

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00280 vom 27. März 2023**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-03-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2022.00280](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00280)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00280 du 27 mars 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00280 del 27 marzo 2023

## **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 der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz. 1008 des Kreisschreibens zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems, K S ÜB WE IV, gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs aufgrund der am 24. April 2020 erfolgten Anmeldung zum Leistungsbezug indes

bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fällt (Art. 29 Abs. 1 IVG), sind 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. 2**

Gegen die Verfügung vom 5. April 2022 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Daniel Christe, am 20. Mai 2022 Beschwerde mit dem Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Sache zur Durchführung ergänzender medizinischer Abklärungen und zum Neuentscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ( Urk. 1 S. 2 ). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 29. Juni 2022 auf Abweisung der Beschwerde ( Urk. 5). Letzteres wurde der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 1. Juli 2022 mitgeteilt ( Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung damit, dass die Beschwerdeführerin gemäss den medizinischen Abklärungen bei Ablauf der gesetzlichen Wartefrist im Dezember 2020 in ihrer bisherigen Tätigkeit als Filialleiterin, welche auch als eine leidensangepasste Tätigkeit erachtet werden könne, bis auf Weiteres zu 20 % arbeitsunfähig sei. Der Grad der Arbeitsunfähigkeit entspreche auch dem Invaliditätsgrad. Die Beschwerdeführerin sei bislang zu 80 % erwerbstätig gewesen. Die übrigen 20 % seien dem Haushaltsbereich und den Betreuungsaufgaben anzurechnen. Da es der Beschwerdeführerin zumutbar sei, die Haushaltsaufgaben etappenweise und mit Pausen zu erledigen, gehe sie nicht davon aus, dass im Haushaltsbereich relevante gesundheitliche Einschränkungen bestünden. Da der Invaliditätsgrad somit weniger als 40 % betrage, habe die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Invalidenrente ( Urk. 2 S. 2).

In der Beschwerdeantwort ergänzte die Beschwerdegegnerin, Dr. med. A. \_\_\_ vom Regionalärztlichen Dienst (RAD) sei am 16. Juli 2021 zur Einschätzung gelangt, das bidisziplinäre Gutachten vom 28. Juni 2021 erfülle die formalen Qualitätskriterien, sei nachvollziehbar und in seinen medizinischen Schlussfolgerungen plausibel. Es könne ihm gesamthaft gefolgt werden. Zudem sei die Begutachtung in Kenntnis sämtlicher Vorakten erfolgt und die Schlussfolgerungen seien ausführlich begründet. Die Diskrepanzen der gutachterlichen Resultate zu den Ergebnissen der neuropsychologischen Untersuchungen des Universitätsospitals B. \_\_\_ würden von den Gutachtern nachvollziehbar begründet, insbesondere mit den bisher unterbliebenen Symptomvalidierungen. Auch vermöge der Umstand, dass behandelnde Ärzte die Sachlage abweichend von den Experten einschätzen, keine Zweifel an der Expertise zu wecken. In Bezug auf die neuropsychologische Untersuchung betreffend die Fahreignungsabklärung der Beschwerdeführerin vom 10. Juni 2021 sei festzuhalten, dass lediglich Teiluntersuchungen durchgeführt worden seien, welche sich auf die für die Fahreignung relevanten Funktionen bezogen hätten. Es handle sich dabei um keine ausführliche neuropsychologische Untersuchung, die eine Beurteilung des Schweregrades einer kognitiven Störung ermögliche. Der Bericht der Rehaklinik vom 14. Oktober 2021 weise sodann keine neuen medizinischen Aspekte auf. Ein Validierungs

verfahren fehle ebenfalls. Insgesamt sei somit von einem beweiskräftigen Gutachten auszugehen, auf das abgestellt werden könne ( Urk. 5 S. 2).

## **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin brachte dagegen vor, die Beurteilung im neurologischen Gutachten stehe den Ergebnissen der neuropsychologischen Untersuchungen des Universitätsspitals B.\_\_\_\_ diametral entgegen. Der neurologische Gutachter führe dies in erster Linie auf die angeblichen Verdeutlichungs- beziehungsweise sogar Aggravationstendenzen zurück, welche mittels durchgeführtem Validierungsverfahren hätten nachgewiesen werden können. Über den Inhalt und die genaue Ausgestaltung dieses Validierungsverfahrens gebe das Gutachten indessen keine Auskunft, dessen Durchführung und Ergebnisse seien somit völlig intransparent. Zudem sei auch fraglich, ob ein derartiges Validierungsverfahren überhaupt zum neurologischen Fachgebiet gehöre. Naheliegender erscheine, dass solche Verfahren, wie im Übrigen ohnehin die von ihr gezeigte Symptomatik, in die Kompetenz eines neuropsychologischen Facharztes gehöre. Es seien somit erhebliche Zweifel angezeigt, ob im Rahmen des neurologischen Gutachtens die Symptomatik beweisgenügend habe abgeklärt werden können. Entsprechend könne auf das neurologische Gutachten nicht abgestellt werden ( Urk. 1 S. 7).

