

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00066 vom 8. Juni 2022**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-06-08, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2022.00066](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00066)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00066 du 8 juin 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00066 del 8 giugno 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1970, war ab 1. Juli 2017 als Aussendienstmitarbeiterin bei der Y.\_\_\_\_ GmbH tätig (Urk. 6/19). Im August 2017 wurde bei ihr ein Brustkrebs diagnostiziert (Urk. 6/5, Urk. 6/23). Am 7. Februar 2018 meldete sie sich unter Hinweis auf diese Erkrankung bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug (berufliche Integration, Invalidenrente) an (Urk. 6/11). Diese tätige erwerbliche und medizinische Abklärungen, zog (wiederholt) die Akten des Krankentaggeldversicherers bei und veranlasste das polydisziplinäre (Allgemeine Innere Medizin/Neurologie/Gynäkologie/Neuropsychologie/Psychiatrie) Gutachten der Z.\_\_\_\_ AG, MEDAS A.\_\_\_\_, vom

#### **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 nach folgend 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**

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) anderer seits - 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 Bundes gerichts 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 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).

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. 1.4**

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 her stellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

### **E. 1.5**

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen.

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je mit Hinweisen). 2.

## **E. 2**

Dagegen liess X.\_\_\_\_ mit Eingabe vom 31. Januar 2022 Beschwerde erheben und beantragen, ihr seien die gesetzlichen Leistungen zu gewähren, insbesondere Rentenleistungen (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 7. März 2022 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was der Beschwerdeführer in zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7, vgl. auch Urk. 8-10). Mit Eingabe vom 20. Juni 2022 liess sich die Beschwerdeführerin nochmals verlauten (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erklärte zur Begründung ihres Entscheids im Wesentlichen (Urk. 2), aus dem Z.\_\_\_\_-Gutachten ergebe sich, dass die Beschwerdeführerin unter einer leichtgradigen depressiven Episode leide. Eine solche sei per Definition nicht invalidisierend. Die Krebserkrankung habe nur vorübergehend eine Arbeitsunfähigkeit ausgelöst. Das Leistungsbegehren sei deshalb abzuweisen.

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin liess dagegen im Wesentlichen einwenden (Urk. 1), das Z.\_\_\_\_-Gutachten sei nicht beweiskräftig. Es sei unter Verletzung der Zuteilungsvorschriften zustande gekommen.

Im Gutachten werde aufgrund einer leichtgradigen depressiven Episode eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit von 20 % attestiert. Eine Indikatorenprüfung enthalte es jedoch nicht und genüge daher schon deshalb den bundesgerichtlichen Anforderungen nicht. Sie, die Beschwerdeführerin, leide an einer persistierenden Erschöpfungssymptomatik. Die Ärzte des Universitätsspitals B.\_\_\_\_ hätten die Diagnose einer Cancer-related

Fatigue gestellt. Mit dieser auf der Hand liegenden Diagnose hätten sich die Z.\_\_\_\_-Gutachter nicht beziehungsweise nicht hinreichend auseinandergesetzt. Bei der Begutachtung sei kein Onkologe beteiligt gewesen, was aber notwendig gewesen wäre. Im Weiteren sei sie insbesondere mit Tamoxifen behandelt worden. Dieses Medikament verursache die Art von Einschränkungen und Beschwerden, unter welchen sie leide. Darauf werde im Gutachten nicht eingegangen. Schliesslich erweise sich die im Gutachten enthaltene Konsensbeurteilung als Farce, weil sie auch vom Neurochirurgen Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_ unterzeichnet worden sei, obschon dieser an der Begutachtung gar nicht mitgewirkt habe. Soweit der RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_ das Z.\_\_\_\_-Gutachten als beweismittelwertig beurteile, sei festzuhalten, dass ihm als Facharzt für Neurologie die hierfür notwendige Fachkompetenz abgehe. Aufgrund der Berichte der behandelnden Ärzte sei eine seit

August 2017 durchgehende volle Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. 3. 3.1

Die Ärzte des Universitätsspitals B.\_\_\_\_, Klinik für Gynäkologie, diagnostizierten im Bericht vom 11. August 2017 (1.) ein duktales Mammakarzinom rechts periareolär bei 2-3 Uhr (2.) eine paraurethrale

plattenepithele Zyste rechts posterior und (3.) einen Status nach vier Spontangeburt. Nach operativer Segmentresektion der Mamma rechts am 11. August 2017 wurde eine adjuvante Chemotherapie in die Wege geleitet (Urk. 6/21/18-19, vgl. auch Urk. 6/5/1). Eine Arbeitsunfähigkeit wurde bis auf Weiteres attestiert (vgl. Urk. 6/21/17, Urk. 6/21/19). 3.2

Die Ärzte des Universitätsspitals B.\_\_\_\_,

Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik, stellten im Bericht vom 13. April 2018 die Diagnose einer Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt bei onkologischer Erkrankung (ICD-10 F43.22). Sie führten aus,

ihnen sei die Beschwerdeführerin wegen Zukunftsängsten, Vertrauensverlust in den eigenen Körper und einer Belastung durch ein Fatigue-Syndrom zugewiesen worden. Die Beschwerdeführerin habe mit den Folgen der Erkrankung und den Therapien zu kämpfen. Sie klagte über Parästhesien an Händen und Füßen. Sie sei sehr müde, vergesse viel, habe Blackouts und könne sich schlecht konzentrieren.

