

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00218 vom 28. August 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-08-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00218

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00218 du 28 août 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00218 del 28 agosto 2023

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1980, arbeitete zuletzt als Pflegehelferin in einem Vollzeitpensum bei der Y.____ AG. Unter Hinweis auf Gleichgewichtsstörungen und eingeschränkter Beweglichkeit und einen Schlaganfall 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 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 des Bundesamtes für Sozialversicherungen zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend ebenfalls frühestens ab diesem Datum in Betracht fällt, sind die ab 1. Januar 2022 gültigen Rechtsvorschriften anwendbar.

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

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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 herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1 bis und 1 ter nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1 bis IVG). Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50-69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad unter 50 % gelten die folgenden prozentualen Anteile (Abs. 4):

Invaliditätsgrad	prozentualer Anteil
49 Prozent	47.5 Prozent
48 Prozent	45 Prozent
47 Prozent	42.5 Prozent
46 Prozent	40 Prozent
45 Prozent	37.5 Prozent
44 Prozent	35 Prozent
43 Prozent	32.5 Prozent
42 Prozent	30 Prozent
41 Prozent	27.5 Prozent
40 Prozent	25 Prozent

E. 1.5

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a).

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 m.w.H.).

E. 2

Die Versicherte erhob am 24. April 2023 Beschwerde gegen die Verfügung vom 8. März 2023 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr spätestens ab dem 1. Januar 2022 eine ganze IV-Rente auszurichten. Eventualiter sei ein neutrales polydisziplinäres Gerichtsgutachten anzuordnen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 1. Juni 2023 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was der Beschwerdeführerin mit Gerichtsverfügung vom 5. Juni 2023 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte in der angefochtenen Verfügung aus (Urk. 2), dass keine ärztliche Diagnose ausgewiesen sei, welche einen langanhaltenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit begründe. Es liege somit keine IV-relevante Beeinträchtigung vor. Die Anpassungsstörung sei vom regionalen ärztlichen Dienst (RAD) detailliert gewürdigt worden. Die von den Behandlern gestellten Diagnosen hätten nachvollzogen werden können. Es handle sich dabei um eine Diagnose, bei welcher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer guten Prognose ausgegangen werden könne. Unter leitliniengerechter Behandlung könne erwartet werden, dass eine Anpassungsstörung zu keiner längerfristigen Arbeitsunfähigkeit führe, weshalb die Erkrankung keiner IV-relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigung entspreche. Das Leistungsbegehren sei aus diesem Grund abgewiesen worden und nicht aufgrund allfälliger fehlender Mitwirkung bezüglich medizinischer Auflage.

Bezüglich Schwächeanfalls mit plötzlicher Gangunsicherheit hätten sich keine pathologischen Befunde in der klinischen Untersuchung gezeigt. Da keine neuen, unberücksichtigten Tatsachen vorgebracht worden seien, werde am Entscheid festgehalten (S. 2).

E. 2.2

Demgegenüber führte die Beschwerdeführerin aus (Urk. 1), dass sie am 21. Januar 2021 einen Minor Stroke

erlitten habe, der ihr Leben völlig durcheinander gebracht habe. Seither sei sie sowohl aus somatischen (unter anderem Gehstörung) als auch aus psychischen Gründen (Anpassungsstörung, DD: PTBS) und wegen der mittelgradigen neuropsychologischen Störung zu 100% erwerbsunfähig. Da sie aufgrund ihrer Leiden schon länger als ein Jahr erwerbsunfähig sei, sei die Wartefrist erfüllt, weshalb der Rentenanspruch unlängst entstanden sei. Der Rentenanspruch beginne somit spätestens ab dem 1. Januar 2022 (S. 15).

