

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00215 vom 30. April 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-04-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2024.00215](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00215)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00215 du 30 avril 2025

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00215 del 30 aprile 2025

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1966, war zuletzt von November 2015 bis Juni 2019 als Produktionsmitarbeiterin tätig ( Urk. 6/6/1, Urk. 6/15/1, Urk. 6/32/1 ). Am 6. März 2019 meldete sie sich unter Hinweis auf seit circa 2017 bestehende psychische Beeinträchtigungen bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV Stelle, an ( Urk. 6/7 Ziff. 6.1).

Die IV-Stelle tätigte berufliche und medizinische Abklärungen ( Urk. 6/4-6, Urk. 6/11, Urk. 6/15), zog die Akten der Krankentag geldversicherung bei ( Urk. 6/17) und führte am 24. Mai 2019 ein Standortgespräch durch ( Urk. 6/13). Am 15. August 2019 sprach sie der Versicherten Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Job Coachings vom 14. August 2019 bis 13. Februar 2020 ( Urk. 6/21) sowie eines Bewerbungscoachings (Mitteilung vom 18. Dezember 2019, Urk. 6/42) zu.

Die Arbeitsvermittlung wurde mit Mittelung vom 30. Juni 2020 abgeschlossen, da die Integration in den Arbeitsmarkt nicht gelungen sei ( Urk. 6/48).

Nach Einholen diverser medizinischer Berichte veranlasste die IV-Stelle die polydisziplinäre Begutachtung der Versicherten ( Gutachten der

Y.\_\_\_\_ GmbH,

Z.\_\_\_\_, vom 11. Januar 2022, Urk. 6/101 ). Am 28. Februar 2022 auferlegte die IV-Stelle ihr als Massnahme eine stationäre fachpsychiatrische Behandlung mit ambulanter Weiterbehandlung ( Urk. 6/107). Gleichzeitig teilte sie ihr mit, sie nehme in Aussicht, ihr mit Wirkung ab Januar 2020 (Ablauf Wartezeit) bei einem Invaliditätsgrad von 50 % eine halbe Rente zuzu sprechen (Vorbescheid vom 28. Februar 2022, Urk. 6/109). Im Rahmen des Einwandverfahrens ( Urk. 6/113, Urk. 6/118) eingereichte Arztberichte ( Urk. 6/112, Urk. 6/117) führten zu Rückfragen zum Y.\_\_\_\_-Gutachten ( Urk. 6/125), welche die Gutachter am 8. August 2022 beantworteten ( Urk. 6/127). Die Versicherte nahm am 27. September 2022 hierzu Stellung unter Einreichung weiterer Berichte ( Urk. 6/135, Urk. 6/136-139; vgl. Urk. 129). Nach einer fachärztlich neurologischen und neuropsychologischen Beurteilung

an der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals A.\_\_\_\_

( A.\_\_\_\_; Urk. 6/149-150, Urk. 6/153, Urk. 6/158; vgl. Urk. 6/140, Urk. 6/142, Urk. 6/144, Urk. 6/162 ) erliess die IV-Stelle den Vorbescheid vom 19. Oktober 2023, welcher denjenigen vom 28. Februar 2022 ersetzte und mit welchem sie in Aussicht stellte, der Versicherten vom 1. Januar 2020 bis Mai 2022 bei einem Invaliditätsgrad von 50 % eine

halbe und ab Juni 2022 bei einem Invaliditätsgrad von 70 % eine ganze Rente zuzusprechen ( Urk. 6/165).

Die Versicherte erhob dagegen keine Einwände. In der Folge sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung en vom 29. Februar 2024 von Januar 2020 bis Mai 2022 eine halbe und ab Juni 2022 eine ganze Rente zu ( Urk. 2, Urk. 6/178, Urk. 6/183; vgl. für den Verfügungsteil 2 Urk. 6/167).

### **E. 1.1**

und 1.3, S. 3 Ziff.

### **E. 1.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.3**

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

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

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

### **E. 1.4**

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a IVV) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_122/2020 vom 26. Februar 2021 E. 2). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C\_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2 und 8C\_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis). 1. 5

Bei der Invaliditätsbemessung kommt der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG grundsätzlich Vorrang zu. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer

ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sog. Prozentvergleich; Urteil des Bundesgerichts 8C\_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis auf BGE 114 V 310 E. 3a).

Der Invaliditätsgrad ist namentlich dann durch Prozentvergleich zu ermitteln, wenn Validen- und Invalideneinkommen sich nicht hinreichend genau oder nur mit unverhältnismässig grossem Aufwand bestimmen lassen und in letzterem Fall zudem angenommen werden kann, die Gegenüberstellung der nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzten, mit Prozentzahlen bewerteten hypothetischen Einkommen ergebe ein ausreichend zuverlässiges Resultat. Diese Berechnungsweise ist insbesondere anwendbar, wenn die konkreten Verhältnisse so liegen, dass die Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen die für den Umfang des Rentenanspruchs massgebenden Grenzwerte von 70, 60, 50 und 40 % (Art. 28 Abs. 2 IVG) eindeutig über- oder unterschreitet (Urteil des Bundesgerichts 9C\_492/2018 vom 24. Januar 2019 E. 4.3.2 mit Hinweis auf Urteil 8C\_333/2013 vom 11. Dezember 2013 E. 5.3 mit Hinweisen).

Sind indessen Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt 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). 2.

