

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00119 vom 29. Juni 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-06-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00119

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00119 du 29 juin 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00119 del 29 giugno 2018

Erwägungen

E. 1

Die 1962 geborene X.____ arbeitete zuletzt seit 1997 in der Abteilung Radiologie des Y.____ als Verwaltungssekretäri n; ursprünglich bei einem 100%-Pensum, welches sie 1998 auf 90 % und 2001 auf 80 % reduzierte (Urk. 9/2, Urk. 9/15 und 9/88). Am 26.

September 2012 meldete sich die Versicherte wegen einer angeborenen Herzkrankheit bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 9/2). In der Folge tätigte die IV-Stelle medizinische und erwerbliche Abklärungen und zog die Akten der BVK Personalvorsorge des Kantons Zürich (BVK , Urk. 9/18, Urk. 9/21, Urk. 9/25) sowie der Krankentaggeldversicherung Helsana Versicherungen AG (Urk. 9/31) bei. Mit Schreiben vom 26. Februar 2013 teilte sie X.____ mit, dass zurzeit aufgrund ihres Gesundheitszustandes keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 9/17). Nach Abschluss der vertrauensärztlichen Untersuchung löste das Y.____ das Arbeitsverhältnis invaliditäts halber per 31. Januar 2014 auf (Urk. 9/40). Gestützt auf die Empfehlung von Dr. med. Z.____ , Facharzt für Allgemeinmedizin, vom Regionalen Ärztliche Dienst (RAD), wonach eine abschliessende kardiologische Begutachtung notwendig sei (Urk. 9/47 S. 7), wurde Prof. Dr. A.____ , FACP und Facharzt FMH für innere Medizin, vom Y.____ mit der kardiologischen Abklärung beauftragt (Urk. 9/45). Das Y.____ lehnte die Abklärung von X.____ als ehemaliger Angestellter ab (Urk. 9/48-49). Der daraufhin von der IV-Stelle beauftragte Dr. med. B.____ , FMH Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, erstattete sein Gutachten am 7. August 2015 (Urk. 9/54). Mit Vorbescheid vom 17. August 2015 (Urk. 9/57) kündigte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung ihres Leistungsbegehrens an , wogegen sie und die BVK Einwand erhoben (Urk. 9/58-61). Die IV-Stelle aktualisierte in der Folge die medizinische Aktenlage und liess X.____ durch Dr. med. C.____ , Spezialarzt FMH Kardiologie und Innere Medizin, kardiologisch begutachten (kardiologisches Gutachten vom 24. März 2016, Urk. 9/81). Am 30. Mai 2016 erfolgte eine Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt (Abklärungsbericht vom 16. Juni 2016, Urk. 9/93). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 9/97, Urk. 9/99-100, Urk. 9/107-109, Urk. 9/115) sprach die IV-Stelle mit Verfügungen vom 13. respektive 21. Dezember 2016 der Versicherten mit Wirkung ab 1. Januar 2014 eine Dreiviertelrente und mit Wirkung ab 1. April 2015 eine Viertelrente zu (Urk. 2 und Urk. 9/124 bis Urk. 9/139 sowie Urk. 9/141 bis Urk. 9/147).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des

Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). 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. 1.2

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. 1.3

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte 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 (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

E. 2

Hiergegen erhob X.____ am 30. Januar 2017 Beschwerde und beantragte, es sei ihr unter Aufhebung der Verfügung vom 13. respektive 21. Dezember 2016 ab spätestens 1. Januar 2014 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen, eventuell sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen und hernach zu prüfen, ob die ermittelte Restarbeitsfähigkeit noch verwertbar sei; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Urk. 1). Die

Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 10. März 2017 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 9/1-148), was der Beschwerdeführerin am 15. März 2017 mitgeteilt wurde (Urk. 10). Die von der Beschwerdeführerin eingereichten Berichte des D.____ (Urk. 11 und Urk. 12/1-4) wurden der Beschwerdegegnerin am 17. August 2017 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 13). Mit Eingabe vom 7. Dezember 2017 reichte die Beschwerdegegnerin die bei ihr seit dem 10. März 2017 eingegangenen Berichte nach (Urk. 14 und Urk. 15/1-8).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf das kardiologische Gutachten von Dr. C.____ vom 24. März 2016 davon aus, dass bei der Beschwerdeführerin seit Januar 2013 gesundheitliche Einschränkungen beständen und ihr die bisherige Tätigkeit als Verwaltungssekretärin bis zum 31. März 2015 zu 30 % zumutbar gewesen sei. Nachdem sich ihr Gesundheitszustand ab dem 1. Januar 2015 gebessert habe, sei ihr ab dem 1. April 2015 die bisherige Tätigkeit bei einem 50%-Pensum möglich. Dabei qualifizierte die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin als mutmasslich zu 90 % im Erwerbsbereich und zu 10 % im Haushalt tätig und ermittelte unter Anwendung der gemischten Methode einen Gesamtinvaliditätsgrad von 63 % respektive 45 % (Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin ist demgegenüber der Ansicht, auf das kardiologische Gutachten von Dr. C.____ könne nicht abgestellt werden, da es nicht alle relevanten Tatsachen umfassend berücksichtige und insbesondere durch die Beurteilungen von

Dr. med. E.____, Allgemeine Medizin FMH, widerlegt worden sei. Sie sei in den Jahren 2013 und 2014 nicht arbeitsfähig gewesen und seit 2015 sei maximal eine 30%ige Arbeitsfähigkeit realisierbar. Zudem beständen Hinweise auf ein psychisches Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, welches zu Unrecht unberücksichtigt geblieben sei. Aufgrund der dargelegten Einschränkungen habe sie überdies Anspruch auf einen leidensbedingten Abzug. Entgegen den Feststellungen der Beschwerdegegnerin würde sie im Gesundheitsfalle weiterhin in einem 100%-Pensum in ihrem Beruf tätig sein, weshalb auch die allgem. Methode des Einkommensvergleichs zur Anwendung gelangen müsse. Auch im Haushalt sei sie zu mindestens 50 % eingeschränkt (Urk. 1). 3.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird - soweit erforderlich - im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

mit Hinweisen).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E.

6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht

berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E.

E. 3.2

und 8C_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.1.1 mit Hinweisen).

E. 3.3

Im Bericht vom 6. September 2013 (Urk. 9/24) führte Dr. E.____ aus, dass der Verlauf wenig erfreulich sei. Bei der Beschwerdeführerin sei am 27. Mai 2013 wegen rezidivierenden symptomatischen

supraventikulären Tachykardien verschiedener Ursprungs die AV-Knoten-Ablation erfolgt, die zwar gelungen sei, doch sei nur eine AV-Knotenmodifikation durchgeführt worden, weshalb weitere AV-Überleitungen bestehen blieben. Aufgrund der schwierigen Gesamtsituation mit atypischer Anatomie hätte nach langer interoperativer Beobachtung auf weitere Ablationen verzichtet werden müssen. Seither seien keine Hospitalisationen mehr erfolgt, doch sei die Beschwerdeführerin noch immer stark symptomatisch. Geblieben seien wiederholte kürzere Tachykardien mit Schwindel, Müdigkeit, Durchfall und distalen Unterschenkelödemen. Problematisch seien vor allem die Schwindelerscheinungen, die mehr oder weniger den ganzen Tag anhielten und ihr schon zuhause jegliche Tätigkeit erschwerten. An eine geregelte Tätigkeit sei nicht zu denken, weshalb die Beschwerdeführerin seit Mai 2013 zu 100 % arbeitsunfähig sei.