Hinsichtlich Eventualantrags führte sie aus, dass die Beschwerdegegnerin trotz Vorliegens eines komplexen Beschwerdebildes keine eigenen medizinischen Abklärungen vorgenommen habe. Sie habe lediglich die medizinischen Akten bei der Krankentaggeldversicherung Axa angefordert und sei nicht einmal im Besitz der Resultate der neuropsychologischen Untersuchung vom 15. Dezember 2022 und 24. Januar 2023. Weiter verkenne die Beschwerdegegnerin, dass für den Rentenanspruch keine langdauernde Krankheit notwendig sei. Die Erfüllung des Wartejahres reiche für den Leistungsanspruch bereits aus (S. 16). Da insbesondere die Gangstörung und das neuropsychologische Leiden bis heute von der Beschwerdegegnerin nicht berücksichtigt und nicht abgeklärt worden seien, sei der Untersuchungsgrundsatz verletzt (S. 17).

E. 3

10

Dr. phil. M.____, Leiterin Neuropsychologie vom Universitätsspital N.____, diagnostizierte nach neuropsychologischen Untersuchungen vom 15. Dezember 2022 und 24. Januar 2023 (Urk. 3/3) eine mittelgradige neuropsychologische Störung nach Frei et al. (2016) bei leichter Intelligenzminderung (F70) nach ICD-10 (S. 1).

Im Gespräch seien häufig widersprüchliche Angaben aufgefallen. Die Beschwerdeführerin habe Mühe damit, ihre aktuelle Situation zu beschreiben bzw. zu erklären, welche Beschwerden sie wie stark betreffen. Eine computerisierte Aufgabe zur geteilten Aufmerksamkeit habe aufgrund fehlenden Verständnisses bzw. mangelnder Fähigkeit selbst nach wiederholter Übung nicht durchgeführt werden können. Die Belastbarkeit sei reduziert und es liege über die Untersuchung hinweg eine sichtliche Ermüdung im Verlauf vor (S. 2). Die Grundstimmung sei betrübt mit leicht reduziertem Antrieb (S. 3). Formal neuropsychologisch hätten sich teilweise schwerwiegende kognitive Defizite gezeigt. Die exekutiven Funktionen seien zum Teil schwer beeinträchtigt. Attentional

hätten sich eine schwer reduzierte Daueraufmerksamkeit, eine mittelgradig verminderte visuo-verbale Geschwindigkeit sowie eine reduzierte Reaktionskonstanz bei diversen Aufmerksamkeitsaufgaben gezeigt. Auch im mnestischen Bereich hätten sich Auffälligkeiten gezeigt. Darüber hinaus imponierten sprachliche Defizite (S.3). Es liege ein mehrheitlich heterogenes Befundbild vor, wobei der Gesamt-IQ-Wert auf 54 zu liegen komme. Es würde aufgrund eigenanamnestischer Angaben (Besuch einer Sonderschule, Weiterbildung beim SRK) sowie fremdanamnestischen Angaben (bereits vorhandene Schwierigkeiten, welche sich verstärkt hätten) von bereits vorbestehenden Leistungsschwächen ausgegangen, welche sich durch die aktuellen Angstzustände mit Somatisierungstendenz akzentuiert haben könnten. Bei weitgehend unauffälligen MRI-Befunden (01/2021) sowie unauffälligen neurologischen Abklärungen im Spital B.____ sähen sie eine hirnorganische Ursache als Erklärung der kognitiven Defizite als unwahrscheinlich. Aufgrund der aktuellen Belastungssituation mit Angstzuständen werde die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit als verfrüht angesehen. Bei verbesserter Zustand werde ein Wiedereinstieg in eine angepasste Tätigkeit in geschütztem Rahmen empfohlen (S. 4).

E. 3.1

1

Im Bericht von Dr. E.____ an das Rehasentrum

O.____

vom 6. April 2023 (Urk. 3/4) hielt er fest, dass die Beschwerdeführerin kaum noch aus dem Haus gehe, er sie ängstlich, jedoch nicht depressiv erlebe, höchstens zeitweise niedergeschlagen und verlangsamt. Inwiefern eine überdeckte depressive Grund störung für die somato -neurologischen Störung vorliege, könne nicht sicher beurteilt werden (S. 1). Es werde um eine Abklärung der komplexen somato -neuro-psychischen Erkrankung, insbesondere der medizinischen Problematik (Schwindel und Gangunsicherheit), Prognosestellung und Einschätzung der zukünftigen Arbeitsfähigkeit ersucht (S. 3) .