Sodann erscheine das Verdeutlichungsverhalten beziehungsweise die Aggravation in Berücksichtigung der Berichte des Universitätsspitals B.\_\_\_\_ über die dort durchgeführten neuropsychologischen Untersuchungen als nicht beweisgenügend erstellt. Vom Universitätsspital werde ihr ausnahmslos eine uneingeschränkte Kooperations- und Leistungsbereitschaft attestiert. Zudem hätten dort lediglich in Teilbereichen teils leichtere und teils schwerwiegendere Beeinträchtigungen eruiert werden können. Hätte sie absichtlich schlechte Testergebnisse erzielen wollen, so würden diese mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in allen Teilbereichen vorliegen. Überdies seien die drei Abklärungsberichte des Universitätsspitals in sich absolut konsistent. Der Annahme einer Verdeutlichungs- beziehungsweise Aggravationstendenz widerspreche zudem, dass die neuropsychologische Untersuchung vom 10. Juni 2021 im Hinblick auf die Abklärung der Fahreignung erfolgt sei. Sie fahre sehr gerne Auto und sei sicher nicht an einem schlechten Ergebnis interessiert gewesen. Aus neuropsychologischer Sicht sei am 7. Juli 2020 davon ausgegangen worden, dass es für die Aufnahme einer Arbeitstätigkeit zu früh sei. Seither habe sich an den neuropsychologischen Ergebnissen nichts Wesentliches verbessert. Es sei daher nach wie vor von einer wesentlichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit auszugehen ( Urk. 1 S. 7 f.).

Unklar sei sodann, ob sie zusätzlich aus psychischen Gründen in der Arbeitsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt sei. Der psychiatrische Gutachter habe dies verneint, was aufgrund der von ihm durchgeführten Untersuchung und der damals vorliegenden Berichte nachvollziehbar sei. Bemerkenswert sei jedoch, dass im Rahmen der stationären Behandlung vom 30. August bis 10. Oktober 2021 dann doch eine psychisch bedingte vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit bestätigt worden sei. Dies lasse darauf schliessen, dass die psychische Problematik zunächst aufgrund ihrer subjektiven Einstellung, wonach ihre Beschwerden grundsätzlich somatisch bedingt seien, verdeckt geblieben sei oder aber sich erst nach der psychiatrischen Begutachtung vom 16. Juni 2021 entwickelt habe. Auf jeden Fall hätte es sich aufgedrängt, den Austrittsbericht der Rehaklinik C.\_\_\_\_ einer gutachterlichen Würdigung zu unterziehen. Der psychische Gesundheitszustand erweise sich somit ebenfalls als ungenügend abgeklärt ( Urk. 1 S. 8 f.).

Zusammengefasst könne somit auf das bidisziplinäre Gutachten nicht abgestellt werden und es würden sich ergänzende Abklärungen insbesondere im neuropsychologischen, aber auch im psychiatrischen Bereich aufdrängen. Sodann sei bei der Qualifikation von einer 100%igen Erwerbstätigkeit auszugehen. Zwar habe der letzte Arbeitsvertrag lediglich ein 80 % - Pensum beinhaltet, sie habe aber regelmässig viele Überstunden geleistet. Zudem habe sie im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung angegeben, dass sie bis 2017 zu 100 % gearbeitet und ihr Pensum beschwerdebedingt gesenkt habe ( Urk. 1 S. 9).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente zu Recht verneint hat. 3.

#### **3.1**

Vom 18. bis am 23. Dezember 2019 war die Beschwerdeführerin aufgrund eines progredienten inzidentellen transitionellen Meningeoms WHO Grad I im Sulcus centralis rechts in der Klinik für Neurochirurgie des Universitätsspitals B.\_\_\_\_ hospitalisiert, wo am 19. Dezember 2019 eine Kraniotomie rechts fronto parietal und eine mikrochirurgische Tumorexstirpation durchgeführt wurde ( Urk. 6 /24/7). Die behandelnden Ärzte legten im Austrittsbericht vom 23. Dezember 2019 dar, die Operation sei komplikationsfrei erfolgt. Ein postoperativ durchgeführtes MRI des Gehirns habe eine vollständige Resektion des Meningeoms gezeigt. Am 22. Dezember 2019 sei es zu einer transienten sensorischen ( motorischen) Neurologie im Bereich der linken Körperseite gekommen. Der weitere postoperative Verlauf sei komplikationslos gewesen. In der klinisch-neurologischen Untersuchung hätten sich keine neuen fokalen neurologischen Defizite gezeigt, so dass die Beschwerdeführerin am 23. Dezember 2019 nach Hause habe austreten können ( Urk. 6 /24/9 f.). Sie attestierten der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für sechs Wochen und meldeten sie zu einer epileptologischen Diagnostik an ( Urk. 6 /24/8).

Vom 27. bis am 28. Dezember 2019 war die Beschwerdeführerin erneut in der Klinik für Neurochirurgie des B.\_\_\_\_ hospitalisiert ( Urk. 6 /24/11), nachdem sie sich bei am Morgen aufgetretener etwa 30 Minuten andauernder anfallsartiger Hypästhesie und Kribbelparästhesien in der linken Körperhälfte im Notfall vorgestellt hatte. Die behandelnden Ärzte diagnostizierten paroxysmale Dysästhesien der linken Körperhälfte und eine Beinschwäche links ( Urk. 6 /24/11). Zur Zeit der klinischen Untersuchung sei die Dysästhesie vollständig regredient gewesen. Weiterhin habe die Beschwerdeführerin über ein seit der Operation bestehendes beim betontes subjektives Schwächegefühl der linken Körperhälfte geklagt. Klinisch objektivierbar seien eine M4-Parese der linken Hüftflexoren und Hüftextensoren sowie des Fusshebers links gewesen. Ein kraniales CT habe keine die Symptome erklärende Befunde ergeben ( Urk. 6 /24/13).