E. 3.4

Dr. med. H.____, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, speziell Herz-, Kreislaufkrankungen, klärte die Beschwerdeführerin im Auftrag der BVK vertrauensärztlich ab und erstattete am 2. Dezember 2013 sein vertrauensärztliches Verlaufs-Gutachten (Urk. 9/25). Darin stellte er folgende Diagnosen:

-

Rezidivierende stark symptomatische Episoden von Vorhofflattern/Vorhofflimmern

-

Totaler AV-Kanaldefekt

-

Sick-Sinus-Syndrom

Er führte aus, sollte es der Beschwerdeführerin nach Konsiliaruntersuchung in der Rhythmologischen

Klinik des Y.____ und Status nach durchgeführten therapeutischen

Massnahmen nicht möglich sein, innerhalb eines halben Jahres die Arbeitstätigkeit wieder aufzunehmen, wäre zur definitiven

Klärung der beruflichen Leistungsfähigkeit - allenfalls Festlegung einer Berufsunfähigkeit - ein Nachuntersuchung durchzuführen. Aktuell sei die Beschwerdeführerin krankheitsbedingt als 100 % arbeitsunfähig einzustufen. Berufliche Massnahmen erübrigten sich. Die medizinischen Massnahmen seien optimiert. Es beständen keine medizinisch fremden

(iv-fremden) Gründe, die eine Umsetzung einer allen falls medizinisch-theoretischen Teil-/Arbeitsfähigkeit erschweren könnten.

E. 3.5

und 8C_511/2013 vom 30. Dezember 2013 E. 3.1, je mit Hinweisen). 5.2

Praxisgemäss stellen die Gerichte im Bereich des Sozialversicherungsrechts in der Regel auf die „Aussagen der ersten Stunde“ ab, denen in beweismässiger Hinsicht grösseres Gewicht zukommt als späteren Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 45 E. 2a, 115 V 133 E. 8c mit Hinweis). 5.3

Die Beschwerdeführerin arbeitete seit 1997 in der Abteilung für Radiologie des Y. ___ als Verwaltungssekretärin; ursprünglich bei einem 100%-Pensum, welches sie 1998 auf 90 % und 2001 auf 80 % reduzierte. Sie ist ledig, kinderlos und lebt alleine in einer 4.5-Zimmer-Eigentumswohnung.

Anlässlich der Haushaltsabklärung am 30. Mai 2016 gab sie auf konkrete Nachfrage unter Erläuterung der Wichtigkeit der Bedeutung der Qualifikation gegenüber der Abklärungsperson an, dass sie bei guter Gesundheit sicher ein 90%-Pensum absolvieren würde. Ein volles Pensum würde sie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr arbeiten. Sie sei schon 54-jährig und wäre bestimmt auch bei guter Gesundheit auf vermehrte Erholung angewiesen. Auch ihre Kolleginnen arbeiteten mehrheitlich nur noch ein 90%-Pensum (Urk. 9/93 S. 3).

Aufgrund dieser persönlichen, familiären und sozialen Verhältnisse wurde die Beschwerdeführerin mit 90 % im Erwerbsbereich und mit 10 % im Haushaltsbereich qualifiziert (Urk. 9/93). 5.4

Im Rahmen der Beschwerde (Urk. 1 S. 6 f.) gab die Beschwerdeführerin nun an, dass sie anlässlich der Haushaltsabklärung zwar mitgeteilt habe, dass sie ohne gesundheitliche Einschränkungen wohl ein 90%-Pensum absolvieren würde, dass sie dies aber bezogen auf die bereits erfolgte krankheitsbedingte Reduktion auf 90 % gemeint habe. Denn ihr anfängliches 100%-Pensum habe sie nur aus gesundheitlichen Gründen reduziert und sie würde im Gesundheitsfalle weiterhin zu 100% arbeiten. Dies sei denn auch beim Standortgespräch vom 18. Oktober 2012 entsprechend festgehalten worden.

Die Beschwerdeführerin anerkennt, dass sie sich anlässlich der Haushaltsabklärung entsprechend geäußert hat und macht denn auch nicht geltend, dass der Abklärungsbericht ihre Aussage falsch wiedergegeben hätte. Da die Beschwerdeführerin bei dieser Gelegenheit auf die Wichtigkeit der Fragestellung betreffend Qualifikation hingewiesen wurde, kann ihre Äusserung beim Standortgespräch am 18. Oktober 2012 (4 Jahre früher) nicht als vorliegend massgebliche Aussage berücksichtigt werden. Mit Blick auf die unter E. 5.2 zitierte Rechtsprechung bezüglich der Aussage der ersten Stunde - nämlich diejenige Aussage der Beschwerdeführerin am 30. Mai 2016 (Urk. 9/93) - hat es daher bei der von der Beschwerdegegnerin getroffenen Annahme, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall bei einem 90%-Pensum gearbeitet hätte, sein Bewenden. 5.5

Aufgrund der gelebten Wohnsituation (1-Personenhaushalt ohne Kinder) ergibt sich kein zu berücksichtigender Aufgabenbereich, weshalb entgegen der Invaliditätsmessung in der angefochtenen Verfügung die Invalidität ausschliesslich nach den Grundsätzen für Erwerbstätige und somit nach Art. 16 ATSG zu bemessen ist (Art. 28a Abs. 3 e contrario

IVG).

Folglich ist die Beschwerdeführerin als Erwerbstätige bei einem Pensum von 90 % zu qualifizieren. 6.

E. 3.6

Im Bericht des G.____ vom 3. Februar 2015 (Urk. 9/36) zuhanden der Beschwerdegegnerin wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei seit 2013 bereits mehrmals im G.____ stationär hospitalisiert gewesen, letztmals vom 29. bis 30. Dezember 2014. Aufgrund der aktuellen Symptomatik sei ein Abschätzen der langfristigen Prognose nicht möglich. Aufgrund der Anstrengungsdyspnoe sowie eines Mangels an Konzentrationsfähigkeit beständen körperliche Einschränkungen, weshalb ihr die bisherige Tätigkeit als Sekretärin nicht mehr zumutbar sei. Aktuell seien sämtliche medizinischen Schritte in die Wege geleitet. Der weitere klinische Verlauf werde zeigen, ob sich die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin wieder verbessere. Aktuell sei schwer abschätzbar, inwiefern ihr eine behinderungsangepasste Tätigkeit wieder möglich sein werde. Seit 2013

sei ihr eine wechselbelastende Tätigkeit bei einem Pensum von circa 30 %, das heisst 3 Stunden täglich, zumutbar. Eine Arbeitsunfähigkeit sei aber nicht attestiert worden.