## **E. 2**

1. Mai 2024 (Urk.

### **E. 2.1**

, Ziff. 3.4,

Ziff. 4.2-4.3,

Ziff. 5 ). 3. 6

Gemäss dem Bericht des Instituts G.\_\_\_\_

vom 20. Juli 2020 leide die Beschwerdeführerin an einer chronifizierten Zervikozephalgie mit ungerichtetem Schwindel bei radiologischem Nachweis einer Osteochondrose C5/6 sowie einer Hypermobilität C4/5 und Spondylarthrose C2/3 sowie einer chronischen Migräne und Gürtelrose. Die Arbeitsfähigkeit werde vor allem über die psychiatrischen Diagnosen definiert (Urk. 6/54 Ziff. 2.1-2.2, Ziff. 2.5, Ziff. 2.7). 3.7

Aufgrund von rezidivierenden Stürzen bei Schwankschwindel wurde am 14. September 2020 ein MR des Schädels nativ und mit Kontrastmittel durchgeführt, wobei sich bei bekanntem Hydrozephalus im Verlauf eine leichte Zunahme der Ventrikelweite gezeigt habe (Urk. 6/65). Am 19. September 2020 führten die Ärzte des A.\_\_\_\_ aus, es sei zu einer Aggravation der bekannten chronischen Kopfschmerzen mit Schwindel und Erbrechen bei Gangunsicherheit und Dranginkontinenz gekommen. Unter den Diagnosen führten sie

unter anderem den Verdacht auf Morbus Fabry auf, welcher in neurologischer Abklärung sei, vermutlich auf grund der intermittierenden Fühlstörungen und der positiven Familienanamnese für Stroke ( Urk. 6/61/1 und S. 4 ; vgl. auch Urk. 12/2 und Urk. 6/132 ). Gemäss dem Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2020 konnten ein Morbus Fabry und eine Encephalitis ausgeschlossen werden ( Urk. 6/64/2).

3.8

Im Bericht des G.\_\_\_\_ vom 18. April 2021 wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin seit etwa 5 Jahren an Schwindel, Schmerzen und Gangunsicherheit leide. Sie sei seit längerer Zeit vom Neurologen zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Die Arbeit im Haushalt sei durch Schwindel und Sturzgefahr sowie aufgrund der permanenten Kopf-, Nacken- und Schulterschmerzen stark eingeschränkt ( Urk. 6/88).

3.9.1

Am 11. Januar 2022 erstatteten Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, gestützt auf ihre Untersuchungen vom 30. November und 1. Dezember 2021 ein interdisziplinäres

Y.\_\_\_\_-Gutachten ( Urk. 6/101).

Anlässlich der Explorationen habe die Beschwerdeführerin über konstant verspürte Hinterkopf- und Nackenschmerzen mit Ausstrahlung zeitweise nach frontal in den Kopf, dann über die Schultern in beide Arme ziehen, über einen Schwankschwindel bei schnellen Bewegungen, eine Gangunsicherheit mit Notwendigkeit des Gehens an Gehstücken bei Kontrollverlust über ihre Beine, über intermittierendes Nebelsehen, linksseitige Schmerzen im Bereich der Hand, des Ellenbogens und der Schulter in der Nacht, über intermittierende Unterbauchschmerzen und Beinschmerzen links, eine traurige Grundstimmung sowie Freudlosigkeit und Ängstlichkeit berichtet (S. 7 Ziff. 4.1). Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) bei funktionellem Schwindel, Kopfschmerzen und subjektiven Konzentrationsstörungen (S. 8 Ziff. 4.2a). Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führten sie die Folgenden – gekürzt wiedergegebenen – auf (S. 8 Ziff. 4.2b): - chronische Zervikozephalgie beidseits - hydrozephal erweitertes, supratentoriales Ventrikelsystem - multifaktorielles Kopfschmerzsyndrom mit Spannungskopfschmerz- und Migränekomponente - zerebrale Mikroangiopathie - rezidivierende Herpes Simplex Infektion lumbal links - Dyslipidämie - leichte makrozytäre Anämie

In der interdisziplinären medizinischen Beurteilung hielten die Gutachter fest, bezüglich des Einflusses auf die Arbeitsfähigkeit klar im Vordergrund stehe die psychiatrische Symptomatik. Aus somatischer Sicht bestehe eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden. Aus orthopädischer Sicht hätten sich die geklagten Beschwerden nicht nachvollziehen lassen. Aus neurologischer Sicht seien die auffälligen MR-Schädelbefunde (zerebrale Mikroangiopathie, hydrozephal erweitert, supratentoriales Ventrikelsystem) als ohne klinisches Korrelat einzuordnen. Entlastungsfunktionen im Hinblick auf einen Normaldruck-Hydrozephalus habe keine Besserung erbracht, die subjektiv geklagten

Konzentrationsstörungen seien bei der Begutachtung nicht aufgefallen. Der geklagte Schwindel sei als funktionell einzuordnen, die geklagten Kopfschmerzen als multifaktorielles Kopfschmerzsyndrom mit Spannungskopfschmerz- und Migränekomponente. Aus allgemeiner internistischer Sicht könne keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Für die Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektiven Befunden zeichne sich gemäss der psychiatrischen Beurteilung eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung verantwortlich, wobei komorbid eine mittelgradige depressive Episode vorliege. Die psychiatrischen Störungen hätten Krankheitswert und schränken die Arbeitsfähigkeit ein (S. 8 f. Ziff. 4.3 ; vgl. auch S. 9 Ziff. 4.5 ). Psychosoziale Belastungsfaktoren seien für die psychiatrischen Störungen ursächlich (S. 9 Ziff. 4.4). Es bestehe in angestammter und angepasster Tätigkeit aus psychiatrischen Gründen eine 50%ige Arbeitsfähigkeit seit Januar 2019 (S. 9 f. Ziff. 4.6-4.8). Eine erneute stationäre fachpsychiatrische Behandlung und eine suffiziente Anpassung der Medikamente solle erfolgen. Prognostisch sei davon auszugehen, dass ein Jahr nach Einleitung der empfohlenen Therapiemassnahmen mit dem Wiedererlangen einer vollen Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit zu rechnen sei (S. 10 Ziff. 4.9 ). Als Belastungsprofil wurde festgehalten, dass keine hohen Anforderungen an die Kognition und keine Anforderungen an ein intaktes Gleichgewichtsvermögen zu stellen seien (S. 10 Ziff. 4.9).

### 3.9.2

Im Rahmen der internistischen Begutachtung konnten keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Diagnosen gestellt werden ( Urk. 6/23-29 ).

Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung vom 1. Dezember 2021 ( Urk. 6/30-37) habe die Beschwerdeführerin angegeben, dass sie seit mindestens drei Jahren unter einer zunehmenden depressiven Symptomatik leide (S. 31). Die Konzentration und das Gedächtnis hätten sich im Gespräch wechselhaft gezeigt, die Stimmungslage sei deutlich depressiv herabgesetzt gewesen bei einer dünnhäutig und brüchig wirkenden Beschwerdeführerin, welche im Gespräch mehrfach geweint habe bei ausreichendem Aktivitätsniveau im Alltag. Es sei ein deutlich depressiver Affekt spürbar gewesen sowie ein verminderter Antrieb. Es seien keine Symptome aus dem Spektrum der Angststörungen vorhanden gewesen. Zu diagnostizieren seien eine mittelgradige depressive Episode und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei fehlenden erkläraren pathoanatomischen Befunden (S. 33 Ziff. 4.3 und Ziff. 6.1, S. 34 Ziff. 6.3). Die Beschwerdeführerin befinde sich in einer schwierigen psychosozialen Situation. Sie leide unter einer Reihe körperlicher Beschwerden, welche grossenteils aus einer psychosomatischen Genese heraus anzunehmen seien. Hinzu kämen psychosoziale Belastungsfaktoren in dem Sinne, dass die Beschwerdeführerin ungelernet sei, kaum Deutsch spreche und sozial allenfalls mässig integriert sei, es bestehe keine Partnerschaft und die Kinder wohnten nicht daheim, es sei schwierig, eine neue Arbeitsstelle zu finden (S. 34 Ziff. 7.1).

Aus psychiatrischer Sicht bestünden in der Alltagsgestaltung mit der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode vereinbare Einschränkungen. Im Bericht der C. \_\_\_ vom 6. Dezember 2019 sei nach Austritt aus der Tagesklinik eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bescheinigt worden, ebenso im Bericht der D. \_\_\_ vom 23. Juni 2020. Dieser Einschätzung sei retrospektiv zu folgen. Es bestehe auch aktuell eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (S. 35 Ziff. 7.3 und 8.1 ).

Die psychotherapeutischen Therapie massnahmen seien nicht suffizient. Eine stationäre Behandlung mit Anpassung der Medikation und die Weiterbehandlung bei einem Therapeuten, der die Muttersprache der Beschwerdeführerin spreche, seien als medizinische Massnahmen zu nennen. Prognostisch sei davon auszugehen, dass ein Jahr nach Therapieanpassung mit dem Wiedererlangen einer vollen Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit zu rechnen sei (S. 34 Ziff. 7.2 und S. 36 Ziff. 8.3). 3.9.3

Im orthopädischen Teilgutachten (S. 38-46) konnten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe eine chronische Zervikozephalgie beidseits (S. 42

Ziff. 6). Objektivierbar sei, dass sich die Beschwerdeführerin auf der Treppe langsam und beim ebenen Barfussgang kleinschrittig sowie etwas ataktisch wirkend bewege. Die geklagten Beschwerden könnten auf rein orthopädischer Ebene nicht nachvollzogen werden. Die Kooperation sei gut gewesen (S. 43 Ziff. 7.3). 3.9.4

Im neurologischen Teilgutachten (S. 47-53) wurden ebenfalls keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 50 Ziff. 6). Die Beschwerden könnten nicht hinreichend organisch-neurologisch erklärt werden, die angegebene hochgradige Einschränkung im Alltag sei nicht nachvollziehbar (S. 51 Ziff. 7.3).

Beim Strichgang seien unvermittelt «Verrenkungen» aufgetreten, was zu den zuvor durchgeführten regelmässigen Schritten nicht gepasst habe (Urk. 6/101 S. 49 Ziff. 4.3). 3.10

Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, regionaler ärztlicher Dienst (RAD), nahm am 26. Januar 2022 zum Gutachten Stellung und hielt fest, es liege ein Gesundheitsschaden vor, welcher sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Aus somatischer Sicht bestehe eine Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden. Die Arbeitsfähigkeit sei daher rein psychiatrisch eingeschränkt und es bestehe seit Januar 2019 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 6/105/11-13). 3.11

Im Bericht des Instituts für Medizinische Genetik der Universität M.\_\_\_\_ vom 28. März 2022 wurde die Diagnose CADASIL-Erkrankung mit/bei wahrscheinlich pathogener Mutation im NOTCH3-Gen, ausgeprägter zerebraler Mikroangiopathie (MRI Schädel 2018), Gangstörung, Normaldruckhydrozephalus sowie positiver Familienanamnese für Hirnblutung und Stroke festgehalten (Urk. 6/117/1). In der Zusammenschau der Befunde sei es sehr wahrscheinlich, dass die Genmutation kausal für die Symptomatik der Beschwerdeführerin sei (S. 2 Mitte). 3.12

Nach Anordnung einer neurologischen Untersuchung am A.\_\_\_\_ durch die Beschwerdeführerin (Urk. 6/119) verzichtete diese in der Folge darauf (Urk. 6/121) und veranlasste die Beantwortung von Rückfragen durch die Gutachter des Y.\_\_\_\_ (Urk. 6/125). Diese nahmen am 8. August 2022 Stellung und hielten fest, die zur Diskussion gestellte Mutation ändere nicht die im Vordergrund stehenden Diagnosen aus dem psychiatrischen und neurologischen Fachgebiet. Eine Änderung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich durch den Nachweis der Mutation nicht. Auch wenn der Nachweis einer möglicherweise pathogenen Mutation vorliege und wenn möglicherweise hierdurch das Risiko, an CADASIL zu erkranken erhöht sei, so stelle dies klinisch-neurologisch zum Untersuchungszeitpunkt keine Einschränkung dar. Inwieweit die Belastung durch das Wissen um eine solche Mutation sich psychisch auswirke, falle in das psychiatrische Fachgebiet. Der klinische

Befund, so wie er im Gutachten unter 4.3 beschrieben werde, insbesondere im Punkt Motorik, sei mit keinem organischen Krankheitsbild kompatibel ( Urk. 6/127 ). 3.13