Anlässlich einer Verlaufskontrolle vom 12. Mai 2020 hätten weiterhin eine diffuse Schwäche der linken Körperhälfte sowie fluktuierende Sensibilitätsstörungen, insbesondere des linken Knies, der Oberschenkelinnenseite links sowie an der Fusssohle im Bereich aller fünf Zehen links bestanden. Zusätzlich lägen eine Hyperalgesie im Bereich der Operationsnarbe sowie Gedächtnisstörungen vor. Die Beschwerdeführerin habe sich noch nicht dazu bereit gefühlt, wieder arbeiten zu gehen. In der aktuellen MRI-Bildgebung habe sich ein regelrechter Befund gezeigt, die EEG-Untersuchung vom 4. Mai 2020 habe keinen Hinweis auf epileptische typische Potentiale ergeben (vgl. auch den Bericht der Klinik für Neurologie des B.\_\_\_\_ vom 4. Mai 2020,

Urk. 6 /30/26 f.). Eine neuropsychologische Testung bei subjektiver Gedächtnisminderung werde empfohlen (Urk. 6 /24/17). 3.2

Am 7. Juli 2020 wurde die Beschwerdeführerin in der Klinik für Neurologie des B.\_\_\_\_ neuropsychologisch untersucht. Die Testergebnisse wurden

von den Untersuchern als valide bezeichnet, es ergaben sich keine Hinweise auf eine Aggravations tendenz. Insgesamt entsprechen die neuropsychologischen Defizite einer mittelschweren neuropsychologischen Funktionsstörung, wobei die Defizite im Bereich der Aufmerksamkeit (insbesondere Verlangsamung, eingeschränkte Belastbarkeit) und der Exekutivfunktionen (fehlende Interferenzfestigkeit) im Vordergrund stünden. Zusätzlich zu den eigenanamnestischen Angaben und den klinischen Auffälligkeiten lasse sich die subjektiv berichtete Müdigkeit auch in einem standardisierten Fragebogenverfahren psychometrisch objektivieren. Die objektivierten Befunde dürften als Residualsymptomatik der Tumoroperation des rechtsseitigen Meningeoms interpretiert werden. Darüber hinaus müsse die affektive Verfassung berücksichtigt werden. Bei klinisch stabilem affektivem Zustand und vordergründig fehlenden depressiven Anzeichen wirke jedoch eine dadurch eingetretene unspezifische Leistungsminderung eher unwahrscheinlich. Den beruflichen Wiedereinstieg würden sie aufgrund der deutlichen Verlangsamung und der stark eingeschränkten Belastbarkeit für verfrüht erachten (Urk. 6 /30/19). 3.3

Am 11. August 2020 hielten die behandelnden Ärzte der Klinik für Neurochirurgie des B.\_\_\_\_

fest, die Beschwerdeführerin berichte über unveränderte körperliche Einschränkungen, vor allem sensible Störungen der linken Körperhälfte und eine diffuse Schwäche des linken Armes und Beines. Sie sei deswegen in ihrem Alltag eingeschränkt und könne der Arbeit als Verkäuferin nicht mehr nachgehen. In ausführlichen Abklärungen bezüglich somatischer Ätiologie sei keine Ursache gefunden worden. Eine neuropsychologische Untersuchung vom 7. Juli 2020 habe jedoch Defizite im Bereich der Aufmerksamkeit und der Exekutivfunktionen ergeben, welche als Residualsymptomatik der Tumoroperation interpretiert werden könnten. Die Beschwerdeführerin habe sich leicht verbessert. Aufgrund der fehlenden somatischen Ursache für die Ausfälle und die neuropsychologische Beurteilung werde eine psychotherapeutische Begleitung empfohlen (Urk. 6 /24/19). 3.4

Laut Bericht vom 12. Januar 2021 wurde die Beschwerdeführerin am 7. Januar 2021 erneut in der Klinik für Neurologie des B.\_\_\_\_ neuropsychologisch untersucht. Die Belastbarkeit sei stark reduziert gewesen, weshalb die Konzentrationsfähigkeit über die Untersuchung hinweg deutlich ab- und die Ermüdung sichtlich zugenommen hätten. Zudem sei im Verlauf eine starke Zunahme des Druckgefühls im Kopf deutlich geworden, welche darin resultiert habe, dass die Untersuchung ohne Bearbeitung der computerbasierten Tests habe abgebrochen werden müssen. Entsprechend den eigenanamnestischen Angaben habe sich in einem standardisierten Fragebogenverfahren eine schwere Fatiguesymptomatik ergeben, wobei sowohl körperliche als auch kognitive Symptome in starker Ausprägung angegeben worden seien. Im Vergleich zur Voruntersuchung vom 7. Juli 2020 habe sich ein weitestgehend vergleichbares Leistungsprofil mit erfreulichen Verbesserungen bezüglich der verbalen Lern- und Abrufleistung sowie der visuellen Merkspanne und der Arbeitsgedächtniskapazität gezeigt. Ätiologisch sei das vordergründig attentional, teils dysexekutive Befundmuster am ehesten im Rahmen einer zentralen Fatigue-Symptomatik bei Status nach Resektion des Menin

geoms im Sulcus Centralis rechts zu sehen. Die vorliegenden Befunde würden formal einer leichten bis mittelgradigen neuropsychologischen Funktionsstörung entsprechen. Aufgrund der ausgeprägten Fatigue-Symptomatik müsse jedoch der Schweregrad als höher und die Arbeitsfähigkeit als deutlich eingeschränkt beurteilt werden. Zur genaueren Einschätzung der Arbeitsfähigkeit würden sie im Verlauf ein IV-finanziertes Belastbarkeitstraining empfehlen mit dem Ziel, eine Tagesstruktur aufzubauen und berufliche Möglichkeiten zu evaluieren (Urk. 6 /34/3 f.). 3.5

Der praktische Arzt D.\_\_\_\_ attestierte der Beschwerdeführerin in seinem Bericht vom 12. Februar 2021 vom 3. Februar bis am 31. August sowie vom 2. bis am 31. Dezember 2020 jeweils eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für ihre Tätigkeit als Verkäuferin. Für Weiterungen verwies er auf die beigelegten Berichte (Urk. 6 /30/4 f.). 3.6