E. 3.7

Dr. B.____ stellte in seinem rheumatologischen Gutachten vom 7. August 2015 (Urk. 9/54) keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt lägen folgende Diagnosen vor:

-

Chronische Beschwerden mit Müdigkeit, Leistungsschwäche, Atemnot, ungerichtete Steh- und Gehunsicherheit

-

Rhythmogene, valvuläre und arterielle Kardiopathie mit seit Jahren im Vordergrund stehenden Herzrhythmusstörungen

-

2008 zerebrovaskuläres Ereignis mit passagerer Hemihypästhesie und Hemiataxie links und anamnestisch Gesichtsfeldausfall linksseitig

-

Übergewicht mit BMI von 29.11 kg/m²

Insgesamt seien die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität als partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar. In einer derartigen Situation seien grundsätzlich krankheitsfremde Gründe, ein Aggravationsverhalten im Rahmen eines Rentenbegehrens und eine psychosomatisch-psychiatrische Affektion zu diskutieren (S. 11). Ungünstig auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess könnten sich dabei beispielsweise die länger anhaltende berufliche Arbeitsabstinenz, die durch die BVK erfolgte Berentung, das Alter der Beschwerdeführerin, eine ungünstige Arbeitsmarktsituation und

möglicherweise eine limitierte Motivation auswirken (S. 12). Die Arbeitsfähigkeit sei aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht für die von der Beschwerdeführerin zuletzt langjährig im administrativen Bereich ausgeübten beruflichen Tätigkeit zu keinem Zeitpunkt anhaltend eingeschränkt gewesen. Ein kardiologisches Gutachten sei empfohlen. In diesem sollte Stellung genommen werden, ob die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Beschwerden mit Müdigkeit, Leistungsschwäche, Atemnot und ungerichteten Steh- und Gehunsicherheiten mit einem kardiologisch-pathologischen Befund begründet werden könnten. Für Haushaltarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden, zumal diese Tätigkeiten idalerweise mit reduziertem Tempo über den Tag verteilt abgeleistet werden könnten. Für eine angepasste Verweistätigkeit könne aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht zu keinem Zeitpunkt eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden. Die angepasste Verweistätigkeit für die Beschwerdeführerin liege in einem temperierten Raum (Raumluft), beschränke sich auf leicht gradig körperlich belastende Arbeiten und lasse die Möglichkeit, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln, zu. Zur Beeinflussung der Beschwerden respektive zu deren Linderung im Zusammenhang mit dem Übergewicht böten sich gewichtsreduzierende Massnahmen an. Die Prognose sei gut. Die Wahrscheinlichkeit sei klein, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der krankheitsfremden Faktoren nach langanhaltender beruflicher Arbeitsabstinenz wieder längerdauernd beruflich tätig werde. Ohne Zweifel sei bei der Beschwerdeführerin eine gemischtätiologische Kardiopathie ausgewiesen, bei der langfristig Herzrhythmusstörungen im Vordergrund ständen.

E. 3.8

Dr. C. ___ stellte in seinem kardiologischen Gutachten vom 24. März 2016 (Urk. 9/81) folgende Diagnosen:

-

kongenitale und rhythmogene Herzkrankheit

-

Status nach Korrektur eines totalen AV-Kanaldefekts 1973

-

Status nach Verschluss eines residuellen

Vorhofseptumdefektes,

1996

-

Status nach Mitralklappenersatz (mechanisch SJM-Prothese Nr. 27)

am 10. Mai 2000 wegen schwerer progredienter Mitralinsuffizienz,

seither unter oraler Antikoagulation

-

Status nach Pacemaker (PM)-Implantation Medtronic Kappa (DDD)

am 7. August 2000 bei Diagnose von Sick Sinus Syndrom

-

Status nach PM- Wechsel zu Medtronic (AAI-DDDR) und Elektrodenwechsel am 20. Juli 2009

-

ab Januar 2010 rezidivierendes Vorhofflimmern und Vorhofflattern mit diversen Elektrokonversionen

-

Status nach Re-Programmierung von DDD auf AAI-DDD (April 2010)

-

Status nach elektrophysiologischer Abklärung (EPS) am 23. August 2010, dabei unter anderem Diagnose von dislozierter alter Vorhofelektrode in den rechten Venentrikel

-

Status nach elektrophysiologischer Abklärung (EPS) am 28. September 2012: AV-Knoten-Modifikation bei hochsymptomatischem paroxysmalen Vorhofflimmern und

- flattern mit tachykarder Überleitung und diverser Medikamentenunverträglichkeit

-

Status nach elektrophysiologischer Abklärung (EPS) am 27. Mai 2013: AV-Knotenablation beziehungsweise AV-Knotenmodifikation

-

Status nach Extraktion der stillgelegten Elektrode am 24. Januar 2014

-

Status nach AV-Knotenablation beziehungsweise AV-Knotenmodifikation am 19. Mai 2014 (wegen zunehmender Leitung über dem AV-Knoten und mehreren Phasen mit Vorhofflattern/Vorhofflimmern und anderen Rhythmusstörungen)

-

aktuell: bifaszikulärer Block (Rechtsschenkelblock und linksanteriorer Hemi block)

-

aktuell: normale Funktion der mechanischen Klappenprothese in mitraler Position, normale linksventrikuläre Funktion (EF 60%, Norm > 55%)

-

kardiovaskuläre Risikofaktoren: Adipositas, arterielle Hypertonie

-

diverse atypische Beschwerden wie Müdigkeit, Abgeschlagenheit, unklare Schwindelzustände, zum Teil sicher funktioneller/psychosomatischer Genese

-

Verdacht auf psychische Auffälligkeit

-

Status nach

cerebrovasculärem Insult mit Hemihypästhesie und Hemiataxie links (2008), dabei auch Entdeckung eines hochparietal gelegenen Meningeoms

-

residuelle Hypästhesie im Bereich der Finger III und IV links möglich

-

Status nach Hysterektomie (2008)

-

Status nach operativen Eingriffen am rechten Knie 1980 und 1984

Aus kardiologischer und internistischer Sicht besteht für körperlich schwer belastende und körperlich mittelschwer belastende Arbeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich nicht oder für körperlich nur leicht belastende Arbeiten besteht andererseits eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Für die frühere berufliche Tätigkeit als Büroangestellte besteht demnach eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Diese Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gelte für heute, und sie dürfte auch für die nahe und mittlere Zukunft gelten. Wie die Arbeitsfähigkeit rückwirkend einzustufen sei, sei nicht einfach auszusagen. Für das Jahr 2015 dürfte die gleiche Arbeitsfähigkeit wie jetzt vorgelegen haben, sei die

Beschwerdeführerin doch in jenem Jahr nur einmal hospitalisiert gewesen. In den Jahren 2013 und 2014 habe die Beschwerdeführerin diverse Hospitalisationen gehabt, da mals habe wahr scheinlich eine Arbeitsfähigkeit von lediglich 30

% für die bisherige Tätigkeit als Büroangestellte vorgelegen. Wie sich die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht präsentiere, könne nicht beurteilt werden. Die Beschwerdeführerin könnte ihre aktuell stark eingeschränkte, körperliche Leistungsfähigkeit sicher verbessern, wenn sie das Gewicht reduzieren und ein regelmässiges Kreislauftraining aufnehmen würde. Eine weitere Verbesserung der Arbeitsfähigkeit wäre wahr scheinlich durch eine Veränderung der psychosozialen Situation zu erwarten. Von kardiologischer Seite her sei die Beschwerdeführerin optimal betreut, hier müsse nichts verändert werden. Da die rhythmogene

Situation

zurzeit besser sei als vor zwei und drei Jahren, sollte man von ärztlicher Seite her die Beschwerdeführerin zu ermuntern suchen, doch wieder eine Arbeitsstelle aufzunehmen. Man müsse ihr mitteilen, dass sonst die Herzsituation gar nicht so schlecht aussehe, und dass „das Herz die Aufnahme einer Büroarbeit durchaus zulassen würde“. Offenbar habe auch Dr. I. ____

bisher erfolglos versucht, die Beschwerdeführerin dahingehend zu ermuntern.