Am 15. September 2022 führte Dr. B.\_\_\_\_ ( Urk. 6/136) im Zusammenhang mit der Stellungnahme der Y.\_\_\_\_ -Gutachter aus, im Verlauf seit 2018 seien ein Hydrozephalus mit ausgeprägter zerebraler Mikroangiopathie, eine Gangstörung, eine depressive Störung und eine ausgeprägte Angststörung vorgelegen. Der Befund der Humangenetik zeige eine Mutation im NOTCH3-Gen, welche den bisherigen Verlauf berücksichtigend mit einem CADASIL-Syndrom vereinbar sei. Die Stellungnahme der Y.\_\_\_\_ -Gutachter sei angesichts der Befunde und des progredienten Verlaufs kaum nachzuvollziehen und beziehe sich nicht ausreichend auf die objektiven Untersuchungsbefunde mit MRT und Genanalyse sowie die genannten korrelierenden klinischen Befunde. 3.14

Im Bericht des N.\_\_\_\_ vom 19. September 2022 betreffend das MRI des Neurokraniums ( Urk. 6/137) wurde festgehalten, dass sich seit 2020 eine diskrete, seit 2017 etwas deutlichere Zunahme der Leukenzephalopathie im Rahmen des

CADASIL-Syndroms zeige, jedoch weiterhin kein Nachweis von grösseren Infarkten oder Hämorrhagien und keine makroskopischen Gefässstenosierungen. Die Ausprägung des Hydrozephalus sei stationär. 3.15

Im Bericht des A.\_\_\_\_, Klinik für Neurologie, vom 24. März 2023 ( Urk. 6/149) wurden die folgenden, vereinfacht wiedergegebenen, Diagnosen gestellt (S. 1 f.): - CADASIL-Syndrom, Erstdiagnose März 2022 - Normaldruckhydrozephalus-Aspekt - chronische Migräne mit Aura - Angst- und Panik sowie depressive Störung - chronischer Kopfschmerz vom Spannungstyp - Status nach benignem paroxysmalem Lagerungsschwindel horizontaler Bogengang links, Erstdiagnose Juni 2013

Anamnestisch habe sich ein progredienter Symptomenkomplex mit täglich auftretenden Kopfschmerzen, psychiatrischen Störungen, kognitiver Einschränkung sowie Gangstörung seit 2017 ergeben. In der klinisch-neurologischen Untersuchung habe ein leicht erhöhter Muskeltonus der Beine mit unsicherem Gangbild imponiert. Im Verlaufs-MRI des Gehirns vom September 2022 sei eine Zunahme der Leukenzephalopathie im Rahmen des CADASIL-Syndroms zur Darstellung gekommen. Grössere Infarkte seien verneint worden, es hätten sich jedoch passend zum CADASIL-Syndrom mehrere lakunäre Infarkte Capula interna und externa beidseits linksbetont gefunden. Das klinische Bild mit einer Migräne mit Aura und mit psychiatrischer Störung (depressive Episoden sowie Panik- und Angststörung) in Kombination mit einer Gangstörung werde insbesondere unter Berücksichtigung der genetisch gesicherten Diagnostik und cMRI-Untersuchung weiterhin im Rahmen eines CADASIL-Syndroms interpretiert (S. 4 unten).

Ergänzt wurde vorstehender Bericht durch den Bericht betreffend das MRI der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 5. Mai 2023 ( Urk. 6/150) und den Bericht vom 15. Mai 2023, in welchem festgehalten wurde, dass bei bestehender Gangstörung sowie ausgeprägter Lumbago - jedoch fehlenden Red Flags - ein MRI der LWS zum differentialdiagnostischen Ausschluss einer dortigen Pathologie veranlasst worden sei. Magnetresonanztomografisch

hätten sich mehrere sakrale Wurzeltaschenzysten, die grösste auf Höhe von SWK 2, beidseits mit Kompression der angrenzenden Nervenwurzeln gezeigt. Bei telefonischer Verneinung neuer fokal-neurologischer Defizite sowie fehlenden Red Flags in der

körperlichen Untersuchung vom 24. März 2023 sei die Gangunsicherheit im Rahmen des CADASIL-Syndroms interpretiert worden (Urk. 6/153 S. 3). 3.16

Die neuropsychologische Untersuchung am A.\_\_\_\_

vom 22. Juni 2023 ergab gemäss dem Bericht vom gleichen Tag (Urk. 6/158) bei den bekannten Diagnosen die neuropsychologische Diagnose einer mittelschweren bis allenfalls schweren neuropsychologischen Funktionsstörung (S. 1). Im Vergleich zur neuropsychologischen Voruntersuchung von 2017 zeige sich leider eine deutliche Verschlechterung in den attentionalen und insbesondere mnestischen Teilfunktionen. Auch die exekutiven Minderleistungen hätten sich weiter akzentuiert. Lokalisatorisch würden die Befunde auf eine Beeinträchtigung bilateraler, frontosubkortikaler bis hin zu mediotemporalen Regelkreise hindeuten und liessen sich gut im Rahmen des CADASIL-Syndroms mit ausgeprägter und seit 2017 deutlich zunehmender vaskulärer Leukenzephalopathie im frontalen, parietalen und temporalen Marklager interpretieren. Sekundärleistungsmindernd lasse sich eine affektpathologische Komponente nicht gänzlich ausschliessen. Aus rein neuropsychologischer Sicht liege eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 70 % vor (S. 4). 3.17

Dr. L.\_\_\_\_, RAD, nahm am 15. August 2023 Stellung und führte aus, bis 2017 sei der Verlauf stabil gewesen, dann sei es fr emdanamnestisch zu einer Zunahme der Kopfschmerzen, der passageren sensomotorischen Defizite der Extremitäten, der Angst- und Panikstörung

gekommen. In der Untersuchung habe sich die Verschlechterung objektivieren lassen. Die Resultate der neurokognitiven Untersuchung stimmten mit der klinischen und bildgebenden Verschlechterung überein. Aus versicherungsmedizinisch-theoretischer Sicht könne eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit angestammt und angepasst nachvollzogen werden. Diese Arbeitsunfähigkeit bestehe seit der Diagnosestellung, das heisse seit März 2022 (Urk. 7/162/8 f.). 3.18