E. 3.2

Dr. med. C.____ , Oberarzt , und Dr. med. D.____ , Assistenzärztin , vom S pital B.____ diagnostizierten in ihrem Bericht vom 4. Juni 2021 (Urk. 7/19/26-28) folgende Diagnosen (S. 1): - Persistierender Schwindel - Vd .

a. Minor Stroke im Versorgungsgebiet der Arterie cerebri posterio r rechts am 21.01.2021 - Vd . a. benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel rechter posteriorer Bogengang 03/2021 - Milde Thrombozytopenie unklarer Ursache - Unklare Raumforderung der Parotis rechts, ED 29.01.2021 - Leichte kognitive Einschränkung, a.e . vorbestehend - Akrozyanose Hand links unklarer Ätiologie

Es sei eine hausärztliche Zuweisung nach anhaltendem Schwindel erfolgt, wel che r zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt habe . Eine apparative fachärztliche Schwindelabklärung sei ohne Hinweis auf eine Vestibulopathie . Auch in der heu tigen klinisch-neurologischen Untersuchung liessen sich keine fok a l -neurologi schen Defizite feststellen. Es sei eine abgeflachte Stimmung aufgefallen. Auf grund der deutlichen Angstkomponente werde von einem persistierenden phobischen Schwindel ausgegangen. Die Beschwerdeführerin habe bereits ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten entwickelt und gehe nicht mehr alleine aus dem Haus. Es werde dringend eine psychologische Behandlung empfohlen (S. 2).

E. 3.3

Dr. med. E.____ , Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte in seinem Bericht vom 1 8. September 2021 (Urk. 7/22) folgende Diagnosen auf (S. 2-3): - Status nach Insult im Januar d.J. mit Schwindel und Gangstörungen und allenfalls kognitiven Einschränkungen, mit anschliessenden panikartigen Ängsten - Anpassungsstörung ICD-10: F43.2 - DD: PTBS ICD-10: F43.1

Die Beschwerdeführerin stehe seit dem 8. Juli 2021 bei ihm in Behandlung. Sie sei im Alter von sechs Jahren von Rumänien in die Schweiz übersiedelt. Sie habe aufgrund v on Sprachschwierigkeiten eine Sonderschule besucht und sei gerne zur Schule gegangen. Vor einem Jahr habe sie einen Kurs in Pflege absolviert und habe zu 100% in einem Altersheim gearbeitet. Seit dem Schlaganfall im Januar habe sie Angst, alleine nach draussen zu gehen (S. 1). Es bestehe auch eine Kognitions störung unklarer Ursache. Die anfänglichen Ängste mit panikartigen Zuständen, Gehblockaden, Gedächtnisstörungen, einer zeitweise verwaschenen Sprache, dem Schwindel und dem Gefühl, wie betrunken zu sein, die auch die Arbeit im Haushalt massiv erschwert hätten , hätten sich im Laufe der Zeit gebes sert. Auch scheine sich der Gang, der anfänglich stark beeinträchtigt gewesen sei, langsam zu normalisieren. Anfänglich sei sie betrübt gewesen. Habe Angst gehabt, sie könne nicht mehr gesund werden, habe unter Antriebsstörungen gelitten. In der Zwischenzeit habe sich das Gesundheitsbild gebessert, und die Beschwerdeführerin möchte gerne wieder Arbeiten.

Eine Eingliederung mit einem anfänglichen Arbeitspensum von 30 % sei indiziert (S. 2).

