Da sie in der aktuellen Tätigkeit optimal eingegliedert sei, bestehe in einer angepassten Tätigkeit keine höhere Arbeitsfähigkeit. Die neuropsychologische Testung , welche den verschlechterten Gesundheitszustand belege,

sei im September 2020 erfolgt . Sie habe daher spätestens ab Dezember 2020 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente . Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihren Gesundheitszustand aufgrund der berechtigten Zweifel an den RAD-Ausführungen umfassend abzuklären und ein psychiatrisch-neuropsychologisches Gutachten einzuholen (vgl. Urk. 1 S. 2, S. 5 ff.).

E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung der Beschwerdeführerin vom 7. Februar 2019 (Urk. 6/58) eingetreten, weshalb es zu prüfen gilt, ob und in welchem Ausmass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der rentenabweisenden Verfügung vom 16. Juni 2011 (Urk. 6/50) verändert haben (vorstehend E. 1.4). Dabei ist insbesondere umstritten, ob der Beschwerdeführerin infolge eines verschlechterten Gesundheitszustandes ab Dezember 2020 eine höhere Invalidenrente als die zugesprochene zusteht. 3. 3.1

Die rentenabweisende Verfügung vom 16. Juni 2011 (Urk. 6/50) basierte in medizinischer Hinsicht auf folgenden , wesentlichen Berichten: 3.2

Mit Bericht vom 6. April 2010 (Urk. 6/34 /6-8) erwähnte

Dr. med. A.____ , Facharzt für Chirurgie sowie für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Oberarzt, Spital B.____ , als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Kniearthrose rechts vom 22. Februar 2010 mit Ruptur des proximalen vorderen Kreuzbandes sowie mit Ruptur des medialen Kollateralbandes und kleinster Impression des dorsalen lateralen Tibiaplateaus mit

deutlichem Bone

bruise (S. 1
Ziff. 1.1). Die Entwicklung der Stabilität des rechten Kniegelenks müsse unter intensiver Physiotherapie abgewartet werden. Bei guter Stabilität im Verlauf könne die konservative

Therapie abgeschlossen werden. Sollte das Instabilitätsgefühl störend persistieren, müsse ein operatives Vorgehen besprochen werden (S. 2

Ziff. 1.4). Die Festlegung der Arbeitsunfähigkeit erfolge durch den Hausarzt (S. 2

Ziff. 1.6). Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht noch zumutbar. Bei Erreichen einer guten Stabilität sei keine weitere Einschränkung mehr zu erwarten (S. 2

Ziff. 1.7). 3.3

Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte mit Bericht vom 28. Juli 2010 (Urk. 6/33) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 5

Ziff. 1.1): - chronisches thorakospondylogenes Syndrom mit muskulärer Dysbalance, leichter Wirbelsäulen (WS)- Fehlförmigkeit und Skoliose - reaktive, depressive Verstimmung - Status nach komplexer, traumatischer Knieverletzung rechts mit Ruptur des proximalen vorderen Kreuzbandes und Ruptur des medialen Kollateralligamentes und kleiner Impressionsfraktur am Tibiaplateau

Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte er eine Hypothyreose (S.

5 Ziff. 1.1). Die Beschwerdeführerin habe am 22. Februar 2

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.2

RAD-Ärztin Dr. J.____ hat die Beschwerdeführerin nicht persönlich untersucht, sondern eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen. Dabei stellt sich die Frage, weshalb die von ihr erwähnte «stabile» rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit darstellt (vgl.