Dr. B.\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 30. August 2024 zusammenfassend fest, die klinischen Hinweise für CADASIL seien bereits vor 2018 vorgelegen. Seit 2018 befinde sich die Beschwerdeführerin in seiner neurologischen Behandlung, wobei sie zuvor von seinem Vorgänger wegen einer Angststörung, depressiven Störung sowie einer zerebralen Mikroangiopathie unklarer Genese behandelt worden sei. Die Gangstörung mit rezidivierenden Sturzereignissen, die depressive Störung sowie die Migräne seien vorgelegen. Die genetische Testung im Jahr 2022 habe das CADASIL-Syndrom ergeben. Morbus Fabry sei eine andere Form der zerebralen vererbaren Mikroangiopathie. Diese Verdachtsdiagnose sei vom A.\_\_\_\_ im Jahr 2020 gestellt worden (Urk. 12/1). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich bei der Zusprache der abgestuften Rente (halbe Rente von Januar 2020 bis Mai 2022 sowie ganze Rente ab Juni 2022) auf die Einschätzung der Y.\_\_\_\_-Gutachter vom 11. Januar 2022 sowie von Dr. L.\_\_\_\_, RAD,

vom 15. August 2023 ab, wonach nach Ablauf des Wartejahres die Erwerbsunfähigkeit und damit der Invaliditätsgrad 50 %

und nach Ablauf von drei Monaten seit der Diagnosestellung des CADASIL-Syndroms im März 2022 der Invaliditätsgrad bei einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 70 %

ebenso viel betragen habe (vgl. vorstehend E. 2.1).

Die Beschwerdeführerin machte geltend, im Y.\_\_\_\_ -Gutachten sei das CADASIL-Syndrom nicht diagnostiziert und seien diverse Einschränkungen als nicht erklärbar bezeichnet worden ( Urk. 1 S. 4 Ziff. 2a) . Ausserdem habe sich ihr Gesundheitszustand nicht erst im März 2022 verschlechtert. Vielmehr seien die massiven Symptome und Beschwerden schon im März 2019 vorgelegen und hätten zur Kündigung des langjährigen Arbeitsverhältnisses geführt. Bis 2022 seien die meisten medizinischen Behandler fälschlicherweise von psychischen Beschwerden und nicht erklärbaren Symptomen ausgegangen und hätten die Auswirkungen der Beschwerden erheblich unterschätzt. Im Lichte der zwischenzeitlich bekannten schweren Diagnose sei klar, dass bereits ab Ablauf des Wartjahres ein Anspruch auf eine ganze Rente bestehe (S. 5 f.). 4.2

Wie bereits erwähnt, ist unstrittig, dass ab Juni 2022 aufgrund des CADASIL-Syndroms mit attestierter mindestens 70%iger Arbeitsunfähigkeit angestammt und angepasst (vgl. vorstehend E. 3.11, E. 3.15-3.17) Anspruch auf eine ganze Rente besteht ( Urk. 2). Entgegen der Einschätzung der Beschwerdegegnerin ist jedoch auch im Zeitraum von Januar 2020 (Ablauf des Wartjahres und frühestmöglicher Rentenbeginn) bis Mai 2022 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von ebendieser Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

Dabei ist vorweg festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin nicht begründete, dass beziehungsweise inwiefern es mit der Diagnosestellung im März 2022 zu einer wesentlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen ist, insbesondere legte sie nicht dar, welche Befunde sich im März 2022 inwiefern verändert hätten (vgl. Urk. 2) . Dies tat auch die RAD- Ärztin nicht (vgl. vorstehend E. 3.17) . Zwar bezieht sich die Beschwerdegegnerin ohne Angabe von Daten auf eine Verschlechterung gemäss der neurokognitiven Untersuchung und klinischen sowie bildgebenden Untersuchung ( Urk. 2 S. 4). Vermutungsweise handelt es sich dabei um die im Bericht zur neuropsychologischen Untersuchung am A.\_\_\_\_ vom 22. Juni 2023 festgehaltenen Verschlechterungen (vgl. vorstehend E. 3.16) . Zu beachten ist dabei jedoch, dass eine Verschlechterung gegenüber dem Jahr 2017 attestiert wurde, welche nicht als Grundlage für den Nachweis einer Verschlechterung im Jahr 2022 geeignet ist und überdies eine Verschlechterung bereits per Januar 2020 oder davor nicht ausschliesst. 4.3

Zu prüfen ist somit, ob unter Berücksichtigung der zwischenzeitlich gestellten Diagnose des CADASIL-Syndroms gestützt auf die echtzeitlichen medizinischen Berichte

mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist, dass bereits im Januar 2020 eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 70 %

angepasst und angestammt vorgelegen hat.

Bereits am 30. Januar 2019 erhob Dr. B.\_\_\_\_ als Befunde Kopfschmerzen, verschwommene Sehens, ein Fatigue-Syndrom, Schwindel, gesteigerte Muskelreflexe, Konzentrationsstörungen, Angst und innere Unruhe ( vgl. vorstehend 3.1) . Danebst wurden Gedächtnisstörungen, eine reduzierte Belastbarkeit sowie eine Traurigkeit und entsprechend eine rezidivierende depressive Störung ab Februar 2019 festgehalten und eine 25%ige Leistungsfähigkeit seitens des C.\_\_\_\_

attestiert ( vgl. vorstehend E. 3.2). Im Wesentlichen ergeben sich ebendiese Befunde aus allen nachfolgenden Berichten, wobei eine Gangunsicherheit und Stürze hinzukamen. In den Berichten des Jahres 2020 wurde eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert (vgl. vorstehend 3.3-3.18).