Seit August habe sie kein Geschmackempfinden mehr. Die Ärzte bestätigten, dass sich im Rahmen der Exploration gelegentlich Gedächtnislücken (Blackouts) gezeigt hätten. Ansonsten sei das Denken formal und inhaltlich geordnet, die Aufmerksamkeit und Konzentration unauffällig gewesen. Zur diagnostischen Beurteilung erklärten sie, vor dem Hintergrund der onkologischen Erkrankung und des psychopathologischen Befunds lasse sich das affektive Zustandsbild im Zuge der Krankheitsverarbeitung als Anpassungsstörung mit Angst und Depression interpretieren (Urk. 6/34, vgl. auch Urk. 6/23). Im Bericht vom 29. September 2018 wiesen die nämlichen Ärzte darauf hin, dass die Konsultationen alle drei Monate stattfänden. Als Diagnosen nannten sie eine Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik (ICD-10 F43.22) sowie ein Fatigue-Syndrom. Sie bejahten eine Belastbarkeit für Wiedereingliederungsmassnahmen im Umfang von mindestens zwei Stunden pro Tag, konnten aber keine Aussagen zum genauen Umfang machen (Urk. 6/28). Im Bericht vom 19. Dezember 2018 präzisierten sie die gestellten Diagnosen insofern, als sie das Fatigue-Syndrom als Cancer-related

Fatigue qualifizierten (Urk. 6/41). 3.3

Die Ärzte des Universitätsspitals B.\_\_\_\_, Klinik für Gynäkologie, hielten im Bericht vom 30. Oktober 2018 ein Mammakarzinom (gemeint wohl: ein Status nach Mammakarzinom) eine Chemotherapie-assoziierte Fatigue, eine Polyneuropathie und eine Anpassungsstörung fest. Der Gesundheitszustand habe sich leicht gebessert. Die Kontrollen würden alle drei Monate stattfinden. Die Ärzte bescheinigten eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit, quantifizierten diese aber nicht (Urk. 6/31). Im Bericht vom 16. Juli 2019 erklärten sie, dass keine Anhaltspunkte für ein Rezidiv oder ein Zweitkarzinom bestünden. Aus gynäkologischer Sicht bestehe ein guter Verlauf. Eine Arbeitsaufnahme sei denkbar. Zum Umfang der Arbeitsfähigkeit äusserten sie sich indessen nicht (Urk. 6/56). 3.4

Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, diagnostizierte im Bericht vom 14. August 2019 ein Karpaltunnelsyndrom beidseits (Erstmanifestation 2018), eine leichte distal-symmetrische sensible PNP toxischer Genese (mit geringer Hypästhesie an Fingerspitzen und Zehen, nach Chemotherapie), einen Status nach Mammakarzinom rechts (Erstdiagnose 2017), eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion sowie eine Cancer-related

Fatigue (übernommene Diagnose) sowie kognitive Störungen mit Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, vermutlich im Rahmen einer Anpassungsstörung. Die Beschwerdeführerin gebe an, dass sie seit der Chemotherapie Taubheitsgefühle in den Händen und Füße habe. Die letzte Chemotherapie habe sie im April 2018 erhalten. Klinisch und neurographisch liessen sich die Beschwerden an den Händen eindeutig auf das Karpaltunnelsyndrom zurückführen mit Manifestation durch die chemotherapeutische Behandlung. Da die Beschwerdeführerin verspätet zum Termin erschienen sei, habe bei vermutlich vorliegende toxischer sensibler PNP keine Neurographie der Beinnerven durchgeführt werden können. Vor allem das Medikament Paclitaxel (Taxol) habe eine hohe neurotoxische Wirkung. Motorische Ausfälle der Beine seien nicht nachweisbar. Die von der Beschwerdeführerin geschilderten Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen seien am ehesten durch die Anpassungsstörung beziehungsweise eine depressive Entwicklung erklärbar (Urk. 6/64). 3.5

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 28. Oktober 2019 eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (F42.3), einen Verdacht auf eine Cancer-related

Fatigue, einen Status nach Mammakarzinom rechts, ein Karpaltunnelsyndrom beidseits, eine leichte distal-symmetrische PNP toxischer Genese und einen Verdacht auf kognitive Störung mit Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen (Differenzialdiagnose unklar). Er attestierte eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 80 % (Urk. 6/70). 3.6