Urk. 6/95 S. 4). Auch kann sie sich für ihre Einschätzung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auf keine verlässliche Beurteilung aus ärztlicher Sicht stützen. Anlässlich der neuropsychologischen und verhaltensneurologischen Untersuchung durch Lic. phil. G.____ und Dr. H.____ konnte die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht quantifiziert werden (vorstehend E. 4.4). Soweit Dr. I.____

als Internist eine angepasste Tätigkeit als zu vier Stunden pro Tag zumutbar erachtete (vorstehend E. 4.5, E. 4.7), wurde dies nicht fachärztlich festgestellt. Die Beurteilung durch Dr. H.____, wonach eine angepasste Tätigkeit schätzungsweise zu 8 Stunden mit vielen Pausen möglich, aufgrund des beruflichen Profils indessen das Fortführen der bisherigen Tätigkeit in reduziertem Pensum sinnvoller sei (vorstehend E. 4.6, E. 4.8), erscheint ungenau und erfolgte ohne Erstellung eines Belastungsprofils. Dr. Y.____ erachtete die Arbeitsfähigkeit zwar als deutlich eingeschränkt, konnte sich jedoch ebenfalls nicht auf einen konkreten Prozentsatz festlegen (vorstehend E. 5.4). Die Aussage von Dr. G.____, wonach eine angepasste Tätigkeit nicht erforderlich sei, da die Beschwerdeführerin mit reduziertem Pensum in ihrer angestammten Tätigkeit arbeiten könne (vorstehend E. 5.5), entspricht sodann keiner Einschätzung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus medizinisch-theoretischer Sicht.

Schliesslich haben sich weder die behandelnden Ärzte noch der RAD zu den Standardindikatoren bei diagnostiziertem organischen Psychosyndrom (ICD-10 F07.2) und Depressionen geäussert. 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 (vorstehend E. 1.5).

Kognitive Defizite müssen nachvollziehbar und überzeugend durch ein medizinisch-diagnostisch fassbares Leiden mit Krankheitswert erklärbar sein, das mit Blick auf Schweregrad, Dauer und Intensität zugleich als eine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Krankheit im gesetzlichen Sinne gelten kann (Urteil des Bundesgerichts 9C_231/2016 vom 1. Juni

2016 E. 2.2.2).

Die RAD-Beurteilung durch

Dr. J. ___ kann sich demnach nicht auf eine schlüssige und nachvollziehbare Aktenlage stützen, womit Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen und folglich nicht darauf abgestellt werden kann (vorstehend E. 1.7). Die übrigen aktenkundigen Arztberichte erlauben – wie soeben aufgezeigt – keine abschliessende Beurteilung des Rentenanspruchs.

E. 6.3

Zusammenfassend erweist sich die vorliegende Aktenlage für eine abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs in Bezug auf den medizinischen Sachverhalt als unzulänglich. Es kann nicht überprüft werden, ob und in welchem Ausmass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der rentenabweisenden Verfügung vom 16. Juni 2010

E. 8

(ATSG) sind.

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

E. 010

beim Skifahren ein schweres Knie-Distorsions-Trauma rechts erlitten. Die Verletzung sei konservativ behandelt worden und die Behandlung habe zwischenzeitlich mit erträglichen Restbeschwerden abgeschlossen werden können. Es komme sicherlich zu einer Defektheilung, welche sich ebenso wie die Wirbelsäulenveränderung nachteilig auf die Erwerbstätigkeit als Servicefachangestellte auswirken werde. Eine berufliche Neuorientierung erscheine längerfristig unumgänglich (S. 6 Ziff. 1.4). Die Beschwerdeführerin sei in der bisherigen Tätigkeit als Servicefachangestellte vom 22. Februar bis 18. Juli 2010 vollständig arbeitsunfähig gewesen (S. 6 Ziff. 1.6). Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht längerfristig kaum noch zu mutbar (S. 7 Ziff. 1.7). 3.4

Dr. med. D. ___, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, nannte mit Bericht vom 18. November 2010 (Urk. 6/44/11-12) folgende Diagnosen (S. 1): - Status nach Knie-Distorsion rechts am 22. Februar 2010 mit partieller Ruptur des vorderen Kreuzbandes und Ruptur des medialen Kollateralbandes des Kniegelenks; - erneutem Sturz mit