E. 3.4

Dr. F.____, Spezialarzt FMH für Hals-Nasen- und Ohrenkrankheiten, stellte in seinem Bericht vom 16. Dezember 2021 (Urk. 7/38/16-17) als Diagnose einen Verdacht auf zentralen Schwindel mit phobischer Komponente, leichte sensorineurale Schwerhörigkeit rechts (S. 1). Es bestehe seit dem minor stroke eine leichte sensorineurale Schwerhörigkeit rechts. Für eine peripher-vestibuläre Genese des Schwindels oder einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel habe er keine Anhaltspunkte finden können. Eine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess wäre wünschenswert (S. 2).

E. 3.5

Dr. med. G.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 24. Februar 2022 (Urk. 7/44/10-18) eine ärztliche Beurteilung zuhanden der Krankentaggeldversicherung. Die Beschwerdeführerin befinde sich alle zwei Wochen in psychiatrischer Behandlung, zudem bestehe eine Spitex-Betreuung zwei Mal pro Woche (S. 2). Es sei nicht mehr wie früher und dies würde sie belasten. Ausserdem habe sie auch Schwierigkeiten mit der Konzentration seit dem Vorfall (S. 3). Die Beschwerdeführerin habe Ängste geäussert, alleine auf die Strasse zu gehen und Ängste vor dem Stürzen (S. 6). Es beständen Störungen der Aktivität und Partizipation in vielerlei Hinsicht, dies vor allem in Bezug auf die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie die Durchhaltefähigkeit, jedoch auch in Bezug auf Spontanaktivitäten und die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben. Dr. G.____

stellte folgende Diagnosen (S. 7): - Anpassungsstörung mit einer längeren depressiven Reaktion und mit somatisierenden Tendenzen bei Status nach fraglichem Insult 2021 - Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische kognitive Störung/Verdacht auf Minderintelligenz

Die Beschwerdeführerin weise am ehesten eine Anpassungsstörung auf, wobei das Zustandsbild unklar bleibe. Es handle sich um ein komplexes Zustandsbild. Differentialdiagnostisch sei auch eine Somatisierungsstörung nicht ausschliessbar. Es sei jedoch davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin aktuell über praktisch keine Coping-Strategien verfüge, um mit den Beschwerden umzugehen. Es sei unter Umständen eine Anpassungsstörung mit stark somatisierenden Tendenzen möglich, wobei die kognitiven Einschränkungen dabei eine nicht unerhebliche und ausschliessende Rolle spielten, so dass es der Beschwerdeführerin nicht gelinge, mit ihrer Schwindelsymptomatik und der neurologischen Symptomatik, wie sie anlässlich des vermuteten Insultes aufgetreten sei, umzugehen. Das Zustandsbild sei derzeit ohne eine neuropsychologische Zusatzuntersuchung zur Evaluation der Fähigkeiten der Beschwerdeführerin nicht beurteilbar. Angesichts des aktuell präsentierten Zustandsbildes sei eine Tätigkeit in der Pflege nicht vorstellbar. In der angestammten Tätigkeit liege eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vor (S. 7). Es sei längerfristig eine angepasste Tätigkeit möglich, das Profil sei jedoch derzeit nicht abschliessend beurteilbar (S. 8).

E. 3.6

Im Bericht vom 19. März 2022 (Urk. 7/40) führte Dr. E.____ aus, dass sich das Zustandsbild der Beschwerdeführerin zwischenzeitlich verbessert habe. Im Januar habe sie mit der Psychospitex das Gehen draussen zu üben begonnen und sei seither aktiver

geworden. Im Februar habe sie beklagt, dass sie zwischenzeitlich wie blockiert sei. Wenn sie in einen Laden gehe, könne sie nur noch kleine Schritte machen, das sei sehr anstrengend. Zwischendurch könne sie ganz normal gehen (S. 3). Inwiefern eine tiefe Angststörung oder eine latente Depression für die noch bestehenden somatischen Störungen verantwortlich sei, könne nicht sicher beurteilt werden (S. 4).

E. 3.7

Dr. med. H.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, und Assistenzärztin I.____ von der Rehaklinik J.____ hielten in ihrem Bericht vom 13.