Auf Zuweisung von Dr. E.\_\_\_\_ hin erfolgte bei Dr. med. G.\_\_\_\_, Verhaltensneurologin, und Lic. phil. H.\_\_\_\_, Neuropsychologin/Psychologin, am 29. November 2019 eine verhaltensneurologische-neuropsychologische Untersuchung. Diese ergab eine leicht- bis mittelgradige Funktionsstörung, die im Rahmen der vordiagnostizierten affektpathologischen Symptomatik sowie der Cancer-related

Fatigue als gut erklärbar beurteilt wurde. Differentialdiagnostisch wurde eine diskrete Befundaggravation durch die Fremdsprachigkeit als möglich erachtet. Aus rein neurokognitiver Sicht wurde eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 bis 50 % bescheinigt (Urk. 6/77). 3.7

Die Gutachter der Z.\_\_\_\_ AG nannten in ihrem Gutachten vom 21. September 2020 als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/94/11-12): • leichtgradig depressive Episode im Rahmen einer depressiven Entwicklung (ICD-10 F32.01)

Keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit massen sie folgenden Diagnosen zu: • zwei Schilddrüsenknoten links, Erstdiagnose 01/2018, FNP: benigne • Nikotinabusus, kum. 34 py • Spannungstyp kopfschmerzen • leichtes Carpal-tunnelsyndrom beidseits • Riechstörung, am ehesten Chemotherapie-bedingt • Duktales Mammakarzinom rechts periareolär bei 2-3 Uhr • 31. Juli 2017 Mammographie • Segmentresektion Mamma rechts bei 2h mittels periareoläre

Mastoplexie , onkoplastische Rekonstruktion und Sentinellymphonodektomie ( Dr. I.\_\_\_\_ ) am 9. August 2017 • 23. August 2017 PET-CT: in erster Linie postoperative Veränderung Mamma rechts sowie Serom axillar rechts nach Lymphknotenendissektion . Zwei nicht pathologisch vergrösserte, zum Teil schwach metabolische aktive Lymphknoten axilläres Level rechts I, DD post operativ , DD Metastasen möglich. Ansonsten kein Hinweis auf anderweitige Metastasen . • August 2017 bis Januar 2018 Chemotherapie mit 4xAC, 12xTaxol • Februar 2018 Start Femara • 5. März 201

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 8**

bis 9. Mai 2018 Perkutane adjuvante Radiotherapie der Mamma rechts • Fatigue -Symptomatik ( pharmakogen ) • Paraurethrale

p lattenepitheliale Zyste rechts posterior • MRI Becken vom 7. August 2017: Verdacht auf Urethraldivertikel rechts posterior , DD Gartner gang zyste • Biopsie paraurethral : keine Malignität • Status nach vier Spontangeburt • Belastungsinkontinenz • Descensus urogenitalis

Die internistische Gutachterin hielt fest, auf dem allgemein-internistischen Fachgebiet ergäben sich keine IV-relevanten Diagnosen oder entsprechende Funktionseinschränkungen . Die Tumorerkrankung selbst schein nach Angaben der Beschwerdeführerin und gemäss Akten rezidivfrei zu sein .

Die Beschwerdeführerin klagt über Geschmacks- und Riechstörungen, Ameisenlaufen in den Fingern und Zehen, Gelenkschmerzen, ein Carpal tunnel syndrom, psychische Störungen und Schlafstörungen. Ob die beklagte Beschwerdesymptomatik als Nebenwirkung der Chemotherapie, einer vielleicht etablierten Therapie mit einem Aromatasehemmer , eines in den Akten geäusserten Verdachts einer Cancer- related

Fatigue oder einer ebenfalls diskutierten depressiven Erkrankung zu interpretieren sei, sei nicht aus internistischer Sicht zu beurteilen ( Urk. 6/94/56-57).

Der neurologische Teilgutachter erklärte , dass die Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht voll arbeitsfähig sei. Was die Gefühlsstörungen an beiden Händen anbelange, hätten die bisherigen Abklärungen Hinweise auf ein leichtgradig ausgeprägtes Carpal tunnel syndrom ergeben. Die klinische Symptomatik sei jedoch aufgrund der ungenauen Angaben der Beschwerdeführer in nicht eindeutig zuordenbar. Möglich erscheine auch eine polyneuropathische Symptomatik aufgrund der Chemotherapie, obschon sich an den Füessen hierzu klinisch kein hinreichender Anhalt ergebe. Des Weiteren gebe die Beschwerdeführerin Riechstörungen an, was vor dem Hintergrund der Chemotherapie gut nachvollziehbar sei ( Urk. 6/94/73) .

Die gynäkologische Teilgutachterin attestierte der Beschwerdeführerin gestützt auf die Untersuchungsbefunde eine volle Arbeitsfähigkeit aus gynäkologischer Sicht, wies aber darauf hin, dass die Gedächtnisstörungen die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Aussendienstmitarbeiterin beeinträchtigen könnten ( Urk. 6/94/98).