Die Beschwerdeführerin weise ein bedeutendes kardiales Leiden auf, welches man in zwei Bereiche aufteilen könne: Kongenitales Herzvitium und Rhythmusstörungen. Die Beschwerdeführerin

sei mit einem totalen AV-Kanaldefekt geboren worden. Im Alter von elf Jahren sei die operative Korrektur dieses Defektes erfolgt. Und 1996 habe ein weiterer operativer Eingriff vorgenommen werden müssen, nämlich ein Verschluss eines residuellen

Vorhofseptumdefektes. Am 10. Mai 2000 sei eine erneute Herzoperation notwendig gewesen, weshalb wegen schwerer Mitralinsuffizienz ein Mitralklappenersatz (mechanisch SJM-Prothese N. 27) durchgeführt worden sei. Aktuell könne

von einem sehr guten postoperativen Resultat gesprochen werden, dies insofern, als dass eine einwandfreie Funktion der mechanischen Klappenprothese in mitraler

Position und eine normale links ventrikuläre Funktion vorlägen. Es bestehe auch keine pulmonal-arterielle Hypertonie. Wenn eine Einbusse der körperlichen Leistungsfähigkeit vorliege, dann sei diese höchstens zu einem kleinen Teil auf dieses kongenitale Vitium zurückzuführen, wobei die Rhythmusstörungen mit dieser Bemerkung ausgeklammert seien. Es seien aber gerade Rhythmusstörungen, welche seit ein paar Jahren die kardiale Funktion intermittierend beeinträchtigten. Diese Rhythmusstörungen (intermittierendes tachykardes Vorhofflimmern und Vorhofflattern) bildeten eben den zweiten Bereich des kardialen Leidens. Aus den Angaben in „Persönliche Anamnese /Jetziges Leiden“ beziehungsweise aus der Diagnosenliste

sei

ersichtlich, wie bedeutend die Rhythmusstörungen in den letzten Jahren gewesen seien. Vor allem in den Jahren 2013 und 2014 hätten wegen solchen Rhythmusstörungen beziehungsweise Eingriffen mehrere

Hospitalisationen statt gefunden. Dies sei der Grund, warum die Arbeitsfähigkeit aus kardiologischer Sicht in jenen zwei Jahren wahrscheinlich deutlich eingeschränkt gewesen sei. Andererseits müsse festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin im Jahre 2015 nur einmal hospitalisiert gewesen sei, und dass sie in objektiver Hinsicht nicht mehr so häufig wahre Rhythmusstörungen gehabt habe. Es sei sogar so, dass die Beschwerdeführerin glaube, dass sie immer wieder Rhythmusstörungen

habe, wobei dies entweder nicht stimmt oder irrelevant sei, da dann die Herzfrequenz um 85-95/min betragen würde. Auch in diesem Jahr sei es ausser einer anfangs März erfolgten Hospitalisation zu keiner weiteren Hospitalisation

gekommen. Auch die zwei in diesem Jahr erfolgten PM-Kontrollen zeigten ordentliche Ergebnisse: Episoden mit tachykarden Rhythmusstörungen seien im Vergleich zu früher weniger häufig aufgezeichnet worden. Daraus könne

geschlossen werden, dass die rhythmogene

Situation zurzeit besser respektive stabiler sei als noch vor zwei und drei Jahren, auch wenn sie nicht zu 100

% unter Kontrolle sei. Damit sei aus kardiologischer Sicht auch seit anfangs 2015 wieder eine verbesserte Arbeitsfähigkeit von 50 % zu attestieren. Eine 100%ige Arbeitsfähigkeit lasse sich aus kardiologischer Sicht insofern nicht attestieren, als die Rhythmusstörungen zeitweise eben doch aufträten. Auch wenn sie nicht mehr immer zu Hospitalisationen führt, so sei die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit zu den Zeitpunkten, wenn die Rhythmusstörung vorliege, nicht möglich.

In den Akten der letzten paar Jahre bilden allfällige Beschwerden im Zusammenhang mit dem cerebrovasculären Ereignis im Jahr 2008 kaum ein Thema. So seien bei der Konsultation weder während des Gesprächs noch während der klinischen Untersuchung Symptome

beziehungsweise Befunde aufgefallen, welche mit Residuen jenes Ereignisses vereinbar wären. Dies alles kontrastiert mit den Angaben der Beschwerdeführerin, welche glaube, dass sie noch diverse Beschwerden von jenem Ereignis habe, obwohl sie selber sage, dass die von ihr angegebenen Augensymptome vom Augenarzt nicht objektiviert werden könnten. Dies alles bedeute, dass der Status nach cerebrovasculärem Ereignis 2008 bezüglich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit keinen Einfluss habe, das heisse, dass er keinen für die Arbeitsfähigkeit vermindernenden Faktor darstelle. Ferner seien die Angaben der Beschwerdeführerin auffällig, sie müssten wahrscheinlich im Rahmen einer speziellen psychischen Konstellation interpretiert werden.

Die

Beschwerden wie Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Schwindelzustände seien zum grossen Teil nicht durch die Herzsituation erklärbar. Es sei klar, dass eine wahre tachykarde Rhythmusstörung Schwindel und weitere Symptome verursachen könne. Die Beschwerdeführerin schildere aber Schwindelzustände, die schwierig somatisch zu erklären seien. So müsse sie beim Busfahren die Augen zu kneifen, wenn es Kurven habe, oder wenn der Bus im Kreislauf fahre, denn es würde ihr sonst komisch. Solche und ähnliche Angaben tönten seltsam. Wenn sie einen relevanten peripher-vestibulären Schwindel hätte, dann hätte sie längstens eine entsprechende ORL-Abklärung gehabt. Auch sei nicht klar, ob die Angabe, dass sie immer müde sei (auch wenn sie zehn Stunden geschlafen habe),

wirklich stimme. Falls ja, dann sei dieses Symptom nicht kardial bedingt. Es wäre als ein psychosomatisches Symptom zu interpretieren, da andere somatische Ursachen, welche zu einer Müdigkeit führen könnten, wie tiefer Blutdruck, Anämie oder Hypothyreose bei der Beschwerdeführerin nicht vorlägen. Die genannten Beschwerden „Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Schwindelzustände“ bildeten demnach aus internistischer und kardiologischer Sicht keine Faktoren, welche die Arbeitsfähigkeit weiter reduzieren würden, als diese durch das Herzleiden schon reduziert sei.