Kniekontusion rechts am 17. Oktober 2010 - keinen neuen intraartikulären Läsionen (Magnetresonanztomographie, MRI, Knie vom 16. November 2010) - myofaszielles, teil neurogenes thoracic outlet syndrom mit/bei: - chronischem thorakospondylogenem Syndrom links seit Dezember 2006 - Differentialdiagnose (DD): sulcus

ulnaris Syndrom links - Knick- und Senkfüsse beidseits, linksbetont mit Überlastungs-Tendinitis der Tibialis

posterior Sehne links - Morton- Neurinom

distales Interphalan geal gelenk (Dig .) III/IV links

Das MRI des Knies zeige keine Hinweise für eine erneute Binnenläsion . Die Befunde seien unverändert zum Vorbefund nach Distorsion vom 22. Februar 2010. In der Nachkontrolle vom 17. November

2010 habe sich eine deutliche Besserung gezeigt und die Beschwerdeführerin sei wieder beschwerdearm gewesen. Die chronische thorakospondylogene Symptomatik zeige seit mehreren Monaten eine Exazerbation. Bei sehr guter Beweglichkeit der Halswirbelsäule (HWS) , un auffälligem Röntgenbild der HWS und unauffälligem Befund des MRI der Brust wirbelsäule (BWS) sei eine zervikoradikuläre Symptomatik C8 äusserst unwahrscheinlich. Die Senk- und Knick füsse beidseits würden zu einer Überbelastung führen, weshalb ein medial unterstützender Spezialschuh mit Abrollhilfe getragen werden sollte. Das Morton- Neurinom

Dig . III und IV links sei bereits mehrmalig infiltriert und zeige die Tendenz zum Rezidiv, weshalb eine Operation empfohlen werde (S. 2). 3.5

Mit RAD-Stellungnahme vom 2. März 2011 erachtete Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, die vorhandenen Arztberichte als plausibel. Demnach habe aufgrund der neu aufgetretenen Knieverletzung vom 22. Februar bis 18. Juli 2010 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Servicefachangestellte bestanden. Auch wenn sich die Arbeitsfähigkeit danach wieder gebessert habe, sei diese Tätigkeit auf Dauer nicht optimal. Tätigkeiten mit Heben, Tragen und Transportieren von Lasten, mit Ersteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten, in kniender oder kniebeugender Körperhaltung sowie überwiegende Geh- und Stehbelastung sollten vermieden werden. Eine überwiegend sitzend ausgeübte, angepasste Tätigkeit mit leichter Wechselbelastung sei dagegen ganztags zumutbar (Urk. 6/46 S. 4). 4. 4.1

Seither sind die folgenden ,

wesentlichen ,

medizinischen Berichte zu den Akten genommen worden: 4.2

Die Ärzte des Universitätsspitals F.____ informierten mit Austrittsbericht vom 22. November 2016 (Urk. 6/64/53-55) über die notfallmässige Behandlung der Beschwerdeführerin und stellten die folgenden

- hier gekürzt aufgeführten - Diagnosen (S. 1 f.): - schweres Schädelhirntrauma vom 24. Oktober 2016 mit/bei: - klinisch: Anosmie, Wortfindungsstörungen - cCT : parenchymatöse Blutung links temporopolar sowie frontobasal links, subarachnoidale Blutung links frontal. Lineare Fraktur des Os Okzipitale links mit Ausdehnung bis in die Sutura

Lamboidea und inferior bis an den Condylus

occipitalis - MRI: vorbekannte Blutungen wie im cCT , keine Diffusionsrestriktionen, ansonsten keine pathologischen Kontrastmittelanreicherungen, Raumforderung des Sinus frontalis rechts am ehesten (a.e .)