Die neuropsychologische Teilgutachterin führte aus, im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung seien drei verschiedene Verfahren zur Beschwerdevalidierung durchgeführt worden. Auf dieser Grundlage seien wiederholt negative Antwortverzerrungen objektiviert worden. Das Leistungsverhalten sei daher als nicht authentisch zu werten und die Testergebnisse würden keine verwertbaren Aussagen

zur Überprüfung der kognitiven Funktionen liefern. Bei Vorliegen eines nicht authentischen Leistungsverhaltens sei das Ausmass der diagnostisch festgestellten Leistungseinbussen in Frage zu stellen. Folglich besitze auch die von lic .

phil. H. \_\_\_ und Dr. G. \_\_\_ durchgeführte neuropsychologische Untersuchung vom 29. November 2019 nur geringe Aussagekraft. Auf der Grundlage der eigenen Befunderhebung könne keine positive Aussage dazu gemacht werden, ob eine krankheitsbezogene kognitive Funktionsstörung vorliege. Einige der geltend gemachten Beschwerden liessen sich widerlegen. Positiv belegbar und überwiegend wahrscheinlich seien negative Antwortverzerrungen von Seiten der Beschwerdeführerin. Es sei zwar überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass eine krankheitswertige kognitive Störung vorhanden sei, aufgrund der eingeschränkten Mitwirkung der Beschwerdeführerin lasse sich jedoch das Ausmass des tatsächlichen Ausfallmusters nicht abschätzen ( Urk. 6/115-118).

Der psychiatrische Gutachter hielt fest, im Rahmen der Untersuchung habe sich keine Beeinträchtigung der Bewusstseinsklarheit gezeigt. Die Beschwerdeführerin sei in allen Qualitäten (Ort, Zeit, Person und Situation) voll orientiert gewesen . Sie habe die Aufmerksamkeit für die Dauer des Gesprächs durchgehend aufrecht erhalten können, dies bei subjektiv erlebter Konzentrationsminderung und Alltagsvergesslichkeit. Das Langzeitgedächtnis habe sich klinisch als unauffällig erwiesen. Die Beschwerdeführerin habe mit vernehmlicher Stimme gesprochen, deutlich artikuliert, mit leicht viskösem Redefluss. Die persönliche Geschichte habe sie nachfühlbar zum Ausdruck gebracht ( Urk. 6/94/139-140) . Als Hauptsymptom habe eine leichtgradig depressive Verstimmung (leicht gedrückte, ängstlich-besorgte Stimmung sowie eine vermehrte Erschöpfbarkeit im Sinne einer leichten Antriebsminderung) vorgelegen . Als sogenannte Zusatzsymptome seien ein vermindertes Selbstwertgefühl und Insuffizienzgefühle und als «somatische Symptome» eine leichte Antriebsminderung, Schlafstörungen sowie ein Morgentief erueierbar gewesen. Den Berichten des Universitätsspitals B. \_\_\_ ,

Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik , und des behandelnden Psychiaters Dr. F. \_\_\_ sei die Diagnose einer Anpassungsstörung zu entnehmen. Eine Anpassungsstörung sei definiert als eine leichtgradige, vorübergehende Störung. Aus rein psychiatrischer Sicht könne deshalb eine langandauernde volle Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollzogen werden. Angesichts des Zeitkriteriums sei nun zum Untersuchungzeitpunkt die Diagnose einer Anpassungsstörung nicht mehr zu stellen. Zu bevorzugen sei die Diagnose einer leichten depressiven Episode. Eine schwergradige depressive Symptomatik könne nicht festgestellt werden, Damit wäre auch das von der Beschwerdeführerin geschilderte Aktivitätsniveau (Tagesablauf) nicht in Einklang zu bringen ( Urk. 6/94/144). Das Ergebnis des neuropsychologischen Teilgutachtens lasse sich durch die vorliegende leichtgradige depressive Symptomatik nicht erklären. Aus psychiatrischer Sicht sei eine valide Beurteilung möglich ( Urk. 6/94/146). Aufgrund der leichtgradig depressiven Symptomatik sei von einer Leistungsminderung von 20 % bei

einer zumutbaren ganztägigen Präsenz auszugehen ( Urk. 6/94/148+150).

Die Gutachter attestierten in der Gesamtbeurteilung aufgrund der psychiatrischen Diagnose einer leichtgradigen depressiven Episode eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % in der angestammten Tätigkeit als Aussendienstmitarbeiterin sowie in einer Verweistätigkeit ( Urk. 6/94/14-15). Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit hielten sie fest, dass eine retrospektive Beurteilung schwierig sei. Die bescheinigte Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit habe ab dem Untersuchungsdatum, also ab August 2020 ( Urk. 6/94/5), die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit ab Januar 2018 Gültigkeit ( Urk. 6/94/15-16). Die Gutachter betonten jedoch, dass aufgrund der mangelnden Mitwirkung der Beschwerdeführerin im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung die Testergebnisse nicht verwertbar gewesen seien. Es habe deshalb nicht abschliessend abgeklärt werden können, ob allenfalls kognitive Defizite bestünden, die eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit zur Folge hätten ( Urk. 6/94/12+16). 3.8