Gemäss dem im Einwandverfahren aufgelegten Bericht erfolgte am 10. Juni 2021 eine neuropsychologische Untersuchung zur Beurteilung der Fahreignung in der Klinik für Neurologie des B.\_\_\_\_ mit dem Ergebnis, dass die formalen Voraussetzungen für die Fahreignung bei persistierenden Beeinträchtigungen in verkehrsrelevanten Funktionen aus neuropsychologischer Sicht aktuell nicht gegeben seien (Urk. 6 /73/1). Bei der Prüfung der für die Fahreignung relevanten kognitiven Funktionen (Aufmerksamkeit, Exekutivfunktionen und visuelle Wahrnehmung) habe sich formal neuropsychologisch vordergründig eine deutliche psychomotorische Verlangsamung objektivieren lassen, welche sich primär in leicht- bis schwergradig verlangsamten Reaktions- und Bearbeitungszeiten in geschwindigkeitssensitiven attentionalen und exekutiven Aufgaben geäußert habe. Psychometrisch lasse sich eine stark erhöhte Fatiguesymptomatik abbilden. Weder klinisch noch in einem entsprechenden Fragebogenverfahren hätten sich Hinweise für eine affektive Verstimmung ergeben. Verglichen mit den Vorbefunden vom 7. Januar 2021 (vorstehend E. 3.4) zeige sich ein weitgehend unverändertes kognitives Leistungsprofil mit persistierenden deutlichen attentionalen und exekutiven Einschränkungen und einer weiterhin im Vordergrund stehenden stark ausgeprägten (körperlichen) Fatiguesymptomatik (Urk. 6 /73/4).

### 3.7 3.7.1

Im Rahmen des bidisziplinären Gutachtens vom 28. Juni 2021 diagnostizierte Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, ein progredientes inzidentelles transitionelles Meningeom WHO-Grad I im Sulcus centralis rechts, operiert via Kraniotomie rechts fronto-parietal mit mikrochirurgischer Tumorexzision am 19. Dezember 2019 mit möglicher diskreter Hemisymptomatik links, möglicher leicht ausgeprägter Fatigue sowie kognitiver Beeinträchtigung und möglichen Cephalgien mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mass er den folgenden Diagnosen bei (Urk. 6/56/16): - ausgeprägte Verdeutlichungstendenzen / Aggravation im Rahmen der klinisch-neurologischen Untersuchung sowie der zusätzlich durchgeführten verhaltensneurologischen Abklärung mit insbesondere verbalem und averbalem Validierungsverfahren - ausgeprägte Symptomausweitung - Karpaltunnelsyndrom beidseits - Diabetes mellitus Typ II - Migräne mit visueller Aura

Dr. E.\_\_\_\_ hielt fest, die Beurteilung im Hinblick auf den Schweregrad der Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin sei in hohem Mass erschwert durch das Untersuchungsverhalten mit klaren Hinweisen auf eine erhebliche Verdeutlichungstendenz / Aggravation. Im Rahmen der klinisch-neurologischen Untersuchung habe

die Beschwerdeführerin eine ausgeprägte Verdeutlichungstendenz mit Giving Way beim Prüfen der groben Kraft der linken oberen und unteren Extremität gezeigt,

die an der unteren Extremität derart ausgeprägt sei, dass - wenn tatsächlich eine entsprechende Gang- oder Standunfähigkeit vorhanden wäre

- sie nicht mehr gehfähig wäre. Zudem finde sich eine scharf mittellinien begrenzte Hypästhesie links, welche organisch nicht zugeordnet werden könne. Die durchgeführten Validierungsverfahren würden auf eine nicht valide Befundlage hinweisen. Insgesamt sei unter Berücksichtigung der Grösse des operierten Meningeoms, des Umstandes, dass es bei dem eher kleinen operativen Eingriff zu einer kompletten Exstirpation des Meningeoms gekommen sei, sowie des Untersuchungsverhaltens von einer maximal diskreten bis leichten Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin durch ihre Einschränkungen auszugehen (Urk. 6/56/16).

Medizinisch begründet sei eine Beeinträchtigung bei intermittierenden Kopfschmerzen leichten bis höchstens mässigen Ausmasses, zudem eine Beeinträchtigung durch eine vermehrte Ermüdbarkeit und verminderte Belastbarkeit sowie eine diskrete bis leicht ausgeprägte kognitive Störung. Darüberhinaus gehende Beschwerden könnten medizinisch nicht begründet werden (Urk. 6/56/20 f.). Die angestammte Tätigkeit im Verkauf sei als angepasst anzusehen. Es seien sämtliche Tätigkeiten möglich, welche eine gewisse Flexibilität des Arbeitseinsatzes aufweisen und dem Bildungsniveau sowie den körperlichen Möglichkeiten entsprechen würden. Die Beschwerdeführerin könne in der bisherigen Arbeitstätigkeit wie auch in einer anderen, den Beschwerden angepassten Tätigkeit 8 Stunden und 15 Minuten täglich anwesend sein. Es bestehe eine Einschränkung von 20% bei vermehrtem Pausenbedarf sowie verminderter Belastbarkeit und intermittierend auch Kopfschmerzen. Insgesamt bestehe in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80% bezogen auf ein 100%-Pensum. Es sei davon auszugehen, dass vom Zeitpunkt der Operation (am 19. Dezember 2019) bis am 1. Juli 2020 keine, vom 1. Juli bis 1. Oktober 2020 eine 50%ige und ab 1. Oktober 2020 eine 80%ige Arbeitsfähigkeit vorliegen habe (Urk. 6/56/21). 3.7.2