Hinsichtlich der psychosozialen Situation seien mehrere Angaben der Beschwerdeführerin auffällig gewesen, sodass

sich die Frage stelle, wie stark die Beschwerdeführerin von psychischer Seite her beeinträchtigt sei. Ihre aktuelle Lebenssituation

sei auch sehr speziell. Sie lebe alleine,

sei nicht mehr aktiv im beruflichen Leben und ihre sozialen Kontakte schienen spärlich zu sein. Das Herzleiden und die zahlreichen Interventionen seien sicher nicht spurlos an der Beschwerdeführerin vorbeigegangen und hätten möglicherweise auch psychische Spuren hinterlassen. Es sei schwierig zu sagen, ob allenfalls eine Aggravationstendenz vorliege, dies eventuell im Rahmen eines Rentenbegehrens. Dies könne nicht schlüssig beurteilt werden. In diesem Zusammenhang sei auf den Bericht des G.____ vom 8.

November 2013 hinzuweisen, wonach ein psychiatrisches Konsil eine relevante psychosoziale Belastungssituation gezeigt habe. Wie stark allfällige psychische Störungen die Arbeitsfähigkeit tangierten, sei unklar. Es sei sicher so, dass die Wiedereingliederung der Beschwerdeführerin in die berufliche Arbeitswelt für sie nur von Vorteil sein könne. Es wäre sicher ein wichtiger Beitrag für eine Verbesserung der psychosozialen Situation.

Zusammenfassend sei festzuhalten, dass es nicht einfach sei, retrospektiv auf mehrere Jahre zurück die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen. Sicher sei die Arbeitsfähigkeit in den Jahren 2013 und 2014 beeinträchtigt gewesen, sie habe aus internistischer und kardiologischer Sicht wahrscheinlich lediglich 30

% für die bisherige Tätigkeit als Büroangestellte betragen. Seit dem 1. Januar 2015

betrage sie 50 %. Die Arbeitsfähigkeit beziehe sich auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Büroangestellte. Eine Umschulung sei nicht notwendig, da Büroarbeiten ideale Arbeiten für die Beschwerdeführerin darstellten, da sie körperlich nicht beanspruchend seien.

E. 3.9

Dr. E.____ äusserte sich im Nachgang zum ergangenen Vorbescheid vom 23. Juni 2016 (Urk. 9/97) zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und hielt in seinem Schreiben vom 5. September 2016 (Urk. 9/107) fest, dass er das kardiologische Gutachten von Dr. C.____ als vollständig und insgesamt widerspruchsfrei beurteile. Dr. C.____ liege mit seiner Beurteilung, dass aus kardiologischer Sicht seit anfangs 2015 wieder eine verbesserte Arbeitsfähigkeit von 50 % vorliege, vermutlich richtig, da die Belastbarkeit seither deutlich besser sei, was sich auch durch die verminderte Frequenz von Notfall-Hospitalisationen ergebe. Dennoch führten die tachykarden Rhythmusstörungen rasch dazu, dass die Herzleistung ungenügende werde und dies bereits bei tiefem Leistungsniveau. Entgegen der Auffassung von Dr. C.____ erachte er die Beschwerdeführerin in den Jahren 2013 und 2014 als zu 100 % arbeitsunfähig. Seit 2015 sei die Arbeitsfähigkeit zwar wieder

gesteigert, doch müsste die Arbeitsstelle in der Nähe ihrer Wohnung sein oder gar am Wohnsitz respektive in der Wohnung selbst sein. Denn es sei zweifelhaft, ob die Beschwerdeführerin mit ihrer schwer eingeschränkten Leistungsfähigkeit fähig wäre, den Arbeitsweg regelmässig zu bewältigen. Ein 3-Stundenpensum sollte möglichst sein, wobei ihre bisherige Tätigkeit auch leidensangepasst gewesen sei. Die Angabe «Schwindel» bei der Beschwerdeführerin sei genügend berücksichtigt, wobei die Beschwerdeführerin darunter das allgemeine Unwohlsein bei geringster körperlicher Anstrengung, beim Einsetzen von Tachykardien, Müdigkeit, retrosternalem Druckgefühl, Unwohlsein versteht; im Sinne eines Präkollaps-Gefühls. Als weitere medizinische Abklärung sei ein Langzeit-EKG indiziert. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin werde sich voraussichtlich nicht weiter verbessern. Die aktuelle Leistungsfähigkeit sei durch das Herzvitium und nicht durch die rhythmogene Herzkrankheit bedingt. Es wäre sinnvoll, einen Arbeitsversuch zu starten. Bei der Beurteilung der Situation im Haushaltsbereich berücksichtige die IV-Stelle die kardiell bedingten Probleme deutlich zu wenig. Dass die Beschwerdeführerin nun offenbar eine verschmutzte Wohnung akzeptiere, lasse darauf schliessen, dass sie eine psychische Entwicklung durchgemacht habe, die sie resignieren lasse. Entsprechend weise sie nebst den körperlichen Einschränkungen auch eine psychiatrisch bedingte Leistungsminderung auf. Die Beschwerdeführerin sei im Haushaltsbereich glaubhaft zu minimal 50 % eingeschränkt.

E. 3.10

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte die Beschwerdeführerin unter anderem eine Stellungnahme des D.____ vom 10. August 2017 (Urk. 12/1) ein. Darin wurde festgehalten, dass im kardiologischen Gutachten von Dr. C.____ die Problematik in zwei separate Bereiche aufgeteilt worden sei, nämlich kongenitales Herzvitium und Rhythmusstörungen. Es seien jedoch beide Bereiche derart kausal verknüpft, dass sie nicht isoliert betrachtet werden sollten. Die Beschwerdeführerin sei mit einem kompletten AV-Septumdefekt geboren worden. Dabei handle es sich um einen komplexeren angeborenen Herzfehler, der relativ spät im Alter von 11 Jahren repariert worden sei. Das Resultat einer solchen reparierenden Operation sei nicht ein normales Herz, sondern ein Herz mit zum Teil Residuen und insbesondere potentiellen Langzeitkomplikationen. Häufig seien dies Rhythmusstörungen. Typischerweise handle es sich dabei um supraventrikuläre Rhythmusstörungen im Sinne intraatrialer

Reentry-Tachykardien. Vorliegend bestehe als arrhythmogenes Substrat eine deutlich biatriale Dilatation (als Konsequenz des angeborenen Herzfehlers), zudem bestünden aufgrund der dreimaligen Herzoperationen mehrere Narben am rechten und linken Vorhof sowie am interatrialen Septum, die als elektrisch instabil zu sehen seien und somit die Entstehung von kreisenden Erregungen um die Narbenareale triggerten. Die linksventrikuläre Funktion sei als normal beschrieben worden. In der Tat finde sich eine normale linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF 56%), doch liege sicherlich eine höhergradige diastolische Dysfunktion vor, die in dieser speziellen Situation allerdings nur indirekt beurteilt werden könne (schwer dilatierter linker Vorhof, Verlagerung des interatrialen Septums nach rechts, eher kleiner linker Ventrikel mit konzentrischem Remodeling). Somit sei die systolische Funktion normal, die diastolische Funktion allerdings nicht. Dies sei insofern wichtig, als es die ausgeprägte Symptomatik anlässlich der supraventrikulären Rhythmusstörungen mit fehlender ventrikulärer Überleitung zu erklären vermöge. Beim Vorliegen einer diastolischen Dysfunktion mit konsekutiv

