

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00265 vom 8. April 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-04-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00265

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00265 du 8 avril 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00265 del 8 aprile 2020

Erwägungen

E. 1

0. Oktober 2015 (Eingangsdatum) erstmals bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 9/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte beruflich-medizinische Abklärungen. Insbesondere veranlasste sie die interdisziplinäre (Psychiatrie/Allgemeine Innere Medizin/Gastroenterologie/Rheumatologie) Expertise der Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS),

Y.____,

vom

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, 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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 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. 1.3

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl.

auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b). Soweit die Verwaltung auf die Neuanschuldung eingetreten ist, unterbleibt eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage (BGE 109 V 108 E. 2b mit Hinweisen; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 71 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter

lit. f IVV auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauffolgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 5. April 2019 Beschwerde und beantragte, es sei ihr in Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 6. März 2018 mit Wirkung ab sechs Monaten nach der Neuanschuldung eine Rente zuzu sprechen. Eventualiter sei die Sache zur Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung an die IV-Stelle zurückzuweisen resp. auf deren Kosten ein Gerichtsgutachten anzuordnen. In prozessualer Hinsicht ersuchte die Beschwerdeführerin um Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels (Urk. 1 S.

2). Mit Nachtrag vom 11. April 2019 gab die Beschwerdeführerin den Bericht des behandelnden Prof. Dr. med. Dr. phil.

Z.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin sowie Gastroenterologie, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie des A.____,

vom 8. April 2019 zu den Akten (Urk. 5, Urk. 6). Mit Beschwerdeantwort vom 21. Mai 2019 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8), was der Beschwerdeführerin am 23. Mai 2019 zur Kenntnis gebracht wurde. Zugleich wurde ihr mitgeteilt, das Gericht erachte einen zweiten Schriftenwechsel nicht als erforderlich (Urk. 10). Mit Eingaben vom 9. Juli

resp.

2. August 2019 gab die Beschwerdeführerin den Sprechstundenbericht der B.____ vom 2. Juli 2019 resp. den Verlaufsbericht von Dr. med.

C.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 15. Juli 2019 zu den Akten (Urk. 12, Urk.

13/1, Urk. 15, Urk. 16). Die Doppel resp. Kopien dieser Eingaben wurden der Beschwerdegegnerin am 12. Juli und

9. August 2019 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 14, Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung erwog die Beschwerdegegnerin, seit dem leistungs ablehnenden Entscheid vom 14. Juli 2017 sei keine andauernde Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen (Urk. 2)

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, es hätten sich seit Juli 2017 sowohl ihr Gesundheitszustand als auch ihre Arbeitsfähigkeit verschlechtert. Insbesondere sei es ab Januar 2018 zu einem massiven Schub der Colitis ulcerosa gekommen. Auch seien erhebliche psychische Probleme aufgetreten. Alsdann bestünden unterdessen kardiologische Leiden. Bezüglich letzteren nannte sie die Beschwerdeführerin den Untersuchungsgrundsatz verletzt. Vorliegend werde der Sache nur mit einer erneuten interdisziplinären Expertise Genüge getan. Dabei sei auch der schlechten Prognose und Notwendigkeit zur Dauermedikation mit den entsprechenden Nebenwirkungen Rechnung zu tragen. Zudem seien die Leiden resp. deren Auswirkungen unter Stress zu begutachten und nicht in einer Phase ohne Berufstätigkeit. Aufgrund der rezidivierenden akuten Krankheitsschübe (sowohl der psychiatrischen Erkrankung als auch der Colitis ulcerosa und Rheumaerkrankung) sowie der neu hinzugetretenen Leiden sei von einem invalidisierenden Gesundheitsschaden auszugehen (Urk. 1).

E. 3.1

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung eingetreten. Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer allfälligen anspruchserheblichen Änderung der tatsächlichen Verhältnisse (vgl. E. 1).

E. 3.2

Der Vollständigkeit halber bleibt vorab darauf hinzuweisen, dass die IV Stelle ungeachtet dessen, dass sie von dem im Vorbescheid in Aussicht gestellten Entscheid abweichend verfügte - vorliegend nicht verpflichtet war, vorgängig nochmals ein Vorbescheidverfahren durchzuführen; der entscheidung relevante Sachverhalt wurde grösstenteils vor Erlass des Vorbescheides abgeklärt und der einwandweisen Sachverhaltsvervollständigung kam keine ausschlaggebende Bedeutung zu (vgl. E. 5 hienach; Urteil des Bundesgerichts 9C_606/2014 vom 9. Dezember 2014 E. 2.1 mit weiteren Hinweisen). Eine Gehörsverletzung ist damit jedenfalls zu verneinen und wurde beschwerdeweise zu Recht auch nicht behauptet.