Dr. med. F. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im psychiatrischen Teilgutachten keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine remittierte depressive Episode unter Behandlung mit Citalopram (ICD-10 F32.4) und einen Verdacht auf eine dissoziative Bewegungs-, Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (ICD-10 F44.4/5). Die Ausprägung der Symptomatik sei leicht. Aufgrund der aktuellen Untersuchungsbefunde, der Angaben der Beschwerdeführerin und der Aktenlage fehlten aus psychiatrisch-gutachterlicher Sicht unter Berücksichtigung der ICD-10-Kriterien Hinweise für eine depressive Symptomatik. Die Beschwerdeführerin berichte zwar über erhöhte Müdigkeit, dies auch bereits vor der Tumorerkrankung, diese habe jedoch während der Untersuchung nicht verifiziert werden können. Betreffend die Sensibilitätsstörung der Beschwerdeführerin müsse aus neurologischer Sicht beurteilt werden, inwieweit diese organisch begründet werden könne. Sollte sich herausstellen, dass die Symptomatik nicht mit einem organischen Befund in Zusammenhang gebracht werden könne, müsse davon ausgegangen werden, dass eine begleitende oder allein vorherrschende dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungs- sowie Bewegungsstörung vorliege. Ebenfalls dürfe von der neurologischen Untersuchung noch Genaueres hinsichtlich der Frage einer allenfalls vorhandenen Aggravation oder Symptomverstärkung betreffend der Sensibilitäts-,

Empfindungs- und Bewegungsstörung erwartet werden ( Urk. 6/56/29).

Aus psychiatrischer Sicht bestünden keine Hinweise dafür, dass die Beschwerde führerin - abgesehen von ihren körperlichen Beeinträchtigungen, die vorderhand noch nicht psychiatrisch zu begründen seien - in ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit als Verkäuferin eingeschränkt sei. Sollte sich herausstellen, dass keine organische Ursache für die von ihr beklagten Sensibilitäts- und Empfindungs- sowie Bewegungsstörungen vorliege, so müsse von einer dissoziativen Problematik ausgegangen werden. Sollte dann des Weiteren kein gravierender Hinweis für eine Aggravation oder Symptomverstärkung vorliegen, so müsste aus gutachterlich-psychiatrischer Sicht davon ausgegangen werden, dass angesichts der dissoziativen Problematik die frühere Arbeit nicht mehr angepasst sei und eine entsprechende, den körperlichen Beeinträchtigungen angepasste - nämlich vorwiegend sitzende - Tätigkeit gesucht werden. Für eine solche Tätigkeit wäre auch bei vorliegender dissoziativer Problematik aus psychiatrisch-gutachterlicher Sicht keine Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit begründbar ( Urk. 6 /56/32 f.). 3.7.3

In der Konsensbesprechung kamen die Experten zum Schluss, dass die in den Teilgebieten begründeten Teil-Arbeitsunfähigkeiten nicht zu addieren seien. Die neurologische Beurteilung hinsichtlich der Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei massgeblich ( Urk. 6 /56/35). 3.8

Die Beschwerdeführerin hatte bereits im August 2020 eine ambulante neuropsychologische Rehabilitation in der Klinik G.\_\_\_\_ aufgenommen , wobei sie psychologische Psychotherapie unter Berücksichtigung der neuropsychologischen Defizite sowie ärztliche, neurologisch-psychiatrische Konsultationen in Anspruch nahm. Dr. med. H.\_\_\_\_ , Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, Leitender Arzt der Klinik G.\_\_\_\_ , stellte in seinem Formularbericht vom 5. Juli 2021 die Diagnosen eines Status nach Resektion eines inzidenten transitionellen

Meningeoms WHO Grad I im Sulcus centralis rechts sowie einer leichten bis mittelgradigen neuropsychologischen Funktionsstörung im Rahmen der vorgenannten Diagnose (ICD-10 F06.7) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ( Urk. 6 /55/4 f.). Aktuell werde eine stationäre psychosomatische Behandlung empfohlen, die Beschwerdeführerin habe sich dazu bereit erklärt. Aus seiner Sicht könne diese Therapie sowohl zur Verbesserung des Gesundheitszustandes als auch zur Erhöhung der Arbeitsfähigkeit führen. Eine genaue Prognose könne zum aktuellen Zeitpunkt nicht gestellt werden ( Urk. 6 /55/5). Aktuell sei die bisherige Arbeitstätigkeit nicht zumutbar. Sie würden ein IV-finanziertes Belastbarkeitstraining zur Evaluation der Arbeitsfähigkeit bei schwerer Fatigue-Symptomatik empfehlen ( Urk. 6/55/2, Urk. 6 /55/6). 3.9

Vom 30. August bis am 10. Oktober 2021 befand sich die Beschwerdeführerin zur stationären Rehabilitation in der Rehaklinik C.\_\_\_\_ . Dr. med. I.\_\_\_\_ , Leitender Arzt und Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie , stellte im Austrittsbericht vom 14. Oktober 2021 die folgenden neuen Diagnosen ( Urk. 6 /74/1 f.): - reaktive depressive Episode, am ehesten reaktiv aufgrund anhaltender Belastungsfaktoren (Hirntumor) mit einer ausgeprägten psychophysischen Erschöpfung (ICD-10 F32.0), Zustand nach remittierter PTSD nach Überfall vor sechs Jahren - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Trendelenburg ' sche / Duchenne ' sche Gangstörung - sekundäre myofasziale Befunde bei muskulärer Dysbalance - Knie rechts: horizontaler, intrameniskaler Einriss Innenmeniskushinterhorn ohne Oberflächenkontakt -

Knie links: schräger Einriss Innenmeniskushinterhorn

Die Beschwerdeführerin habe zum Zeitpunkt des Eintritts eine deutliche depressive Symptomatik, eine ausgeprägte psychophysische Erschöpfung, eine Schmerzsymptomatik sowie Belastungsfaktoren durch die postoperativ nach der Hirntumoroperation aufgetretenen körperlichen und psychischen Folgen gezeigt. Neben der Schmerzsymptomatik (vor allem Rücken, Schultern, Nacken) habe sie unter diversen weiteren somatischen Beschwerden