Osetom entsprechend - Adipositas Grad III - obstruktives Schlafapnoesyndrom - substituierte Hypothyreose - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10 F33.1)

Die Beschwerdeführerin sei notfallmässig durch den Hausarzt zugewiesen worden aufgrund neu diagnostizierten intrakraniellen Blutungen. Die Beschwerdeführerin sei vor einem Monat im Urlaub auf Lanzarote alkoholisiert nachts wahrscheinlich zirka zehn Treppenstufen gestürzt mit Kopfanprall am Hinterkopf. Sie sei bewusstlos von ihrer Tochter aufgefunden worden. In der Bildgebung hätten sich ältere intrakranielle Blutungen ohne Hinweis auf eine frische Einblutung gezeigt, weshalb keine neurochirurgische Behandlungsindikation bestehe (S. 2 f.). 4.3

Das am 19. Februar 2018 erfolgte MRI des Schädels ergab traumabedingte

Gliosen , Enzephalomalazie und Hämosiderinablagerungen

frontobasal beidseits, temporopolar links und frontopolar links. Es zeigte sich keine inzwischen neu aufgetretene intrakranielle Hämorrhagie und kein anderer pathologischer Prozess (vgl. Bericht vom 19. Februar 2018, Urk. 6/67/15). 4.4

Am 21. November 2018 erfolgte eine neuropsychologische und verhaltensneurologische Untersuchung durch lic. phil. G.____ , Neuropsychologin/Psychologin FSP, und Dr. med. H.____ , Facharzt für Neurologie. Mit Bericht vom 22. November 2018 (Urk. 6/67/11-14) wurde eine leichte bis mittel schwere Störung mit bifrontalem und frontotemporalem Ausfallsmuster (vordergründig Störungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Exekutivfunktionen und Mnestic , zudem affektive und Verhaltensauffälligkeiten) im Rahmen eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma (ICD-10 F07.2) diagnostiziert. Angesichts der erhobenen Befunde erstaunte es nicht, dass die Beschwerdeführerin Schwierigkeiten am Arbeitsplatz aufweise. Diese seien schwierig beziehungsweise vom Schreibtisch aus nicht zu quantifizieren und müssten im praktischen Berufsalltag getestet werden. Eine Verhaltenstherapie wäre zu evaluieren (S. 3 f.). 4.5

Mit Bericht vom 28. Mai

2019 (Urk. 6/65/1-7) nannte Dr. med. I.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte er eine substituierte Hypothyreose (S. 4 Ziff. 2.5-2.6). Es bestünden leichte bis mittelschwere kognitive Defizite, affektive und Verhaltensauffälligkeiten (S. 5 Ziff. 3.4). Die bisherige Tätigkeit sei zweimal zwei Stunden pro Tag zumutbar. Eine angepasste Tätigkeit sei vier Stunden pro Tag zumutbar (S. 6 Ziff. 4.1-4.2). 4.6

Dr. H.____

informierte mit Schreiben vom 9. Juni 2019 (Urk. 6/67/1-2) dar über,

dass die Beschwerdeführerin am 24. Oktober 2016 einen Unfall mit Schädelhirntrauma erlitten habe. In der neuropsychologischen Untersuchung vom 21. November 2018 sei eine leichte bis mittelschwere Störung im Rahmen eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma diagnostiziert worden, was zu einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit

von 50 % geführt habe. Aufgrund des bis herigen Verlaufes ohne erkennbare Besserung sei von einem Endzustand auszu gehen. Das Fortführen der bisherigen Tätigkeit (Naildesignerin) in reduziertem Pensum sei aufgrund des beruflichen Profils sinnvoller als eine angepasste Tätigkeit in einem eventuell höheren Pensum (falls überhaupt möglich, S. 1 f.) .

4.7

Am 19. Mai 2020 berichtete Dr. I.____ über einen stationären Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin. Es ergäben sich keine veränderten Befunde. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen sowie einer angepassten Tätigkeit sei unverändert (Urk. 6/80 S. 2 Ziff. 1.1, Ziff. 1.3, Ziff. 2.1). 4.8