September 2022 (Urk. 7/55) folgende Diagnosen fest (S. 1 -2): - Unklare Episode mit Schwindel, Sensibilitätsstörung der linken Körperhälfte und transiente Blindheit am 21.01.2021 - Kognitionsstörung unklarer Ätiologie - V.a. Anpassungsstörung, DD PTBS - Unklare Raumforderung der Parotis rechts, ED 29.01.2021 - Z.n. Sialolithiasis

li ED 17.08.2022 - V.a. Globus hystericus - St. n. operativer Entfernung eines tenosynovialen Riesenzelltumors posterolaterales OSG 15x20 mm rechts (K.____) - Z.n. H. pylori Eradikation 04/2016 - Z.n. anämisierender GI Blutung 2016, Ilekoloskopie

opB - Z.n. Appendektomie - Z.n. Hysterektomie 2015 - Milde Thrombozytopenie unklarer Ursache

Die Beschwerdeführerin sei ihnen am 17. August 2022 mit Verdacht auf eine Somatisierungsstörung mit unklaren Episoden von Schwindel, Sensibilitätsstörung sowie Kraftminderung der unteren Extremitäten links zur stationären Rehabilitation (17. August bis 13. September 2022) zugewiesen worden. Das Gehen sei selbständig möglich gewesen, jedoch habe sich ein leichtes, links seitiges Hinken mit verringerter Knieflexion gezeigt. Zudem habe sie massive Schwierigkeiten bei Dual Task Aufgaben sowie partieller Kopfdrehung beim Gehen gezeigt. Mittlerweile könne sie Dual Task Aufgaben sicher durchführen. Im Bereich der Neuropsychologie habe sich eine verminderte Leistung in den exekutiven Bereichen gezeigt sowie hinsichtlich der visuellen mnestischen Funktionen (Merkspanne, Lernfähigkeit, Gedächtnis). Zudem bestünden eine verlangsamte Alertness sowie Überforderung hinsichtlich geteilter Aufmerksamkeit. Die Defizite hätten psychiatrisch überlagert gewirkt und seien nicht aggravierender Natur (S. 2). Zudem seien intermittierende Schwächeanfälle mit plötzlicher Gangunsicherheit, diffusen Rückenschmerzen sowie Unwohlsein aufgetreten. In der klinischen Untersuchung hätten sich keine pathologischen Befunde ergeben. Nach ausführlichen Gesprächen und Ruhephasen habe sich die Beschwerdeführerin rasch stabilisiert. Die Zustandsverbesserung habe sich ausserdem in der funktionellen Unabhängigkeit der Beschwerdeführerin gezeigt, sie habe in deutlich gebessertem Allgemeinzustand am 13. September 2022 in die häusliche Umgebung entlassen werden können (S. 3).

E. 3.8

Dr. E.____ berichtete am 26. November 2022 (Urk. 7/67), dass die Beschwerdeführerin weiterhin alle zwei Wochen in Behandlung sei. Eine andere Therapie Möglichkeit bestehe aufgrund mangelnder Reflexionsfähigkeit nicht. Sie beklage weiterhin, dass das Gespräch mit mehreren Menschen seit dem Ictus erschwert sei (S. 3). Ausser den von der Beschwerdeführerin geschilderten Ängsten bezüglich Gangproblemen mit Unsicherheit und Schwindel, Schwierigkeiten beim Duschen und den kognitiven Problemen beständen seines Wissens weiterhin keine psychischen Probleme. Inwiefern eine tiefere Angststörung oder

eine latente Depression für die noch bestehenden somatischen Störungen verantwortlich sei, könne weiterhin nicht sicher beurteilt werden. Die Diagnose sei unverändert (S. 4). Zurzeit bestehe aufgrund der von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten (S. 5).

E. 3.9

Dr. med. L.____, FMH Neurologie, des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) der Beschwerdeführerin führte in ihrer Stellungnahme vom 5. Dezember 2022 (Urk.