(insbesondere ausgeprägte Tagesmüdigkeit, Angst- und Panikattacken, schnelle Erschöpfbarkeit, ausgeprägte Schlafstörungen) gelitten, die ebenso einen negativen Einfluss auf das Gesamtbefinden darstellen würden, wie die bestehenden psychosozialen Faktoren (unklare berufliche Perspektive mit Existenz- und Zukunftsängsten). Auf psychischer Ebene sei vor allem eine depressive Symptomatik mit phasenweise ausgeprägter Niedergeschlagenheit, Konzentrationsstörungen und Insuffizienzgefühlen im Vordergrund gestanden (Urk. 6/74/5). Insgesamt bestehe eine Teilremission. Die Einschränkungen im physischen und psychischen Bereich seien jedoch erheblich und eine Tätigkeit als Verkäuferin könne nicht mehr ausgeübt werden (Urk. 6/74/6).

Dr. I. \_\_\_ hielt fest, es bestehe eine neuralbedingte und keine schmerzbedingte Gangstörung, die postoperativ nach der Hirntumor-Exstirpation aufgetreten sei, im Sinne einer Trendelenburgschen Gangstörung. Die Beschwerdeführerin sei dadurch wesentlich behindert, sie könne keine Lasten über 3 kg tragen und Überkopfarbeiten seien ihr nicht möglich. Sie könne einfache Haushaltsarbeiten wie Bügeln, Wäscheaufhängen oder Kochen nicht mehr alleine ausführen. Schnelleres Laufen sei nicht möglich. Das linke Bein könne nicht mehr koordiniert werden und versage einschussartig, so dass eine erhöhte Sturzgefahr bei körperlicher Anstrengung bestehe. Die Beschwerdeführerin sei sehr therapie motiviert, aber aufgrund der erheblichen somatischen Einschränkungen und dem gesamten multimorbiden Krankheitsbild sei die bisherige Tätigkeit als Verkäuferin nicht mehr ausführbar. Es bestehe keine Erwerbsfähigkeit, da sie schon bei alltäglichen Verrichtungen auf fremde Hilfe angewiesen sei. Dies habe während des gesamten stationären Aufenthalts verifiziert werden können. Die beginnende merkliche Schmerzreduktion und Belastungssteigerung sowie der Umgang mit der Behinderung sollten in weiteren ambulanten Therapien unterstützt werden (Urk. 6/74/7). 4.

4.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich für die Beurteilung des Rentenanspruchs der Beschwerdeführerin auf das neurologisch-psychiatrische Gutachten von Dr. E. \_\_\_ und Dr. F. \_\_\_ vom

28. Juni 2021. Die Beschwerdeführerin ist jedoch der Ansicht, dass weder in neurologischer noch in psychiatrischer Hinsicht auf das Gutachten abgestellt werden könne (Urk. 1 S. 7 f., Urk. 1 S. 8 f.). 4.2

4.2.1

Die Beschwerdeführerin bemängelte zunächst, die Ergebnisse der von neurologischen Gutachter Dr. E. \_\_\_ durchgeführten Validierungsverfahren seien nicht nachvollziehbar. Insbesondere warf sie die Frage auf, ob die Durchführung von Validierungsverfahren und allgemein die Beurteilung der von ihr gezeigten neuropsychologischen Symptomatik überhaupt zum Fachgebiet eines Facharztes für Neurologie gehöre oder ob vielmehr ein

Neuropsychologe hätte beigezogen werden müssen ( Urk. 1 S. 7). 4.2.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung stellt die neuropsychologische Abklärung lediglich eine Zusatzuntersuchung dar, die bei begründeter Indikation in Erwägung zu ziehen ist. Der Entscheid darüber unterliegt dem Ermessen der Experten ( Urteil e des Bundesgerichts 9C\_127/2022 vom 8. Juli 2022 E. 5.3, 8C\_11/2021 vom 1 6. April 2021 E. 4.2 mit Hinweis auf die Qualitätsrichtlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie vom 1 6. Juni 2016 [ SGPP ] ; publiziert in SZS 2016 S. 435 ff.) . Rechtsprechungsgemäss bleibt es grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen oder allenfalls des neurologischen Facharztes, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_38 1 /2022 vom 2 7. Dezember 2022 E.

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 8**

.2.1). 4.2.3

Den Experten lagen im Zeitpunkt der Begutachtung im Juni 2021 bereits zwei verhältnismässig aktuelle neuropsychologische Abklärungen des Universitäts hospitals B.\_\_\_\_ vom 7. Juli 2020 ( Urk. 6/30/17 ff.) und vom 1 2. Januar 2021 ( Urk. 6/34) vor. Es ist daher nachvollziehbar, dass sie keine Indikation für eine erneute neuropsychologische Untersuchung

erblickte n und dementsprechend keinen Neuropsychologen zu deren Durchführung beizogen . Der begutachtende Neurologe setzte sich ausführlich mit den bereits vorliegenden Abklärungsergebnissen

auseinander und bezog sie in seine Beurteilung mit ein ( Urk. 6/56/17) .

Da der Neurologe keine kognitiven Defizite erhob , kam de n

beiden Gutachtern die abschliessende Beurteilungskompetenz zu, weshalb ihrer Expertise - entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin - in Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit volle r Beweiswert beizumessen ist . 4.2. 4

Auch hinsichtlich der Durchführung und Bewertung der Validierungsverfahren sind keine Hinweise

ersichtlich , welche Zweifel an der Begutachtung wecken könnten , kommt dem Experten bezüglich der Wahl der Untersuchungsmethode doch ein weiter Ermessensspielraum zu (Urteile des Bundesgerichts 8C\_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3, 8C\_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2 und 9C\_275/2014 vom 21. August 2014 E. 3) . Inwiefern Dr. E.\_\_\_\_ diesen Ermessens spielraum überschritten haben sollte, legte die Beschwerdeführerin nicht dar.