Mit Bericht vom 19. Juli 2020 (Urk. 6/83/1-2) informierte Dr. H.____ über einen insgesamt stationären Gesundheitszustand. Die arbeitseinschränkende neuropsychologische Störungen im Rahmen eines organischen Psychosyndroms seien im Wesentlichen unverändert. Die Beschwerdeführerin sei in der bisherigen Tätigkeit als Naildesignerin schätzungsweise zu vier Stunden pro Tag mit vielen Pausen arbeitsfähig. In einer angepassten Tätigkeit bestehe schätzungsweise eine Arbeitsfähigkeit von acht Stunden pro Tag mit vielen Pausen, wobei je nach Tätigkeit eine verminderte Leistung (Rendement) zu erwarten sei. Sie sei schätzungsweise zu 50 % (bei vollem Pensum) arbeitsfähig (S. 1 Ziff. 1.1, Ziff. 1.3, Ziff. 2.1-2.2). 4.9

Mit RAD-Stellungnahme vom 22. Oktober 2020 nannte

Dr. med. J.____, Fachärztin für Neurologie, einen Status nach schwerem Schädelhirntrauma vom 24. Oktober 2016 sowie eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung im Rahmen eines organischen Psychosyndroms (ICD-10 F07.2) als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte sie eine stabilisierte Migräne, eine substituierte Schilddrüsenunterfunktion, eine Adipositas Grad III sowie ein obstruktives Schlafapnoesyndrom und eine stabile rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1). Es bestehe eine eingeschränkte Konzentration und mentale Belastbarkeit, eine rasche Erschöpfung und eine Geruchsstörung. Die bisherige Tätigkeit entspreche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einer angepassten Tätigkeit. Die Beschwerdeführerin sei vom 24. Oktober 2016 bis 21. November 2018 in jeglicher Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig gewesen. Seit dem 22. November 2018 bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen sowie einer angepassten Tätigkeit. Eine Verbesserung sei im Verlauf sehr unwahrscheinlich. In der Bildung seien mehrere Gehirnblutungen sowie eine Schädelfraktur am Hinterkopf nachgewiesen worden. Seither lägen klinisch unverändert eine rasche Erschöpfbarkeit und kognitive Defizite vor. Anlässlich einer zwei Jahre nach dem Unfall erfolgten neuropsychologischen Untersuchung sei eine leichte bis mittelschwere Störung im Rahmen eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma (ICD-10 F07.2) diagnostiziert worden. Das MRI des Schädels vom Februar 2018 habe eine traumabedingte Gehirnveränderung nach stattgehabter Gehirnblutung ergeben. Die Lokalisation sei mit dem diagnostizierten Psychosyndrom vereinbar. Da die kognitiven Defizite noch zwei Jahre nach erfolgtem Schädelhirntrauma hätten objektiviert werden können, sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem Endzustand auszugehen. Somit könne der Einschätzung von Dr. H.____ vom 19. Juli 2020 gefolgt werden. Entsprechend der Begutachtungsleitlinie sei bei einer leichten bis mittelschweren neuropsychologischen

Störung eine Arbeitsunfähigkeit von 30 bis 50 % ausgewiesen, womit der Einschätzung von Dr. I.____ vom Mai 2019 und Mai 2020 einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen sowie einer angepassten Tätigkeit gefolgt werden könne. Der durch Dr. H.____ höher attestierten Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer angepassten Tätigkeit könne aufgrund der vorliegenden chronischen Erkrankung und unter Berücksichtigung der Begutachtungsleitlinie nicht gefolgt werden. Es sei von einem dauerhaften Gesundheitsschaden auszugehen. Eine vorzeitige Neubeurteilung sei nicht erforderlich (Urk. 6/95 S. 4 ff.). 5. 5.1

Im Rahmen des Einwandverfahrens sind die folgenden medizinischen Berichte eingegangen: 5.2

Die Beschwerdeführerin war vom 6. bis 9. Dezember 2019 in der Psychiatrischen Universitätsklinik K.____ stationär hospitalisiert. Mit Austrittsbericht vom 16. Dezember 2019 (Urk. 6/101/8-13) nannten die Ärzte die folgenden – hier gekürzt aufgeführten – Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) - organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma im Oktober 2016, leichte bis mittelschwere Störung mit bifrontalem und frontotemporalem Ausfallmuster (ICD-10 F07.2) - Selbstschädigung in der Eigenanamnese (ICD-10 Z91.8) - Status nach intestinalem Bypass oder intestinaler Anastomose (ICD-10 Z98.0) - substituierte Hypothyreose - Status nach Schädelhirntrauma am 24. Oktober 2016 - Adipositas Grad III - obstruktives Schlafapnoesyndrom