7/68/8-9) aus, dass als einzige Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung beschrieben worden sei. Eine neurologische und HNO-ärztliche Ursache der Beschwerden sei bereits vorgängig intensiv abgeklärt und weitgehend ausgeschlossen worden. Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Diagnose (Anpassungsstörung) auszugehen, welche die Arbeitsfähigkeit nicht längerfristig einschränke, weshalb nicht von einer IV-relevanten gesundheitlichen Einschränkung auszugehen sei (S. 9).

E. 4

und 4.7).

E. 4.1

Die Beschwerdeführerin begründete die Abweisung des Leistungsgesuchs insbesondere damit, dass keine Diagnose mit langfristiger Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege, was aber angesichts der Aktenlage nicht zum Vornherein und pauschal ausgeschlossen werden kann. Diesbezüglich ist insbesondere zu beachten, dass im Hinblick auf die Dauer einer gesundheitlichen Störung in Bezug auf einen Rentenanspruch gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b und c IVG einzig erforderlich ist, dass sich diese während eines Jahres mindestens zu 40 % auf die Arbeitsfähigkeit und nach Ablauf dieses Jahres mindestens zu 40 % auf die Erwerbsfähigkeit auswirkt. Gestützt auf die medizinische Aktenlage kann die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin jedoch vorliegend nicht abschliessend beurteilt werden.

So

kann bereits die Annahme der RAD-Ärztin, wonach lediglich eine Anpassungsstörung ausgewiesen sei (vgl. Urk. 7/68/9), nicht ohne Weiterungen bestätigt werden. Vielmehr gingen die Ärzte der Rehaklinik J.____

differential diagnostisch von einer PTBS aus (Urk. 7/55/1, 7/59/4) und der behandelnde Psychiater stellte den Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung vom histrionischen und ängstlich-vermeidenden Typus nach ICD-10: F60.4 und 6 in den Raum (Urk. 7/67/5).

Bezüglich der Anpassungsstörung trifft es

sodann zwar zu, dass nach den Klassifikationskriterien unter F43.2 Störungen erfasst werden, deren Symptome meist nicht länger als sechs Monate anhalten. Die Anpassungsstörung ist also medizinisch gesehen per definitionem ein zeitlich begrenztes Phänomen

(Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V [F], 10. Auflage 2015, F43.2 S. 209), weshalb sie als langdauernde und damit potentiell invalidisierende Krankheit im Regelfall ausser Betracht

fällt.

Anders verhält es sich jedoch bei den Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion F43.21 (Urteil des Bundesgericht 9C_436/2022 vom 26. Januar 2022 E. 3.2.1).

Eine solche Diagnose respektive Codierung wurde vorliegend von Dr. G.____ vorgenommen (Urk. 7/44/16).

Die Aussage der RAD-Ärztin, wonach nicht von einer IV -relevanten Gesundheitsschädigung auszu gehen sei, greift somit vorliegend zu kurz und würdigt die medizinischen Akten nicht umfassend, weshalb sich bereits zumindest geringe Zweifel an ihrer Beurteilung aufdrängen (BGE 142 V 58 E. 5.1; 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4).

E. 4.2

Darüber hinaus geht aus dem beschwerdeweise eingereichten Bericht des N.____ vom Dezember 2022 zur neuropsychologischen Untersuchung der Beschwerdeführerin (Urk. 3/3) hervor, dass eine mittelgradige neuropsychologische Störung bei leichter Intelligenzminderung vorliegt und ihr IQ bei 54 liegt (vgl. E. 3.10). Diesbezüglich ist einerseits zu berücksichtigen, dass RAD-Ärztin L.____ keine Kenntnis von dieser Untersuchung

hatte und bei ihrer Beurteilung lediglich von der Diagnose einer Anpassungsstörung der Beschwerdeführerin ausging, weshalb ihre Beurteilung unvollständig und auch aus diesem Grund nicht beweiskräftig ist (vgl. E.1).