4.2. 5

Was die Nachvollziehbarkeit der Validierungsverfahren betrifft, nannte Dr. E.\_\_\_\_ im neurologischen Teilgutachten die beiden durchgeführten Tests sowie die von der Beschwerdeführerin erzielten Ergebnisse ( Urk. 6/56/15). Dass die Verfahren nicht wie

angegeben durchgeführt worden seien, beziehungsweise dass

Dr. E.\_\_\_\_ bei deren Auswertung ein Fehler unterlaufen sei, wird von der Beschwerdeführerin nicht behauptet. Zudem darf der Umstand berücksichtigt werden, dass die Bedeutung der Validierungsverfahren entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin, welche deren Ergebnisse als einzige Hinweise auf ein Verdeutlichungs- / Aggravationsverhalten ansieht, erheblich zu relativieren ist. Denn

Dr. E.\_\_\_\_

erhob

in seiner Beurteilung diverse weitere Anhaltspunkte für nicht im geschilderten Umfang vorhandenen Beschwerden (vgl. nachfolgende Ausführung 4.3). 4.3

So stützte Dr. E.\_\_\_\_

seine Beurteilung, wonach die Beschwerdeführerin eine ausgeprägte Verdeutlichungs- / Aggravation gezeigt habe, nicht bloss auf die - auf eine nicht valide Befundlage hinweisenden - Validierungsverfahren, sondern insbesondere auch auf die Ergebnisse einer umfassenden klinisch-neurologischen Untersuchung mit Befragung der Beschwerdeführerin sowie auf eine einlässliche Auseinandersetzung mit den relevanten medizinischen Akten (Urk. 6/56/10 ff.). Übereinstimmend mit den behandelnden Neurologen

des B.\_\_\_\_

konnte

er keine somatische Ursache für die geklagten Beschwerden ausmachen (Urk. 6/24/13, Urk. 6/24/17). Indessen beobachtete der Gutachter beim Prüfen der groben Kraft der linken Extremitäten ein Giving-Way, das so ausgeprägt gewesen sei, dass die Beschwerdeführerin - wenn tatsächlich eine entsprechende Einschränkung vorläge - nicht mehr stehen oder gehfähig wäre. Zudem konnte er die scharf mittellinienbegrenzte Hypästhesie links, über welche die Beschwerdeführerin klagte, organisch nicht zuordnen (Urk. 6/56/16). Weiter berücksichtigte er die Grösse und Lage des operierten Meningeoms, die eine ausgeprägte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, wie sie von der Beschwerdeführerin geltend gemacht werde, als sehr ungewöhnlich erscheinen liessen (Urk. 6/56/8), sowie den Umstand, dass das Meningeom beim eher kleinen operativen Eingriff komplett exstirpiert werden konnte (Urk. 6/56/18). Schliesslich wird die Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_

auch von den Ergebnissen der psychiatrischen Begutachtung gestützt, wo nach keine Hinweise auf Konzentrationsstörungen beziehungsweise eine erhöhte Ermüdbarkeit fest festgestellt werden können (Urk. 6/56/28). Insgesamt ist angesichts der

vom Gutachter geschilderten Hinweise für nicht im angegebenen Umfang vorhandene Beschwerden überzeugend, dass Dr. E.\_\_\_\_

von einer maximal diskreten bis leichten Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin ausging und die darüber hinaus gehenden Beschwerden als Verdeutlichung beziehungsweise

Aggravation wertete. 4.4

Was schliesslich die von der Beschwerdeführerin bemängelte Abweichung der Ergebnisse der neurologischen Begutachtung von den Resultaten der im B.\_\_\_\_ durchgeführten

neuropsychologischen Tests vom 7. Juli 2020 und vom 12. Januar 2021 betrifft, erklärte Dr. E.\_\_\_\_ diese mit den dort nicht durchgeführten Validierungsverfahren (Urk. 6/56/18). Dies erscheint angesichts der vorstehend beschriebenen Hinweise auf nicht im beklagten Umfang vorhandene Beschwerden als plausibel.

Die Gutachter

trugen diese n Verdeutlichungstendenzen im Rahmen ihrer Zumutbarkeitsbeurteilung zu Recht Rechnung und gingen von einer um 20

% eingeschränkten Arbeitsfähigkeit aus; mithin verneinten sie letztlich

eine Aggravation, denn andernfalls

würde sich die Annahme eines versicherten Gesundheitsschadens verbieten (BGE 141 V 281 E.

2.2.1).

Die

Fachpersonen des B.\_\_\_\_

beschrieben die Beschwerdeführerin zwar als

anstrengungsbereit und sie sahen keine Hinweise auf eine Aggravationstendenz

(Urk. 6/30/19

Urk. 6/34/2).

Allerdings ist nicht ersichtlich, worauf sich diese Schlussfolgerung stützt, denn die Fachleute des B.\_\_\_\_ haben nach Lage der Akten kein Validierungsverfahren durchgeführt oder ein verdeutlichendes Verhalten überhaupt in Erwägung gezogen. Schliesslich sahen sie sich auch ausserstande, die Arbeitsfähigkeit einzuschätzen; vielmehr empfahlen sie

ein Belastbarkeitstraining (Urk. 6/34/4). Vor diesem Hintergrund vermögen die Berichte keine Zweifel an der Expertise zu erwecken.