Der Eintritt sei freiwillig erfolgt infolge Selbstgefährdung vor dem Hintergrund einer neu aufgetretenen Belastungssituation sowie einem bekannten organischen Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (S. 2). Nachdem die Beschwerdeführerin drei Tage auf der Station verbracht habe, habe sie von einer kompletten Remission der Symptomatik, insbesondere der Lebensüberdrußgedanken, berichtet. Sie habe daher ausdrücklich den Austritt gewünscht. Es werde eine Nachbehandlung durch das Home Treatment initiiert (S. 4). 5.3

Vom 10. bis 20. Dezember

2019 wurde die Beschwerdeführerin in der Psychiatrischen Universitätsklinik K.____ zur Unterstützung bei Rückkehr in die Häuslichkeit nach mehrtätiger Hospitalisierung bei Exazerbation depressiver Symptome ambulant behandelt (vgl. Austrittsbericht vom 15. Januar 2020, Urk. 6/101/14-17). Die Beschwerdeführerin habe sich nach Eintritt affektiv ausgeglichen sowie stabil gezeigt und habe die Rückkehr in die Häuslichkeit als stimmungshebend erachtet. Die 50%ige Tätigkeit als Nageldesignerin habe sie wiederaufgenommen. Der Austritt sei in das bestehende hausärztliche Behandlungsverhältnis erfolgt (S. 3). 5.4

Mit Bericht vom 16. Oktober 2020 (Urk. 6/101/18-19) nannte Dr. med. MSc ETH Y.____, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen (S. 1): - attentionale und exekutive Defizite bei Status nach Schädelhirntrauma am 24. Oktober 2016 (ICD-10 F06.8) mit/bei: - MRI Schädel (2018): traumabedingte

Gliosen, Enzephalomalazie und Hämosiderinablagerungen

frontobasal beidseits, temporopolar links und frontopolar links - Neuropsychologie (September 2020): mittelgradige neuropsychologische Störung mit deutlichen Minderleistungen bei der Aufmerksamkeit und den exekutiven Funktionen - psychophysiologische Aufmerksamkeitsdiagnostik mittels qEEG/ERP (September 2020):

verminderte Alertness , Neuromarker für eine verminderte reaktive kognitive Kontrolle und eine limbische Überaktivierung, verstärkte Signaldetektion und verstärkte Orientierungsreaktion - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4)

Die von der Beschwerdeführerin beklagten und bereits durch den Voruntersucher beschriebenen attentionalen Defizite würden sich sowohl in der neuropsychologischen als auch in der psychophysiologischen Diagnostik objektivieren lassen. Zudem fänden sich exekutive Defizite. Das Gedächtnis sei sowohl für verbale als auch figurale Inhalte normal, sodass eine zusätzliche neurodegenerative Erkrankung unwahrscheinlich sei. In der psychophysiologischen Diagnostik fänden sich zudem Neuromarker für eine limbische Überaktivierung, welche typisch bei Ängsten, Depressionen und Traumatisierungen aufträten . Aus neuropsychiatrischer Sicht sei nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin aufgrund des Schädelhirntraumas mit Kontusionsblutungen die deutlichen attentionalen und exekutiven Defizite aufweise und , dass die Arbeitsfähigkeit deutlich eingeschränkt sei, wobei kein konkreter Prozentsatz festgelegt werden könne (S. 2). 5.5

Dr. med. G.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, gab mit Bericht vom 4. März 2021 (Urk. 6/101/1-7) an, dass sie die Beschwerdeführerin seit dem 12. Januar 2021 behandle (S. 2 Ziff. 1.1) , und als Diagnosen mit Auswirkung en auf die Arbeitsfähigkeit eine organische gemischte affektive Störung (ICD-10 F06.33) nach am 24. Oktober 2016 erlittenem Schädelhirntrauma mit attentionalen und exekutiven Defiziten sowie eine seit dem Jahr 2002 bestehende Allergie gegen Acryl und säurehaltigen Primer stellen könne. Als Diagnose ohne Auswirkung en auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine psychische Verhaltensstörung durch Alkohol und Nikotin, gegenwärtig abstinente (ICD-