erhöhten Füllungsdrücken sei die ventrikuläre Füllung viel stärker von der aktiven atrialen Kontraktion abhängig. Genau diese Patienten profitieren nicht oder unzureichend von einer 'pace

and

ablate '- Strategie. Somit sei die Schlussfolgerung, dass Herzrhythmusstörungen mit einer Herzfrequenz von 85-95 /min als irrelevant zu betrachten seien, falsch. In der kongenitalen Kardiologie gäbe es sehr häufig Tachykardien, die keine besonders schnellen Herzfrequenzen aufweisen und dennoch sehr symptomatisch sein könnten. Die relevante Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit sei sicherlich als multifaktoriell zu betrachten. Die Spiroergometrie habe dies demonstriert. Diese Untersuchung sei ausreichend aussagekräftig gewesen und zeige eine schwere Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Aus kardialer Sicht falle dabei insbesondere eine ausgeprägte chronotrope Inkompetenz (bei ausgeschalteter Sensor-Funktion des Schrittmachers) auf, ein fehlender Blutdruckanstieg und ein ungenügender Anstieg der O₂-Pulskurve als Surrogatparameter für das Schlagvolumen. Somit sei ein nicht unerheblicher Teil der körperlichen Einschränkung auf die kardiale Grundproblematik zurückzuführen. Selbstverständlich sei die Beschwerdeführerin ausserordentlich dekonditioniert und weise in geringerem Masse auch eine gewisse respiratorische Limitation aufgrund relativ typischer postoperativer Veränderungen insbesondere im Sinne einer restriktiven Ventilationsstörung auf.

Sicherlich sei die von der Beschwerdeführerin geschilderte Schwindelsymptomatik nicht ausschliesslich kardial bedingt, da sie auch ausserhalb oder unabhängig von den geschilderten Rhythmusstörungen auftrete. Bezüglich der psychosozialen Situation könne keine abschliessende Beurteilung formuliert werden. Allgemein könne aber bestätigt werden, dass bei Patienten mit angeborenen Herzfehlern und komplexeren Verläufen, wie dies in diesem Fall sicherlich auch der Fall sei, häufiger psychosoziale Belastungssituationen, Anpassungsstörungen oder auch Angststörungen beobachtet werden könnten.

Im Jahr 2013 und 2014 seien deutlich gehäufte Arrhythmieepisodes mit wiederholten Elektrokonversionen, Umstellungen der antiarrhythmischen Therapie und letztlich elektrophysiologischen Untersuchungen mit nur partiellem Erfolg aufgetreten. Retrospektiv sei es gut denkbar, dass die Beschwerdeführerin in dieser Zeitspanne keiner Arbeit nachgehen könne (Arbeitsunfähigkeit zu 100

%). Im Jahr 2015 und 2016 habe sich die rhythmologische Situation beruhigt, allerdings sei die Umstellung der Schrittmacherprogrammierung mit Ausschalten der Sensorfunktion erfolgt, worauf zwar die Arrhythmiehäufigkeit abgenommen habe, jedoch die chronotrope Inkompetenz mit dadurch bedingt eingeschränkter körperlicher Leistungsfähigkeit entstanden sei. Das Ausmass der Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit zum damaligen Zeitpunkt könne nicht verlässlich retrospektiv rekonstruiert werden, allerdings sei nicht zu vermuten, dass sich die damalige Situation wesentlich von der derzeitigen Lage unterscheiden habe. Im aktuellen Kontext bestehe für Tätigkeiten ohne körperliche Anstrengung, wie dies in einem Sekretariat möglich sein sollte, aus rein kardialer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von max. 20-40

%. Die Frage nach der Arbeitstätigkeit lasse sich aber nicht nur durch Berücksichtigung der kardialen Limitation beantworten, sondern müsse auch die möglichen neurologischen

Aspekte (Fatigue -Symptomatik, Konzentrationsfähigkeit, etc.) integrieren.

Aus kardiologischer Sicht besteht sicherlich ein Verbesserungspotenzial. Die Lebensqualität bei der Beschwerdeführerin hänge somit stark davon ab, wie gut langfristig die Arrhythmien kontrolliert werden könnten. Als weiteres Langzeitrisiko bestehe auch das Risiko einer Dysfunktion der mechanischen linksseitigen AV-Klappen-Prothese oder eine Endocarditis. Trotz aller genannten Massnahmen könne jedoch nicht damit gerechnet werden, dass sich die körperliche Leistungsfähigkeit radikal verbessern werde, um anschliessend wieder einer Arbeit mit einem Pensum von mehr als 50

% nachzugehen. 4. 4.1

Das Gutachten von Dr. C.____ vom 24. März 2016 (Urk. 9/81) basiert auf einer umfassenden kardiologischen und internistischen Untersuchung und wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Der Gutachter hat detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden auseinandergesetzt. Zudem wurden die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und die Schlussfolgerung nachvollziehbar begründet. Dem Gutachten kommt daher grundsätzlich volle Beweis kraft zu (vgl. E. 1.3). 4.2

Der Gutachter Dr. C.____ stellte fest, dass der Gesundheitsschaden, welcher sich auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirkt, mit den dargelegten Diagnosen ausgewiesen ist. So stellte er schlüssig fest, dass für körperlich schwer belastende und körperlich mittelschwer belastende Arbeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit besteht. Für körperlich nicht oder für körperlich leicht belastende Arbeiten - wie die zuletzt Ausgeübte als Verwaltungssekretärin - attestierte er der Beschwerdeführerin seit anfangs 2015 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Für die Jahre 2013 und 2014 hielt Dr. C.____ fest, dass wegen den zahlreichen Hospitalisationen im Zusammenhang mit den Rhythmusstörungen die Arbeitsfähigkeit aus kardiologischer Sicht 30 % betragen habe. Diesbezüglich führte er aber auch aus, dass es nicht einfach sei, retrospektiv auf Jahre zurück die wahrscheinliche Arbeitsfähigkeit zu beurteilen (Urk. 9/81 S. 16). Da die Beschwerdeführerin in den Jahren 2013 und 2014 wegen Rhythmusstörungen und in der Folge notwendigen Eingriffen mehrmals - fast monatlich - hospitalisiert war und ihr kardialer Zustand damals unbestrittenermassen schlecht war, rechtfertigt es sich in diesem Punkt vom grundsätzlich überzeugenden kardiologischen Gutachten insoweit abzuweichen, dass anzunehmen ist, dass die Beschwerdeführerin im damaligen Zeitraum vollständig arbeitsunfähig war. Dies stimmt nicht nur mit der Einschätzung von Dr. E.____, sondern auch mit der vertrauensärztlichen Feststellung von Dr. H.____ vom 2. Dezember 2013 (vgl. E. 3.4) überein, welche r der Beschwerdeführerin bereits damals - und entsprechend echtzeitlich - eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hatten. Auch das D.____ ging aufgrund der deutlich gehäuften Arrhythmieepisoden in den Jahren 2013 und 2014 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus (vgl. E. 3.10).