E. 4.4

Daneben ist zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin sowohl in somatischer (Gangstörung, Schwindel) als auch in psychischer und neuropsychologischer Hinsicht an Beschwerden leidet. Die sich bis anhin im Dossier befindlichen ärztlichen Berichte haben die Einschränkungen der Beschwerdeführerin und die daraus abgeleitete Arbeitsfähigkeit je nur aus einer medizinischen Disziplin beurteilt. Eine gesamthafte Beurteilung sowohl aus somatischer als auch psychiatrischer Sicht, unter Berücksichtigung der jeweiligen Wechselwirkungen, fand bisher nie statt. Dies ist jedoch vorliegend angezeigt,

auch vor dem Hintergrund, dass der behandelnde Psychiater nicht sicher beurteilen könne, inwieweit allenfalls eine überdeckte depressive Grundstörung für die somato-neurologischen Störungen verantwortlich sei (Urk. 3/4).

E. 4.5

Der medizinische Sachverhalt ist nach dem Gesagten ungenügend abgeklärt, weshalb die Sache an die Beschwerdegegnerin, zurückzuweisen ist, damit diese den Gesundheitszustand und die funktionelle Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychischer und somatischer Sicht in Form eines zumindest bidisziplinären Gutachtens abkläre (psychiatrisch inklusive neuropsychologisch/neurologisch).

Ob sich mit Blick auf den Zustand des rechten Fusses nach am 23. Juni 2022 erfolgter operativer Entfernung eines Riesenzelltumors am oberen Sprunggelenk (vgl. Urk. 1 S. 8, Urk. 7/55 S. 2) eine zusätzliche Disziplin aufdrängt, wird gegebenenfalls zu prüfen sein.

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang darauf, dass im Rahmen der weiteren Abklärungen mit Blick auf den Grundsatz «Eingliederung statt/vor Rente» gegebenen falls Eingliederungsmassnahmen zu prüfen sind. 4.

E. 5

).

Andererseits werden Intelligenzminderungen nach dem heute zur Anwendung gelangenden Klassifikationssystem ICD-10 in leichte (IQ 69 bis 50), mittelgradige (IQ 49 bis 35), schwere (IQ 34 bis 20) und schwerste (IQ weniger als 20) Fälle eingeteilt (ICD-10 F70 bis F73). Nach konstanter Rechtsprechung wird heute bei einem IQ von 70 und mehr ein invalidenversicherungs rechtlich massgeblicher Gesundheitsschaden verneint.

Demgegenüber führt ein IQ unterhalb dieses Werts in der Regel zu einer relevanten verminderten Arbeitsfähigkeit. Auch diesfalls ist jedoch stets eine objektive Beschreibung der Auswirkungen der festgestellten Intelligenzminderung der versicherten Person auf ihr Verhalten, die berufliche Tätigkeit, die normalen Verrichtungen des täglichen Lebens und das soziale Umfeld erforderlich (Urteil des Bundesgerichts 9C_5/2021 vom 6. Mai 2021 E. 3.3 mit Hinweisen).

Insofern deutet der festgestellte IQ von 54 auf einen

grundsätzlich IV-relevanten Gesundheitsschaden der Beschwerdeführerin hin, sofern die sbezüglich die versicherungsmässigen Voraussetzungen erfüllt sind, die Intelligenzminderung mithin nicht bereits bei der Einreise in die Schweiz im Jahr 1988 im nunmehr festgestellten Ausmass vorlag.

Zwar ging Dr. phil

M.____

am ehesten von einer vorbestehenden Leistungsschwäche aus, schloss im Ergebnis aber auf eine unklare Ätiologie und wies insbesondere auf eine Akzentuierung derselben durch die aktuellen Angstzustände mit Somatisierungstendenz hin (Urk. 3/3 S. 4). Bereits Dr. G.____ hatte in ihrem Bericht vom 24. Februar 2022 darauf hingewiesen, dass sich die kognitiven Einschränkungen der Beschwerdeführerin negativ auf ihren Umgang mit ihrer Schwindelsymptomatik und der neurologischen Symptomatik auswirken (Urk. 7/44/16). Zu berücksichtigende (indirekte) Auswirkungen der Intelligenzminderung auf den Gesundheitszustand und die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin lassen sich folglich aufgrund der aktuellen Aktenlage auch für den Fall, dass die Intelligenzminderung bereits bei der Einreise in die Schweiz vorlag, nicht ausschliessen. Jedoch stellt die neuropsychologische Abklärung ohnehin nur