E. 10

F10.20 und F17.20). Die Prognose sei beim bisherigen Pensum von 50 % ungünstig (S. 4 Ziff. 2.5-2.7). Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin zu zwei bis drei Stunden pro Tag zumutbar. Eine angepasste Tätigkeit sei nicht erforderlich. Die Beschwerdeführerin könne mit reduziertem Pensum in ihrer angestammten Tätigkeit arbeiten (S. 6 Ziff. 4.1-4.2). 5.6

Mit RAD-Stellungnahme vom 30. März 2021 hielt Dr. J.____ hinsichtlich des durch Dr. G.____ erstellten Berichtes fest, dass kein medizinisches Attest mit Nachweis einer Allergie gegen Acryl und säurehaltigen Primer vorliege. Da die Allergie seit dem Jahr 2002 bestehen solle, bleibe unklar, wieso sich die Beschwerdeführerin trotz besserem Wissen diesen Noxen im Rahmen einer Selbständigkeit ausgesetzt habe und dabei auch noch wirtschaftlich erfolgreich gewesen sei. Die Diagnose einer Allergie sei nicht plausibel, weshalb ihr nicht gefolgt werden könne . Hinsichtlich der Depression sei festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin bereits seit dem 14. Lebensjahr und somit vor dem im Jahr 2016 erlittenen Schädelhirntrauma unter rezidivierend depressiven Episoden leide. Es bestehe seit 15 Jahren eine antidepressive Therapie mit Citalopram. Aufgrund des fehlenden direkten zeitlichen Zusammenhangs sei die Diagnose einer organisch gemischten affektiven Störung nach Schädelhirntrauma (ICD-10 F06.33) daher wenig plausibel. Die durch die Ärzte der Psychiatrischen Universitätsklinik K.____

gestellte Diagnose von rezidivierend depressiven Episoden seit der Jugend (ICD-10 F33.0) sei hingegen plausibel . Gemäss dem durch Dr. Y.____ erstellten Bericht habe sich im September 2020 eine mittelgradige neuropsychologische Störung gezeigt. Entsprechend der

Begutachtungsleitlinie könne bei einer solchen eine 50%ige Arbeit sunfähigkeit angenommen werden, was bereits in der RAD-Stellungnahme vom 22. Oktober 2020 berücksichtigt worden sei. Es lägen keine neuen Diagnosen oder neue dauerhafte Funktionsein-schränkungen vor. Es handle sich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts. An der RAD-Stellungnahme vom 22. Oktober 2020 könne festgehalten werden (Urk. 6/114 S. 2 f.). 6.6.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich bei der verfügten Rentenzusprache auf die RAD-Stellungnahme von Dr. J. _____

(vorstehend E. 4.9, E. 5.6). Diese vermag in dessen nicht zu überzeugen.

E. 011

(Urk. 6/50) verändert haben. Dementsprechend ist die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese nach erneuter rechtskonformer Abklärung eine neue Beurteilung vornehme und über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

7.7.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV Leistungen 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. 7.2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung sowohl für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57; vgl. auch BGE 141 V 281 E. 11.1 mit Hinweis), weshalb die vertretene Beschwerdeführer in Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Diese ist gemäss Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 GSVGer – ohne Rücksicht auf den Streitwert – nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen.

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Bemessungskriterien ist die Prozessentschädigung vorliegend beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich MWSt) auf Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 30. Juni 2021 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- 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. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Mark A. Glavas -
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 Bundesge
setzes 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 5. Juli bis und mit 1
5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu
stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel
und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der
angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizu legen,
soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons
Zürich Die VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin Grieder-MartensMeierhans

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