Die Einschätzung von Dr. C.____ bezüglich des wieder gebesserten kardialen Gesundheitszustandes ab Januar 2015, wonach die Beschwerdeführerin wieder zu 50% arbeitsfähig sei, deckt sich auch mit derjenigen von Dr. E.____, welcher sich dabei auf die Berichte des G.____ über die zahlreichen Hospitalisationen stützte (vgl. E. 3.9). Auch das D.____

ging in seinem Bericht vom 10. August 2017 (vgl. E. 3010) davon aus, dass sich in den Jahren 2015 und 2016 die rhythmologische Situation beruhigt habe. Dass Dr. E. ___ und das D. ___ die ab Januar 2015 gesteigerte Arbeitsfähigkeit auf 30 % bzw. 20 % bis 40 %

festleg t en - im Gegensatz zum begutachtenden Kardiologen, welcher eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert e - lässt sich mit der Erfahrungstatsache erklären, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten Aussagen (BGE 135V 465 E. 4.5, BGE 125 V 251 E. 3b/cc), weshalb deren Aussagen mit Vorbehalt zu würdigen sind. Daran ändert auch nichts, dass das D. ___ anders als Dr. C. ___ das kongenitale Herzvitium und die Rhythmusstörungen als kausal verknüpft betrachtete und Herzrhythmusstörungen mit einer Herzfrequenz von 85-95/min nicht als irrelevant betrachtete und dies mit einlässlicher Begründung darlegte (E. 3.10), da diese andere Sichtweise der Ursache-Wirkung-Zusammenhänge der kardialen Beschwerden eine höhere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht zu begründen vermag. Damit ist mit Dr. C. ___ davon auszugehen, dass sich die kardiale Situation seit anfangs 2015 insoweit gebessert hat, dass der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit wieder zu 50

% zumutbar ist.

Wenn gleich Dr. C. ___ - fachfremd - in psychiatrischer Hinsicht festhielt, dass unter Umständen auch psychosoziale Faktoren die Arbeitsfähigkeit tangierten, so lässt sich anhand der vorliegenden medizinischen Aktenlage kein Hinweis auf eine relevante psychische Störung finden. So führte zwar auch Dr. E. ___ als behandelnder Hausarzt in seinem Bericht vom 23. Juni 2016 aus, dass eventuell auch eine psychisch bedingte Leistungsminderung vorliege, was aber allein nicht genügt, um eine zusätzliche Einschränkung aus psychischen Gründen darzutun. Die Beschwerdeführerin befindet sich denn auch in keiner psychiatrischen Behandlung, was gegen einen relevanten Leidensdruck spricht.

Soweit die Beschwerdeführerin weitere medizinische Abklärungen verlangt (Urk. 1 S. 7), ist darauf zu verzichten, da der Gesundheitszustand und die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten hinreichend geklärt sind.
4.3

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin in den Jahren 2013 und 2014 in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig war und ihr seit anfangs 2015 ihre bisherige Tätigkeit als Verwaltungssekretärin, welche zugleich eine angepasste (körperlich nicht oder körperlich leicht belastende) Tätigkeit darstellt, wieder zu 50 % zumutbar ist. 5. 5.1

Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruches als auch anlässlich einer Rentenrevision (Art. 17 Abs. 1 ATSG) stellt sich unter dem Gesichtspunkt des Art. 28a Abs. 3 IVG in Verbindung mit Art. 16 und 7 Abs. 2 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode.

Ob eine versicherte Person als ganztägig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, führt je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) und ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist nicht,

welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch, das heisst ohne Gesundheitsschaden, aber bei sonst gleichen Verhältnissen, erwerbstätig wäre (Art. 27 bis IVV ; BGE 133 V 504 E. 3.3 mit Hinweisen).

Die Statusfrage beurteilt sich praxismässig nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben. Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen. Für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit ist der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich (BGE 137 V 334 E. 3.2, 130 V 393 E. 3.3, 125 V 146 E. 2c, je mit Hinweisen).

Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen (vgl. Art. 27 IVV) sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts 9C_915/2012 vom 15. Mai 2013 mit Hinweisen auf BGE 133 V 504 E. 3.3).

Die gemischte Methode findet auch Anwendung, wenn der (in einem Aufgabenbereich tätigen) versicherten Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung eine vollzeitliche Erwerbstätigkeit zumutbar wäre, sie aber trotzdem eine solche nicht ausüben würde (vgl. BGE 133 V 504 E. 3.3 in fine). Ist jedoch anzunehmen, die versicherte Person wäre ohne gesundheitliche Beeinträchtigung teilerwerbstätig oder sie arbeitete unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mit, ohne daneben in einem andern Aufgabenbereich nach Art. 5 Abs. 1 IVG tätig zu sein, ist die Invalidität ausschliesslich nach den Grundsätzen für Erwerbstätige, somit nach Art. 16 ATSG zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 e contrario). Die gemischte Methode gelangt hier ebenso wenig zur Anwendung wie bei ohne Gesundheitsschaden voll Erwerbstätigen (Art. 27 bis IVV). Das Valideneinkommen ist nach Massgabe der ohne Gesundheitsschaden ausgeübten Teilerwerbstätigkeit festzulegen. Entscheidend ist, was die versicherte Person als Gesunde tatsächlich an Einkommen erzielen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Wäre sie gesundheitlich in der Lage, voll erwerbstätig zu sein, reduziert sie aber das Arbeitspensum aus freien Stücken, insbesondere um mehr Freizeit zu haben, oder ist die Ausübung einer Ganztagestätigkeit aus Gründen des Arbeitsmarktes nicht möglich, hat dafür nicht die Invalidenversicherung einzustehen (BGE 125 V 157 E. 5c/ bb mit Hinweisen; ZAK 1992 S. 92 E. 4a). Das Invalideneinkommen bestimmt sich entsprechend den gesetzlichen Vorgaben danach, was die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte. Dabei kann das – vom Arzt festzulegende – Arbeitspensum unter Umständen grösser sein als das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung geleistete (vgl. BGE 131 V 51 E. 5.1.2).

Bei der Bestimmung der im konkreten Fall anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode und damit der Beantwortung der entscheidenden Statusfrage handelt es sich um eine hypothetische Beurteilung, die auch hypothetische Willensentscheidungen der versicherten Person berücksichtigen muss. Dies gilt auch für die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre. Diese inneren Tatsachen sind indessen einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in aller

Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_287/2013 vom 8. November 2013 E.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 6.2

Beim Einkommensvergleich ist zu prüfen, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt. Für die Vornahme des Einkommensvergleichs ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des (hypothetischen) Rentenbeginns abzustellen (BGE 128 V 174, BGE 128 V 222).

E. 6.3

Wie bereits festgestellt (vgl. E. 4.3), war die Beschwerdeführerin von Januar 2013 bis Dezember 2014 aus kardiologischer Sicht in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Demnach hat die Beschwerdeführerin vom 1. Januar 2014 bis 31. März 2015 (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV) Anspruch auf eine ganze Invalidenrente.