Im (im Einwandverfahren eingereichten) Bericht vom 24. Februar 2021 diagnostizierten die Ärzte des Universitätsspitals B.\_\_\_\_, Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik, eine Cancer-related

Fatigue und eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1). Dazu hielten sie fest, bei der Beschwerdeführerin lasse sich seit 2018 mit dem Beginn der Chemotherapie eine persistierende Erschöpfungssymptomatik eruieren, begleitet von Schmerzen in den Händen und Füßen, ausgeprägten Sorgen und einer depressiven Symptomatik seit ein paar Monaten. Für das chronische Müdigkeitssyndrom beziehungsweise die Neurasthenie spräche die wiederkehrende körperliche Erschöpfung und damit verbunden die substantiell beeinträchtigte Fähigkeit, alltägliche, soziale, berufliche und private Angelegenheiten oder Aktivitäten zu absolvieren. Die Kriterien für ein Chronic

Fatigue Syndrom respektive eine myalgische

Enzephalomyelitis seien derzeit nicht hinreichend erfüllt. Das erstmalige Auftreten der Symptomatik im Rahmen der Chemotherapie, die substantielle Einschränkung im Alltag und die initiale Beurteilung im Erstgespräch vom 13. April 2018, anlässlich welchem die Kriterien für eine depressive Episode nicht als erfüllt gesehen worden seien, so dass die Fatigue nicht ausschliesslich durch eine psychische Störung habe erklärt werden können, sprächen am ehesten für eine Cancer-related

Fatigue. Dies indizierten auch die Auswertungsergebnisse im diagnostischen Interview nach Kiss. Zudem lasse sich nun nebenbefundlich eine mittelgradige depressive Episode feststellen. Im Rahmen der Befunderhebung wiesen die Ärzte unter anderem darauf hin, dass subjektiv Konzentrationsstörungen bestünden, erklärten aber gleichzeitig, dass in der Untersuchungssituation keine Hinweise für manifeste Auffassungs-, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen vorgelegen hätten. Zur Arbeitsfähigkeit hielten sie fest, dass die Konzentrationsstörungen und die Fatigue zu einer ausgeprägten Beeinträchtigung von Aktivitäten aus verschiedenen Fähigkeitsbereichen führten, so dass eine volle Arbeitsunfähigkeit für die früher ausgeübte Tätigkeit bestehe ( Urk. 6/105). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stütze ihren Entscheid im Wesentlichen auf das Gutachten der Z.\_\_\_\_ AG vom 21. September 2020 (E. 3.7 ; Urk. 6/94) und ging in Übereinstimmung mit dem Gutachten von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus. 4.2

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C\_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 mit Hinweisen).

Vorliegend bestehen keine Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens der Z. \_\_\_ AG vom 21. September 2020 sprächen. Vielmehr beruht das Gutachten auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen, wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander. Die Gutachter haben die medizinischen Zustände und Zusammenhänge zudem einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet (vgl. E. 1.5). Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, vermag nicht zu überzeugen. 4.3

Zunächst ist auf die formellen Rügen einzugehen. In diesem Zusammenhang macht die Beschwerdeführerin geltend, dass das Gutachten unter Verletzung der Zuteilungsvorschriften nach Art. 72 bis IVV zustande gekommen sei (Urk. 1 S.

### **E. 13**

u. 15). Diese Rüge ist unbegründet. Aus den Akten ist ersichtlich, dass die Vergabe des Gutachtens nach dem Zufallsprinzip erfolgte (Urk. 6/82-83). Daran ändert nichts, dass der zuständigen Sachbearbeiterin der Beschwerdegegnerin im Rahmen der Auftragserteilung insofern ein Fehler unterlief, als sie zunächst im System die Fachrichtung Neurochirurgie statt Neuropsychologie eingab, was dann im Nachhinein korrigiert werden musste (Urk. 6/87).

Die Beschwerdeführerin bemerkt richtig (Urk. 1 S. 13), dass die Konsensbeurteilung auch von Prof. Dr. med. C. \_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, unterzeichnet wurde, der an der Begutachtung gar nicht mitgewirkt hatte (Urk. 6/94/17). Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin vermag dieser Umstand das Gutachten nicht in Frage zu stellen, fanden doch die auf umfassender Untersuchung der Beschwerdeführerin fussenden und von den Untersuchern persönlich unterzeichneten Teilgutachten Eingang in die Konsensbeurteilung. Dass die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung und deren Ergebnis mit den Teilgutachten nicht in Übereinstimmung stünde, macht die Beschwerdeführerin denn zu recht nicht geltend. Eine fehlende Unterschrift - oder wie hier von einem nicht beteiligten Experten - vermag mithin unter diesen Umständen keinen Mangel zu begründen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_114/2017 vom 21. August 2018 E. 7.2.1).

Nicht gefolgt werden kann der Beschwerdeführer in sodann, soweit sie dem Gutachten die Beweiskraft abspricht, weil kein Onkologe beigezogen wurde (Urk. 1 S. 7 f.).