Im Jahr 2022 kamen die Y.\_\_\_\_-Gutachter bei vergleichbaren Befunden zum Schluss, dass im Vordergrund eine psychiatrische Symptomatik stehe und psychosoziale Belastungen vorlägen. Die körperlichen Beschwerden seien im Wesentlichen psychosomatisch bedingt. Die Arbeitsfähigkeit betrage 50 % ( vgl. vorstehend E. 3.9). Daran hielten sie auch im August 2022 fest ( vgl. vorstehend E. 3.12).

Wie bereits erwähnt, zeigt sich das CADASIL-Syndrom klinisch in migräneartigen Kopfschmerzen, wiederholten zerebralen Durchblutungsstörungen, in der Entwicklung einer Demenz, einer spastischen Tetraparese und Pseudobulbärparalyse sowie in psychiatrischen Störungen. Es treten leichtere kognitive Defizite bis hin zu schweren Demenz, eine Beeinträchtigung frontal-exekutiver Funktionen und des Arbeitsgedächtnisses, Depression und Angststörungen auf ( vgl. vorstehend E. 2.5). Mit vorstehend erwähnten Befunden zeigen sich demnach die unter das CADASIL-Syndrom fallenden Symptome seit mindestens Januar 2019, welche später durch Dr. B.\_\_\_\_ sowie die Ärzte des A.\_\_\_\_

begründet,

in überzeugender und nachvollziehbarer Weise unter Ausschluss einer allfälligen LWS-Pathologie dem CADASIL-Syndrom zugeordnet werden konnten ( vgl. vorstehend E. 3.13-16, E. 3.18 ). Dies wurde von der Beschwerdeführerin nicht in Frage gestellt. Damit steht fest, dass die Symptome des CADASIL-Syndroms im massgeblichen Zeitpunkt im Januar 2020 vorlagen. 4.4

Dass diese Befunde die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bereits im Januar 2020 überwiegend wahrscheinlich zu 70 % eingeschränkt haben, steht insofern nicht im Widerspruch zur Einschätzung der Y.\_\_\_\_-Gutachter, welche immerhin aus rein psychiatrischer Sicht eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hatten ( vgl. vorstehend E. 3.9),

als dass sie diese Arbeitsfähigkeitseinschätzung unter Ausschluss von - ihrer Auffassung nach - nicht nachvollziehbaren Beschwerden vornahmen. Daran ändert auch deren

wenig überzeugende Beantwortung der Zusatzfragen nichts, zumal sich die Gutachter inhaltlich nicht darauf einzulassen schienen, dass die erhobenen Befunde organisch erklärbar sein könnten ( vgl. vorstehend E. 3.12). Mit der Feststellung, dass nicht alle geklagten Beschwerden nachvollziehbar seien, mit dem Aufführen

der Kopfschmerzen und der neurologischen Diagnosen unter denjenigen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und der Prognose, dass mit einer stationären psychiatrischen Therapie eine 100%ige Arbeitsfähigkeit innert eines Jahres erreicht werden könne, wird ersichtlich, dass die Gutachter relevante Beschwerden

bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ausblendeten beziehungsweise festhielten, dass sich diese nicht erklären liessen ( vgl. vorstehend E. 3.9 ). Dies, wie sich nachträglich erwies, zu Unrecht. Dabei lässt sich der ataktisch wirkende Gang ( vgl. vorstehend E. 3.9.3 und 3.9.4 ) durch das CADASIL-Syndrom erklären, gehört doch auch eine spastische Parese infolge der Gehirnbeteiligung zu den Symptomen ( vgl. vorstehend E. 2.5). Ferner lassen sich die starken, sehr häufigen Kopfschmerzen (vgl. vorstehend E. 3.4-3.8), welche auch im Rahmen der beruflichen Massnahmen dokumentiert ( Urk. 6/49/21, Urk. 6/50/2), jedoch von den Y.\_\_\_\_-Gutachtern als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingeschätzt worden waren (vgl. vorstehend E. 3.9.1), durch das CADASIL-Syndrom

erklären.

Im Weiteren wurde im Y.\_\_\_\_-Gutachten im Zusammenhang mit dem Belastungsprofil festgehalten, dass keine hohen Anforderungen an die Kognition und keine Anforderungen an ein intaktes Gleichgewichtsvermögen zu stellen seien. Dabei handelt es sich nicht in erster Linie um psychiatrisch bedingte Anforderungen. Vielmehr drängen sich die Anforderungen aufgrund von Befunden, die im Rahmen des CADASIL-Syndroms auftreten, auf. Ausserdem ist nicht davon auszugehen, dass die psychiatrischen Beschwerden bei einer Intensivierung der Therapie abklingen, da sie auf eine organische Störung zurückzuführen sind, welche bislang keiner Heilung zugänglich ist. Entsprechend verfolgte die Beschwerdeführerin die mit Schreiben vom 28. Februar 2022 auferlegte Schadenminderungspflicht im Sinne einer Anpassung der psychiatrischen Behandlung (Urk. 6/107) im Verlauf zu Recht nicht

mehr (vgl. Urk. 6/162/9 Mitte). 4.5

Die als äusserst tüchtig (Urk. 6/40/1) beschriebene Beschwerdeführerin mit langjähriger Anstellung ging trotz seit 2017 bestehender Beschwerden einer Erwerbstätigkeit bis 2019 nach. So wurde im Bericht der Klinik für Neurologie des A.\_\_\_\_ vom 16. Juni 2017 (Urk. 6/131) betreffend die neuropsychologische Untersuchung vom gleichen Tag festgehalten, dass die akute affektive Symptomatik und die damit einhergehende stark reduzierte Belastbarkeit die Arbeitsfähigkeit unabhängig von den leistungsmindernden leichtgradigen kognitiven Defiziten einschränkten. Es werde von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen (S. 3; vgl. Urk. 6/130-131 sowie den Auszug aus dem Individuellen Konto vom 26. Januar 2024, Urk. 6/168).