Für die weitere Zeit ab 1. April 2015, nachdem sich ihr Gesundheitszustand gebessert hatte und ihr wieder eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in ihrer bisherigen Tätigkeit als Büroangestellte zumutbar war, ist nachfolgend eine Invaliditätsbeurteilung vorzunehmen: Dabei resultiert bei einem 90%-Pensum ein Valideneinkommen für das Jahr 2014 von Fr. 70'586.-- (Fr. 61'734.-- : 8 x 9 [vgl. Urk. 9/15] : 2630 x 2673 [vgl. Bundesamt für Statistik, Entwicklung der Nominallöhne, Tabelle T 39]) und ein Invalideneinkommen für Allgemeine Büro- und Sekretariatskräfte (Zentralwert, gemäss Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik für das Jahr 2014, Tabelle T 17, Ziff. 41) bei einer betriebsüblichen Arbeitszeit im Jahr 2014 von 41.7 Stunden (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Total, herausgegeben durch das Bundesamt für Statistik) in der Höhe von Fr. 36'998.-- (Fr. 5'915.-- x 12 : 40 x 41.7 x 0.5).

E. 6.4.1

Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Bestimmung des Invaliditätsgrades ist von der Beschwerdeführerin nur insofern gerügt worden, dass sie einen Leidensabzug verlangt.

So sei sie aufgrund ihrer Schwindelproblematik, Müdigkeit, Anstrengungsdysponie und Konzentrationsschwierigkeiten deutlich eingeschränkt. Zudem komme lediglich eine Arbeitstätigkeit zuhause oder sehr wohnungsnah in Frage, was nebst ihrem Alter und dem geringen Arbeitspensum zu berücksichtigen sei (Urk. 1 S. 6).

E. 6.4.2

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/ aa). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5. 2; 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ bb -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteile des Bundesgerichts 9C_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1 und 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E.

E. 6.4.3

Die Beschwerdegegnerin hält zu Recht fest, dass ein leidensbedingter Abzug in Bezug auf die Bewältigung des Arbeitsweges nicht gerechtfertigt sei (Urk. 2). Da bei der herzkranken Beschwerdeführerin aber trotz gebessertem kardialen Gesundheitszustand weiterhin mit dem zeitweisen Auftreten von Rhythmusstörungen zu rechnen ist (vgl. kardiologisches Gutachten, Urk. 9/81 S. 17), welche zu nicht vorhersehbaren, plötzlichen krankheitsbedingten Ausfällen mit anschliessenden Erholungsphasen führen können , rechtfertigt es sich vorliegend, einen leidensbedingten Abzug von 10 % zu gewähren. Wie das Bundesgericht wiederholt ausführte, können nicht vorhersehbare und schwer kalkulierbare Absenzen, welche aufgrund der invalidisierenden Erkrankung zu erwarten sind, einen Tabellenlohnabzug rechtfertigen (Urteil 8C_179/2018 vom 22. Mai 2018 E. 4.2, 9C_414/2017 vom 21. September 2017 E. 4.3 und 9C_728/2009 vom 21. September 2010 E. 4.3.1). Dieser Umstand hat die Beschwerdegegnerin zu Unrecht nicht beachtet. Andere Abzugskriterien sind indes nicht gegeben, weshalb kein höherer Abzug als 10 % zu gewähren ist.

E. 6.5

Die Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen ergibt - unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 10 % (vgl. E. 6.4.3) - eine Erwerbseinbusse von Fr. 37' 288.-- (Fr. 70' 586.-- - Fr. 33' 298.-- [Fr. 36' 998.-- x 0.9]) und führt somit zu einem Invaliditätsgrad von 53 % und berechtigt zu einer halben Invalidenrente (vgl. E. 1.2). 7.

Zusammenfassend ist die Beschwerde dahingehend teilweise gutzuheissen, dass die angefochtene Verfügung insoweit ab geändert wird, dass die Beschwerdeführerin vom 1. Januar 2014 bis 31. März 2015 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat und ab dem 1. April 2015 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat. 8.

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. 8.1

Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 8 00.-- anzusetzen. Da die Beschwerdeführerin zu einem wesentlichen Teil obsiegt, sind die Kosten voll umfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 8.2

Entsprechend ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine volle Prozessentschädigung zu bezahlen, die gemäss Art. 61 lit . g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) - ohne Rücksicht auf den Streitwert - nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen ist, wobei ein Betrag von Fr. 1'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen erscheint. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 13. respektive 20. Januar 2016 insoweit abgeändert, als festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin vom 1. Januar 2014 bis 31. März 2015 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente und ab dem 1. April 2015 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat.

Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

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

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 1'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Fortuna Rechtsschutz-Versicherungs-Gesellschaft , unter Beilage von Kopien der Urk. 15/1-8 - 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 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
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Hurst
Geiger

E. 10

Mai 2000)

-

unter OAK

-

Sick-Sinus-Syndrom

-

Status nach Schrittmacherimplantation Medtronic Kappa

(7. August 2000)

-

Aggregatwechsel zu Medtronic (AAI-DDDR) und Elektrodenwechsel

20. Juli 2009

-

Schrittmacherkontrolle am 14. Juli 2010: keine Episoden von

Flimmern oder Flattern

-

Seit April 2010: Re-Programmierung von DDD auf

AAI-DDD

-

Vorbestehende Dislokation der alten SM-Vorhofelektrode in den

rechten Ventrikel (bislang jedoch keine Ventrikelarrhythmien)

-

Elektrophysiologische Untersuchung und Radiofrequenz am 28. September

2012

-

AV-Knotenmodifikation bei hochsymptomatischen paroxysmalen Vorhofflimmern und Vorhofflattern mit tachykarder Überleitung und diversen Medikamenten-Unverträglichkeiten

-

auch danach wiederholte Vorhoftachykardien

-

zuletzt Hospitalisation am 2. Januar 2013 wegen einer Vorhoftachykardie mit rascher AV-Überleitung mit einer Frequenz von 160 Schlägen pro Minute

Die Beschwerdeführerin sei wegen diesen Tachykardien diverse Male notfallmässig hospitalisiert gewesen, zuletzt im Januar 2013 im G. ____ . Aktuell sei ein Ende dieser Tachykardie-Episoden nicht abzusehen, da alle Bemühungen und Interventionen die zunehmenden Tachyarrhythmien nicht hätten beherrschen können. Glücklicherweise sei die Beschwerdeführerin psychisch stabil und sie gehe erstaunlich gut und ruhig damit um. Die Prognose sei höchst ungewiss und zudem bestehe auch die Gefahr von ventrikulären Rhythmusstörungen, Tachykardien. Die Beschwerdeführerin sei für ihre zuletzt ausgeübte administrative Tätigkeit vom 7. Juli bis 7. Oktober 2012 zu 100 %, vom 8. Oktober bis 31. Dezember 2012 zu 80 % arbeitsunfähig gewesen. Seit dem 1. Januar 2013 sei sie für einen Arbeitsversuch zu 50 % arbeitsfähig. Es beständen keine psychischen Einschränkungen, sondern vor allem die kardialbedingten Einschränkungen der Leistungsfähigkeit mittleren bis schweren Grades und die immer wiederkehrenden anfallsartigen nicht selbstlimitierten Tachykardien, die meist stationär behandelt werden müssten. Diese Tachykardien verunmöglichten die Arbeit. Die kardialen Probleme führten zu rascher Ermüdung, sodass kein Vollzeitpensum möglich sei und sich auch bei einem Teilzeitpensum bereits Ermüdungserscheinungen auswirkten. Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin maximal zu 50 % zumutbar, wobei aber eine zusätzliche Leistungseinbusse von durchschnittlich 30 % bestehe.

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