Rechtsprechungsgemäss entscheidet die Gutachterstelle auf Grund der konkreten Fragestellung und der erforderlichen Untersuchungen abschliessend darüber, welche Fachdisziplinen - neben den von der IV-Stelle gewünschten - im Einzelfall zu begutachten sind (BGE 139 V 349 E. 3.3., Urteil des Bundesgerichts 9C\_474/2013 vom 20. Februar 2014 E. 5.2.1). Vorliegend erfolgte die Begutachtung in den Disziplinen Innere Medizin, Neurologie, Gynäkologie, Neuropsychologie und Psychiatrie. Der RAD-Arzt Dr. D. \_\_\_

hielt dafür, es sei davon auszugehen, dass die gynäkologische Fachgutachterin die sich stellenden Diagnostik- und Therapiefragen eines Mammakarzinoms als onkologisches Geschehen umfassend beurteilen könne (Urk. 6/114/5). Dem ist beizupflichten.

Zum Gutachten wurde seitens der Beschwerdegegnerin von RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_ Stellung genommen (vgl.

Urk. 6/114) . Entgegen dem Einwand der Beschwerdeführerin begründet die Tatsache, dass Dr. D.\_\_\_\_ kein Facharzt für Psychiatrie respektive Gynäkologie, sondern für Neurologie ist, keinen Anlass, seine Stellungnahme in Frage zu stellen, ist ein Arzt doch unabhängig von seiner Fachrichtung grundsätzlich in der Lage, die Kohärenz des Berichts eines Kollegen zu beurteilen (Meyer/ Reichmuth , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, IVG, 3. Auflage, Zürich 2014, Art. 59 N 5 mit Verweis auf das Urteil des Bundesgerichts 9C\_149/2008 vom 27. Oktober 2008 E. 3.2; ferner: Urteil des Bundesgerichts 9C\_582/2020 vom 8. September 2021 E. 3.3). 4.4

Als massgebend für die gutachterlich attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % erweist sich die psychiatrische Diagnose einer leichtgradigen depressiven Episode im Rahmen einer depressiven Entwicklung. In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten moniert die Beschwerdeführerin, dass keine respektive keine hinreichende Indikatorenprüfung erfolgt sei (Urk. 1 S. 4 f.). Dieser Vorwurf trifft nicht zu. Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» legte der psychiatrische Gutachter dar, dass der Ausprägungsgrad der diagnoserelevanten Befunde im Untersuchungszeitpunkt als leichtgradig zu beurteilen sei. In Bezug auf einen Behandlungserfolg respektive -resistenz sei anzumerken, dass mit fortgeführter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung mittlerweile eine deutliche Besserung des depressiven Zustandsbilds erreicht worden sei. Angesichts des leichtgradig ausgeprägten psychischen Störungsbilds bestehe grundsätzlich eine Eingliederungsfähigkeit. Wesentliche Eingliederungshemmnisse lägen nicht vor. Es bestehe eine Komorbidität zwischen der somatischen Erkrankung und der leichten depressiven Störung. In Hinblick auf den Komplex «Persönlichkeit» sei zu bemerken, dass keine Persönlichkeitsstörung im engeren Sinne vorliege. Betreffend den sozialen Kontext bestünden keine schwerwiegenden Beeinträchtigungen. Aus der Schilderung der Beschwerdeführerin sei auf eine bloss leichte Beeinträchtigung im Tagesverlauf zu schliessen (Reisefähigkeit, regelmässige soziale Kontakte). Zur Kategorie «Konsistenz» führte der psychiatrische Gutachter aus, es zeige sich keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen, bei einerseits leichten Einschränkungen im privaten Bereich und einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit im beruflichen Umfeld. Anamnestisch finde sich ein relevanter Leidensdruck, was sich anhand der regelmässigen medizinischen Betreuung belegen lasse (Urk. 6/94/ 147- 148). Damit wurde den normativen Vorgaben (im Rahmen einer Indikatorenprüfung )

hinreichend Rechnung getragen und die funktionellen Auswirkungen respektive die attestierte Einschränkung von 20 % schlüssig begründet (vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

An dieser Stelle ist daran zu erinnern, dass eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren lässt . Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, was im Falle der Beschwerdeführerin bejaht wurde (Urk. 6/94/151), so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann (BGE 148 V 49 E. 6.2.2, 143 V 409 E. 4.5.2). Solches wurde vorliegend nachvollziehbar verneint. 4.5

Die behandelnden Ärzte des Universitätsspitals B.\_\_\_\_, Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik, stellten die Diagnose einer Cancer- Fatigue und attestierten im Bericht vom 24. Februar 2021 primär gestützt darauf eine volle Arbeitsunfähigkeit (E. 3.8 hiervor, Urk. 6/105). Darauf beruft sich die Beschwerdeführerin und macht geltend, mit dieser Diagnose hätten sich die Z.\_\_\_\_-Gutachter nicht auseinandergesetzt (Urk. 1 S. 6). Dazu ist festzuhalten, dass die Gutachter die Diagnose einer Fatigue -Symptomatik (pharmakogen) stellten (Urk. 6/94/12). Damit interpretierten sie die Symptomatik als eine Nebenwirkung der Medikamente. Zu einem vergleichbaren Schluss waren die Ärzte des