Zwar suchte die Beschwerdeführerin

nach im Jahr 2019 attestierter 100%iger beziehungsweise 75%iger Arbeitsunfähigkeit (vgl. vorstehend E. 3.2) im Februar 2020 (Urk. 6/57/2 Mitte) eine Anstellung zu 50%. Dies kann ihr jedoch nicht entgegengehalten und als Nachweis für eine tatsächlich bestehende Arbeitsfähigkeit in diesem Umfang angenommen werden. Vielmehr ist die Bereitschaft, trotz ausgewiesener Befunde zu arbeiten, einerseits auf ihre Tüchtigkeit und den finanziellen Druck (Urk. 6/57/2 Mitte) zurückzuführen, andererseits auf das Fehlen einer die Symptome erklärenden Diagnose, sodass zum Teil von nicht nachvollziehbaren Befunden ausgegangen worden war. Hinweise auf eine höhere Einschränkung als 50% trotz Motivation ergeben sich überdies aus der Berufsberatung, wonach der Gesundheitszustand zu wenig stabil sei für den Weg in den ersten Arbeitsmarkt und darauf hingewiesen wurde, dass die diffusen Symptome weiterer Abklärungen bedürfen (vgl. beispielsweise Urk. 6/49/20 f. sowie Urk. 6/50/1). Insbesondere lagen im Februar 2020, wie bereits erwähnt, praktisch täglich Kopfschmerzen vor (vgl. vorstehend E. 3.4), sodass insgesamt die später attestierte mindestens 70%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. vorstehend E. 3.15-17) bereits ab Januar 2020 überwiegend wahrscheinlich ist.

Schliesslich legten auch Dr. B.\_\_\_\_ und die Ärzte des A.\_\_\_\_ nicht dar, dass eine Verschlechterung erst im März 2022 eingetreten ist, sondern wiesen auf eine Verschlechterung seit 2017 hin, welche sich auch durch die zahlreichen Arztbesuche und Abklärungen ab dem Jahr 2019 manifestierten. 4.6

Nach dem Gesagten besteht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit Januar 2020 eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 70% in angepasster und angestammter Tätigkeit,

womit die Beschwerdeführerin ab diesem Zeitpunkt analog zum Zeitraum ab Juni 2022 (vgl. Urk. 6/162/9) Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat. Damit ist die Beschwerde gutzuheissen. 5 .

#### 5 .1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV - Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig.

Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) , auf

Fr. 7 00. — anzusetzen und der unterliegenden Beschwerde gegnerin aufzuerlegen .

#### 5 .2

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung bemisst sich nach der Bedeutung der Streit sache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Als weitere Bemessungs kriterien nennt § 7 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädi gungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV SVGer) den Zeitaufwand und die Barauslagen.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze erweist sich eine Partei entschädigung von Fr. 3'000 .-- (inkl. Barauslage und Mehrwertsteuer) als angemessen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde werden die angefochtene n Verfügung en der Sozialver sicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 2 9. Februar 2024 aufgehoben und es wird festgestellt, dass d i e Beschwerdeführer in ab 1. Januar 2020 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. 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 Parteientschä digung von Fr. 3'000 .-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesge setzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin  
Grieder-Martens Tiefenbacher

### **E. 2.2**

Dagegen machte die Beschwerdeführerin geltend, das Y. \_\_\_ - Gutachten sei in verschiedener Hinsicht ungenügend und ohnehin überholt durch die späteren Abklärungs ergebnisse im Zusammenhang mit dem CADASIL-Syndrom ( Urk. 1 S.

4 Ziff. 2a). Die CADASIL-Syndrom Diagnose habe nachträglich die krankheitsbe dingt tiefe Leistungsfähigkeit, die gutachterlicherseits vom Y. \_\_\_ nicht vollumfänglich anerkannt worden sei, erklärt (S. 5 Ziff. 2c). Ihr Gesundheitszustand habe sich nicht anlässlich der Diagnosebesprechung im März 2022 verschlechtert, in jenem Zeitpunkt sei lediglich die Diagnose eröffnet worden. Die massiven Symptome und Beschwerden hätten schon im März 2019 vorgelegen und hätten zur Kündigung des langjährigen Arbeitsverhältnisses geführt, seien aber meist fälschlicherweise als psychische Beschwerden und nicht erklärbare Symptome erachtet worden (S. 5 f. Ziff. 3a-b). Angesichts der erfolglos verlaufenen Eingliederungs bemühen sowie der Symptome und Beschwerden ab 2019 sei es überwiegend wahrscheinlich, dass mit Ablauf des Wartejahres per Januar 2020 ein Anspruch auf eine ganze Rente bestehe, auch wenn die Proben und Untersuchungen erst im Herbst 2021 entnommen und durchgeführt worden seien (S. 6 Ziff. 3b). Der behandelnde Neurologe habe bereits im Jahr 2018 dieselben Beschwerden fest gehalten, die zu den umfangreichen Abklärungen geführt hätten. Zudem sei im September 2020 der Verdacht auf Morbus Fabry, eine andere Form einer zerebralen vererbaren Mikroangiopathie, geäußert worden. Zwar sei das CADASIL -Syndrom erst im August 2022 abschliessend bestätigt worden, es erkläre jedoch die schon seit 2018 bestehenden erheblichen Befunde ( Urk.

### **E. 2.3**

Dass der Beschwerdeführerin ab Juni 2022 eine ganze Rente zugesprochen wurde, blieb unbestritten ( Urk. 1 S. 4 Ziff. 1, Urk. 6/ 183 ), unterliegt jedoch trotzdem der gerichtlichen Überprüfung ( BGE 131 V 164 Regeste und E. 2.2, 125 V 413 E. 2d ; Urteile des Bundesgerichts 8C\_765/2007 vom 11. Juli 2008 E. 2 und I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen ). Da die Zusprache der ganzen Rente ab Juni 2022

gestützt auf die medizinische Aktenlage (vgl. nachfolgend E. 3.13-18 ) ausgewiesen ist und im Einklang mit der Rechtslage steht (E. 1.2-3), ist da rauf indes im Folgenden nicht weiter einzugehen.