eine Zusatzuntersuchung dar und es ist grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen oder allenfalls des neurologischen Facharztes, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen (Urteil des Bundesgerichts 8C_380/2022 vom 27. Dezember 2021 E. 10.2.1).

Eine beweisrechtlich verwertbare fachärztliche Beurteilung, welche die festgestellte Intelligenzminderung, deren Ätiologie und Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit und den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sowie eine allfällige ressourcenhemmende Wirkung derselben überzeugend miteinbezieht, fehlt indes ebenso wie eine ansonsten beweiskräftige psychiatrische Beurteilung. 4. 3

Der behandelnde Psychiater

Dr. E.____

fürhte die festgestellte mittelgradige neuropsychologische Störung bei leichter Minderintelligenz in seinem Bericht vom 6. April 2023 (Urk. 3/4) zwar diagnostisch an und sprach sich für eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten aus, dies indes allein gestützt auf die Schilderungen der Beschwerdeführerin, einen dürftigen klinischen Befund und ohne die funktionellen Einschränkungen nachvollziehbar dar zulegen oder sich mit Ursache und den direkten oder indirekten Auswirkungen der Intelligenzminderung auseinanderzusetzen . Darüber hinaus enthielt er sich diagnostisch einer abschliessenden Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin und handelt es sich bei den von ihm gestellten Diagnosen allesamt um Verdachtsdiagnosen , weshalb dann wohl auch eine Überweisung ins Rehakazentrum

O.____ unter anderem zwecks Abklärung der medizinischen Situation erfolgte (vgl. Urk. 3/4 S. 2-3).

Dasselbe gilt für die medizinische Beurteilung von Dr. G.____ zuhanden der Krankentaggeldversicherung. Zwar berücksichtigte die Gutachterin im Rahmen ihrer Einschätzung eine nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische kognitive Störung respektive einen Verdacht auf eine Minderintelligenz (Urk. 7/44/14). Indes sprach sie sich explizit für die Notwendigkeit einer neuropsychologischen Zusatzuntersuchung zur Beurteilbarkeit des komplexen Zustandsbildes und der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus und enthielt sich folgerichtig einer abschliessenden Beurteilung (Urk. 7/44/16 f.).

Eine beweismässige psychiatrische Beurteilung liegt damit nicht vor.

E. 5.1

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. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen , unabhängig davon, ob sie beantragt oder ob das Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (BGE 141 V 281 E. 11.1, 137 V 210 E. 7.1, 137 V 57 E. 2.2) . Folglich sind die Gerichtskosten der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 5.2

Ausgangsgemäss ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine angemessene Prozessentschädigung zu bezahlen, welche in Anwendung von Art. 61 lit. g ATSG, namentlich unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses und dem Umstand , dass der Rechtsvertreter die Beschwerdeführerin bereits im Vorbescheidverfahren vertreten hat

und seine Eingabe grösstenteils dem Einwand entspricht ,

auf Fr. 1 ' 2 00.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 8. März 2023 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge. 2.

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

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 1'200.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tobias Figi -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der
Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
GräubLangone

E. 6

Zusammengefasst erweist sich der medizinische Sachverhalt für eine abschliessende Beurteilung der vorliegenden Streitfrage als ungenügend abgeklärt, wes halb die angefochtene Verfügung vom 8. März 2023 (Urk. 2) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit diese nach ergänzender Abklärung im Sinne der obigen Erwägungen eine neue Beurteilung vornehme und sodann über den Leistungsanspruch neu verfüge. 5.

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