Universitätsspitals B.\_\_\_\_, Klinik für Gynäkologie, gelangt, die von einer Chemotherapie-assoziierten

Fatigue sprachen (E. 3.3, Urk. 6/56). Es trifft jedoch zu, dass im Gutachten die Diagnose einer Cancer-related

Fatigue nicht diskutiert wurde. Allerdings setzten sich die Gutachter sehr wohl mit der Müdigkeit respektive der körperlichen Erschöpfung, mit welchen Symptomen die Ärzte des Universitätsspitals B.\_\_\_\_, Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik, ihre Diagnose einer Cancer-related

Fatigue begründeten, auseinander.

Es besteht grundsätzlich keine Korrelation zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit (BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 195). Vielmehr ergibt sich letztere aus den vorhandenen - objektivierten oder plausibilisierten - Funktionseinschränkungen (vgl. BGE 140 V 290 E. 3.3.1; Urteil des Bundesgerichts 9C\_474/2017 vom 4. Oktober 2017 E. 4.1). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Gutachter die geklagten Funktionseinschränkungen, soweit feststellbar, diagnostisch der leichtgradigen depressiven Episode zuordneten (Urk. 9/94/140+144) und gestützt auf den von ihnen erhobenen Befund eine Arbeitsfähigkeit von 80% annahmen. Der Bericht des

Universitätsspitals B.\_\_\_\_,

Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik, vom 24. Februar 2021 (Urk. 6/105)

vermag diese Beurteilung nicht in Zweifel zu ziehen. Für die darin attestierte volle Arbeitsunfähigkeit sind primär die von der Beschwerdeführerin geklagten Konzentrationsstörungen massgebend. In der Untersuchung vermochten die Klinikärzte jedoch, wie übrigens die anderen Ärzte auch, keine Hinweise für manifeste Auffassungs-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen finden. Ihre Einschätzung beruht damit weitgehend auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin. In diesem Zusammenhang fällt ins Gewicht, dass die kognitiven Ressourcen respektive Defizite der Beschwerdeführerin im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung

aufgrund mangelnder Leistungsbereitschaft nicht hinreichend eruierbar waren. Es war der Beschwerdeführerin trotz der von ihr geklagten Erschöpfungssymptomatik gegenteils möglich, die Belastbarkeit und Daueraufmerksamkeit während der Untersuchung über 3 ¼ Stunden hinweg aufrecht zu erhalten (Urk. 6/94/113). 4.6

Soweit die Beschwerdeführerin die von ihr geltend gemachten Beschwerden und Einschränkungen der Leistungsfähigkeit mit dem Medikament Tamoxifen begründet (Urk. 1 S. 10 u. S. 12), übersieht sie, dass dieses Medikament vier bis zwei Wochen vor der Begutachtung abgesetzt worden war (Urk. 6/94/69, Urk. 6/94/91). Auch im Bericht des

Universitätsspitals B.\_\_\_\_ ,

Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik , vom 24. Februar 2021 ist dieses Medikament nicht mehr aufgelistet ( Urk. 6/105/2). Hingegen wird im Bericht de s

Universitätsspitals B.\_\_\_\_ , Klinik für Gynäkologie, vom 20. Mai 2022 – bei im Wesentlichen unveränderten Befunden – die Abgabe von Tamoxifen erwähnt ( Urk. 12), was darauf schliessen lässt, dass im weiteren Verlauf dieses Medikament wieder verabreicht wurde. Der gynäkologischen Z.\_\_\_\_ - Gutachterin war bekannt, dass die Beschwerdeführerin das Medikament Tamoxifen eingenommen respektive später wieder abgesetzt hatte ( Urk. 6/94/91). Die Z.\_\_\_\_ -Gutachter - wie auch die Ärzte des Universitätsspitals B.\_\_\_\_ , Klinik für Gynäkologie - gingen von einer Medikamenten-assoziierten

Fatigue aus, ohne jedoch konkret einen Zusammenhang zum Medikament Tamoxifen herzustellen. Massgebend ist indessen , dass die Gutachter dieser Fatigue

alleine keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit be i massen ( Urk. 6/94/12 ) , sondern wie bereits dargelegt, im Rahmen der depressiven Erkrankung berücksichtigten (E. 4.5) . Diese fachärztliche Einschätzung vermag die Beschwerdeführerin ( respektive ihr Rechtsvertreter) mit ihren Ausführungen, die sie als Laie zu diesem Thema macht ( Urk. 1 S. 10 ff.) , nicht in Zweifel zu ziehen. 4.7