### **E. 2.4**

Strittig und zu prüfen ist hingegen, ob die Beschwerdeführerin bereits ab Januar 2020 anstelle der zugesprochenen halben Rente (vgl. Urk. 2) Anspruch auf eine ganze Rente hat.

Strittig und zu prüfen ist dabei insbesondere, ob bereits im Zeitraum von Januar 2020 bis Mai 2022 funktionelle Leistungseinbussen zufolge des unbestritten vorliegenden

CADASIL-Syndroms

bestanden, welche eine Erwerbs unfähigkeit von 70 % zur Folge hatten. Der Rentenbeginn bei Anmeldung vom 6. März 2019 ( Urk. 6/7 ) und Ablauf des Wartejahr s per 3 1.

Dezember 2019

blieb zu Recht unbestritten.

### E. 2.5

und 2.7). Gemäss dem Bericht vom 19. November 2019 habe die Versicherte nebst der inneren Anspannung, den Erschöpfungszuständen, Traurigkeit und ausgeprägten Angstgefühlen an häufigen Kopfschmerzen, Schwindel und Übelkeit gelitten. Leichte Konzentrations- und Gedächtnisstörungen seien vorgelegen. Es wurde weiterhin trotz Stabilisierung mit Teilremission die vorerwähnte Arbeitsunfähigkeit attestiert

(Urk. 6/51/13-15). 3.3

Im Verlaufsbericht der D.\_\_\_\_ vom 6. Dezember 2019 zu Handen der Krankentaggeldversicherung (Urk. 6/40) wiesen die Ärzte darauf hin, dass die Versicherte nach dem Stellenverlust starke Zukunftsängste, eine depressive Symptomatik und diverse körperliche Beschwerden entwickelt habe. Es lägen eine Antriebslosigkeit, innere Unruhe, erhöhte Ermüdbarkeit, geringe Belastbarkeit, unter psychischer Beanspruchung auftretende Angst- und Panikzustände, Schwindel, Beklemmungsgefühle, Kopf- und Nackenschmerzen, innere Blockaden mit Gedankenkreisen und Grübeln, Zukunftsängste, Appetitlosigkeit sowie Ein- und Durchschlafstörungen vor (S. 1).

Die vorgenannten Diagnosen wurden wiederholt und eine Arbeitsfähigkeit von 50 % attestiert (S. 2 Ziff. 4 und 5). Subjektiv fühle sich die Versicherte durch gewisse motorische Einschränkungen für gewisse Tätigkeiten bedingt geeignet (zum Beispiel rasche Kopfbewegungen, welche schnell Migräneanfälle auslösen würden; S. 2 Ziff. 7). 3.4

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und leitender Arzt am Kantonsspital F.\_\_\_\_, stellte im Bericht vom 5. Februar 2020 die folgenden gekürzt wiedergegebenen Diagnosen (Urk. 6/57/1) : - hydrozephalere Erweiterung des supraventrikulären Ventrikelsystems mit fortgeschrittener zerebraler Mikroangiopathie (Fazekas III) - chronischer Kopfschmerz vom Spannungstyp - anamnestisch Migräne - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode - generalisierte Angststörung

In den letzten drei Jahren sei es zu einer deutlichen Verschlechterung des Befindens gekommen. Im Vordergrund stünden praktisch täglich vorhandene Kopfschmerzen. Darüber hinaus bestehe eine Schwindelsymptomatik, und das Sehen habe sich in den letzten Jahren verschlechtert. Die psychische Situation habe sich etwas stabilisiert, die Stimmungslage sei jedoch weiterhin gedrückt. Von Seiten des Gedächtnisses habe die Beschwerdeführerin das Gefühl, dass sie insgesamt etwas vergesslicher geworden sei, sie komme im Alltag jedoch gut zurecht. Eine Verschlechterung des Gangbildes habe sie nicht beschrieben und es sei nicht zu Stürzen gekommen (S. 2). Eine klinisch relevante hydrozephalere Symptomatik finde sich gegenwärtig nicht, da klinisch-neurologisch kein fokales Defizit vorliege, insbesondere keine Gangstörung, keine relevante Blasenstörung und allenfalls lediglich leichtgradige kognitive Defizite mit exekutiver Dysfunktion. Hinsichtlich der Mikroangiopathie hätten sich keine Hinweise auf eine entzündliche Genese ergeben. Eine genetische Mikroangiopathie erscheine weniger wahrscheinlich, insbesondere weise das Verteilungsmuster nicht auf ein CADASIL-Syndrom hin. Die auch vom Sohn bemerkten leichten kognitiven Einschränkungen mit Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen seien möglicherweise Folge der zerebralen Mikroangiopathie (S. 3). Eine organische Mitursache der Depression sei möglich. Falls noch nicht erfolgt, solle

eine Komplettierung der laborchemischen Abklärungen hinsichtlich der Mikroangiopathie erfolgen (S. 4).

3.5

Im Bericht der C.\_\_\_\_ vom 23. Juni 2020 wurde unter Wiederholung der bekannten psychiatrischen Befunde und Diagnosen auf somatische Beschwerden (eingeschränkte Beweglichkeit des Nackens, Schwindel, häufige Migränen, starke Geruchsempfindlichkeit, Ausstrahlen von Missempfindungen in die Extremitäten, schleichend seit circa 2017) hingewiesen, welche abzuklären ausserordentlich wichtig sei. Eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit sei attestiert worden und es bestehe eine aufrichtige und starke Motivation zur Wiedereingliederung (Urk. 6/45 Ziff.

#### **E. 5**

) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde. Im Rahmen des angeordneten zweiten Schriftenwechsels (Urk. 7) hielt den die Parteien an den bereits gestellten Rechtsbegehren fest;

die Beschwerdeführerin reichte einen neuen Arztbericht ein (Replik vom 19. September 2024, Urk. 11 sowie Urk. 12/1; Duplik vom 24. Oktober 2024, Urk. 14; Zustellung der Duplik an die Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 28. Oktober 2024, Urk. 15). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 8**

ATSG) sind.

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

#### **E. 11**

S. 2).

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