Dies gilt auch für die Ergebnisse der am 10. Juni 2021 im B.\_\_\_\_ durchgeführten, im Gutachtenszeitpunkt noch nicht vorliegenden Fahreignungsabklärung (Urk. 6/73), der gemäss der Beschwerdeführerin

die Fahreignung abgesprochen wurde. Denn bei dieser Untersuchung stellte sich die hier allein interessierende Frage der erwerblichen Leistungsfähigkeit nicht, weshalb sie für die vorliegenden Belange nicht sehr aussagekräftig ist. Die Untersuchungen wurden denn auch mit Blick auf die für das Autofahren zentralen Fragestellungen (Aufmerksamkeit, Exekutivfunktionen, visuelle Wahrnehmung) getätigt (Urk. 6/73/2).

4.5

4.5.1

In psychiatrischer Hinsicht stellte Gutachter Dr. F.\_\_\_\_ keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Dies erweist sich angesichts der fehlenden psychiatrischen Befunde als überzeugend und wird von der Beschwerdeführerin grundsätzlich auch nicht bestritten. Indessen bringt sie vor, im Bericht der Rehaklinik C.\_\_\_\_ betreffend die vom 30. August bis

am 10. Oktober 2021 durchgeführte stationäre Rehabilitation, werde nachvollziehbar eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht attestiert; das lasse darauf schliessen, dass die psychische Problematik zunächst verdeckt geblieben sei oder sich erst nach der Begutachtung entwickelt habe. Da dem Gutachter der genannte Bericht nicht nachträglich zur Beurteilung vorgelegt worden sei,

erweise sich der psychische Gesundheitszustand ebenfalls nicht als genügend abgeklärt (Urk. 1 S. 8) . 4. 5 .2

Zwar stellte der behandelnde Dr. I.\_\_\_\_ im Bericht der Klinik C.\_\_\_\_ vom 14. Oktober 2021 abweichend von Dr. F.\_\_\_\_ psychiatrische Diagnosen, insbesondere diejenige einer reaktiven depressiven Episode mit einer ausgeprägten psychophysischen Erschöpfung (ICD-10 F32.0) sowie einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), und

er lege dar, im Zeitpunkt des Eintritts habe die Beschwerdeführerin eine deutliche depressive Symptomatik, eine ausgeprägte psychophysische Erschöpfung sowie eine Schmerzsymptomatik gezeigt (Urk. 6/74/1 und 5). Indessen ist die von ihm attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht nur psychisch bedingt, sondern stützt sich insbesondere auch auf die von der Beschwerdeführerin dargebotene Gangstörung. Vom neurologischen Gutachter wurden jedoch erhebliche Zweifel an deren Authentizität beschrieben (vgl. vorstehende E. 4.3), womit sich Dr. I.\_\_\_\_ nicht auseinandersetze. Auf seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit kann daher bereits aus diesem Grund nicht abgestellt werden. Was die psychischen Einschränkungen betrifft, klagte die Beschwerdeführerin bereits im beziehungsweise vor dem Gutachtenszeitpunkt über eine Erschöpfungssymptomatik und Schmerzen in verschiedenen Körperteilen, die jedoch vom psychiatrischen Gutachter nicht nachvollzogen werden konnten, weshalb er das Vorliegen unter anderem einer depressiven Störung und auch einer Neurasthenie ausdrücklich verneinte (Urk. 6/56/28 f.). Mangels Auseinandersetzung mit dem psychiatrischen Gutachten und einer Verlaufsbeschreibung ist eine diesbezügliche Verschlechterung mittels des Berichtes

der Rehaklinik C.\_\_\_\_

nicht hinreichend belegt.

Allgemein ist zudem in Bezug auf Berichte von behandelnden Arztpersonen auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen zu anders lautenden Einschätzungen gelangen. Es ist der Beschwerdegegnerin daher angesichts der nach dem Dargelegten nicht überzeugenden Beurteilung der Einschränkungen der Beschwerdeführerin und des gesundheitlichen Verlaufs

nicht vorzuwerfen, dass sie den Bericht der Rehaklinik C.\_\_\_\_

dem Gutachter Dr. F.\_\_\_\_ nicht zur Stellungnahme vorgelegt hat. 4. 6

Nach dem Gesagten erweist sich sowohl das neurologische als auch das psychiatrische Teilgutachten als eine beweiskräftige Grundlage zur Beurteilung der gesundheitlichen

Einschränkungen der Beschwerdeführerin und die Beschwerde gegnerin hat zu Recht darauf abgestellt. Es ist daher davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Filialleiterin beziehungsweise Verkäuferin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu 80 % arbeitsfähig ist.

Da demnach von weiteren medizinischen Abklärungen keine entscheidungsrelevanten Erkenntnisse zu erwarten wären, ist davon abzugehen (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3; Urteil des Bundesgerichts 8C\_595/2016 vom 2. November 2016 E. 8). 5.

Auf der Grundlage einer 80%igen Arbeitsfähigkeit im angestammten Tätigkeitsbereich ab 1. Oktober 2020 erübrigt sich eine Auseinandersetzung mit dem Vorbringen der Beschwerdeführerin bezüglich ihrer Qualifikation als Teil- oder Vollerwerbstätige sowie auch ein ordentlicher Einkommensvergleich. Denn da sowohl beim Validen- als auch beim Invalideneinkommen von derselben Bemessungsgrundlage auszugehen und demnach der Invaliditätsgrad anhand eines Prozentvergleichs zu bestimmen ist

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_463/2012 vom 3. August 2012 E. 4.2), liegt letzterer auch bei Annahme einer 100%igen Tätigkeit im Erwerbsbereich höchstens bei nicht rentenbegründenden 20 % (vgl. E. 1. 3 vorstehend). Die Beschwerde ist daher abzuweisen. 6.

Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Im vorliegenden Verfahren sind sie ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Christe - 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin FehrEngesser

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