Zusammenfassend ist somit gestützt auf das Gutachten der Z.\_\_\_\_ AG vom 21. September 2020 von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Diese Einschätzung hat in Bezug auf eine Verweistätigkeit ab Januar 2018 und in Bezug auf die bisherige Tätigkeit ab August 2020 Bestand (E. 3.7 am Ende) . Es ist zwar nicht auszuschliessen, dass aus neuropsychologischer Sicht eine krankheitswertige Symptomatik besteht, die allenfalls eine weitergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet. Aufgrund der Aggravation und den gezeigten Inkonsistenzen im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung liess sich ein erhebliches krankheitsmässiges Geschehen nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit feststellen . Diese Beweislosigkeit geht zu Lasten der Beschwerdeführerin (vgl. BGE 138 V 218 E. 6 ; Urteil

des Bundesgerichts 9C\_659/2017 vom 20. September 2018 E. 4.4). 5. 5.1

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3, 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2, 128 V 174). 5.2 5.2.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen) . Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der

Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1). 5.2.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen einkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (vgl. BGE 145 V 141 E. 5.2.1, 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1; vgl. auch Art. 26 Abs. 1 IVV).

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss LSE herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/ Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ aa -cc). 5.2.3

Sind indessen Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, er übrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn. Dies stellt keinen «Prozentvergleich» dar, sondern eine rein rechnerische Vereinfachung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_148/2017 vom 19. Juni 2017 E. 4 unter Hinweis auf Urteil 9C\_675/2016 vom 18. April 2017 E. 3.2.1). 5.3

Nachdem die Beschwerdeführerin im August 2017 arbeitsunfähig geworden war und sich im Februar 2018 zum Leistungsbezug angemeldet hat (Urk. 6/11), ist der frühestmögliche Rentenbeginn im August 2018 (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG, Art. 29 IVG).

Ab Januar 2018 bestand in einer Verweistätigkeit wieder eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, jedoch noch keine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit. Die Arbeitsfähigkeit in der

bisherigen Tätigkeit von 80 % ist ab August 2020 anzunehmen. Der Invaliditätsgrad ist bis zu diesem Zeitpunkt gestützt auf den allgemeinen Einkommensvergleich zu berechnen. Ab diesem Zeitpunkt entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn. 5.4

Im Rahmen des allgemeinen Einkommensvergleichs ist gestützt auf die Angaben der Arbeitgeberin von einem Valideneinkommen von Fr. 54'799.-- ( Fr. 4'500.-- x 12 x 108.2 : 109.8; unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung [Bundesamt für Statistik, Nominallohnindex, Frauen, Tabelle T1.2.10, Finanz- und Versicherungsdienstleistungen; Urk. 6/19/5) auszugehen.

Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens sind die Tabellenlöhne gemäss LSE heranzuziehen

(BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1), konkret auf die LSE 201 8. Gemäss Tabelle TA1 beläuft sich der Bruttolohn für Frauen beim Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten) auf der Basis des Totalwertes auf Fr. 4'371.--. In Berücksichtigung der im Jahr 2018 betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden (vgl. Bundesamt für Statistik, Tabelle T 03.02.03.01.04.01 Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, „Total“, Jahr 2018) resultiert ein Betrag von Fr. 54'681.-- ( Fr. 4'371.-- x 12 : 40 x 41.7). Entsprechend einer Arbeitsfähigkeit von 80 % ergibt dies Fr. 43'745.-- ( Fr. 54'681.-- : 100 x 80).

Anhaltspunkte dafür, dass die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur unterdurchschnittlich verwerten könnte, sind nicht aktenkundig und wurden denn beschwerdeweise auch nicht vorgetragen. Selbst wenn aber zugunsten der Beschwerdeführerin ein leidensbedingter Abzug von 10 % gewährt würde, resultierte ein massgebliches Invalideneinkommen von Fr. 39'371.-- und damit in Gegenüberstellung zum Valideneinkommen ein (rentenausschliessender) Invaliditätsgrad von 28 % . 5.5

Ab August 2020 ist der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit zu 80 % zumutbar. Da die Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit gegeben ist, rechtfertigt sich ein Abzug vom Tabellenlohn nicht. Damit entspricht der Grad der Arbeitsunfähigkeit dem Invaliditätsgrad, mithin 20 %. Diese Verbesserung ist ab Dezember 2020 zu berücksichtigen ( Art. 88a Abs. 1 IVV; vgl. Urteile des Bundesgerichts I 569/06 vom 20. November 2006 E. 3.3 und I 792/06 vom 26. September 2007 E. 8.2). 6.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass kein Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente besteht. Da spätestens ab August 2020 wieder eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit besteht, sind auch keine beruflichen Massnahmen angezeigt. Die Beschwerdeführerin machte denn auch keine konkreten Ausführungen dazu. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Kaspar Gehring -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter Beilage einer Kopie von  
Urk. 11 und Urk. 12 - 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 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,  
zuzustellen.

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 beizulegen,  
soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons  
Zürich Der VorsitzendeDer Gerichtsschreiber VogelSonderegger

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