E. 4

Im interdisziplinären MEDAS-Gutachten vom 28. Dezember 2016 kamen die beurteilenden Fachärzte zum Schluss, es bestünden keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielten sie folgende Diagnosen fest (Urk. 9/20/17): - Seit 2003 bekannte Colitis ulcerosa (aktuell seit 2011 komplette klinische und endoskopische Remission); - endoskopisch multiple Pseudopolypenbildung von der rechten Flexur bis ins Sigma (Ileokoloskopie 11/2016); - fortlaufende antiinflammatorische Behandlung mit Imurek/5-ASA; - Polyarthralgien; - sonstiger chronischer Schmerz (ICD-10: R 52.2); - Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD 10: Z 73)

Die Beschwerdeführerin habe berichtet, seit etwa 2003 an einer Colitis ulcerosa zu leiden. Dabei komme es zu einem imperativen

Stuhldrang sowie gehäuftem (4

bis 5 Mal täglich), teilweise unkontrollierbaren Stuhlgängen,

begleitet von stechenden Bauchschmerzen und leichter Inkontinenz, Müdigkeit sowie Leistungsintoleranz. Diesbezüglich sei sie seit 2003 in gastroenterologischer Behandlung mit entsprechender Medikation. Alsdann bestehe eine jahrelang vorbestehende Nackensteifigkeit resp. allmorgendliche Steifigkeit der Wirbelsäule und fast ständig anhaltende und vor allem beim Aufwachen besonders ausgeprägte Schmerzen im HWS- und LWS-Bereich. Es sei diesbezüglich intermittierende Polyarthralgien und Arthralgien, speziell in den Gelenken, berichtet

diagnostiziert worden. Letzteres sei in letzter Zeit schlimmer geworden. Auch diesbezüglich werde sie medikamentiert. Weiter habe die Beschwerdeführerin eine subjektive Tagesmüdigkeit, schnelle Erschöpfbarkeit, geringe Belastbarkeit im Alltag, depressive Schwankungen, eine gedrückte Stimmung, einen sozialen Rückzug, Ein- und Durchschlafstörungen, Grübelzwänge, Energieverlust und Zukunftsängste geklagt. Es gehe ihr psychisch schlecht und sie «möge manchmal nicht mehr». Seit 2013 sei sie in psychiatrischer Behandlung (Urk. 9/20/7 f., Urk. 9/20/15 f.).

In objektiv - allgemein internistischer

Hinsicht notierte der begutachtende Facharzt einzig einen verifizierten Vitamin D3-Mangel. Dieser werde medikamentös behandelt (Urk. 9/20/15).

Im Rahmen der gastroenterologischen Untersuchung wurden ein guter Ernährungs- und Allgemeinzustand (BMI von 24.9 kg/m²) festgehalten. Die klinische Abdomenuntersuchung

sei unauffällig gewesen . Bei der per Rectum -Untersuchung habe sich ein normaler Tonus des Analsphinkters sowie eine unauffällige

Sphinkterfunktion gezeigt. Die Laborwerte hätten normale Blutwerte ergeben, ohne Erhöhung der Entzündungszeichen. Die normale Calprotectin-Konzentration im Stuhl widerspiegeln eine zurzeit fehlende inflammatorische Aktivität; die Mitte November 2016 durchgeführte Ileokoloskopie habe multiple Pseudopolypen im gesamten Kolonrahmen, ohne Hinweise für eine aktive entzündliche Aktivität ergeben. Mithin befindet sich die Beschwerdeführerin unter der fortlaufenden antiinflammatorischen Behandlung mit Immunsuppressiva/5-ASA seit ca. fünf Jahren in einer vollständigen klinischen und endoskopischen Remission. Die zurzeit leicht erhöhte Stuhlfrequenz sei am ehesten im Rahmen funktioneller Störungen des Magen-Darmtraktes zu erklären (Urk. 9/20/16).

Aus klinisch psychiatrischer Sicht bestehe keine spezifische Angststörung, allenfalls eine Ängstlichkeit im Zusammenhang mit der Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin und den als beängstigend erlebten somatischen Beschwerden. Eine depressive Störung sei ebenfalls zu verneinen; der Hamilton Depressionstest habe einen Punktwert von 10 ergeben. Dies entspreche einem sehr niedrigen Depressionswert. Ungeachtet der Klagen über Körperbeschwerden bestehe auch keine somatoforme Störung; die entsprechenden ICD-10 Klassifikationskriterien seien nicht erfüllt. Demgegenüber sei in Anbetracht der Klagen über psychische Probleme und Energieverlust von einem teilweise dysfunktionalen Umgang mit belastenden und eventuell als stressig erlebten Situationen im Alltag auszugehen. Zudem hätten sich Anhaltspunkte für ein Schonverhalten bei intensiver familiärer Unterstützung ergeben; die Beschwerdeführerin widme sich vornehmlich der Betreuung ihrer damals zweijährigen Tochter und erhalte daneben im Haushaltsbereich tatkräftige Unterstützung durch die Familie. Eine relevante Aggravation ergebe sich daraus indes nicht. Mithin zeige die Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin psychopathologisch leicht vermeidende, ängstliche Tendenzen sowie eine Stressanfälligkeit und anankastische Akzentuierung. Dabei handle es sich um leichte Auffälligkeiten der Persönlichkeitsstruktur und nicht um eine Persönlichkeitsstörung (Urk. 9/20/15, Urk. 9/20/19) .

Rheumatologischerseits

habe sich eine gute Beweglichkeit der gesamten Wirbelsäule, ohne Hinweise auf eine entzündliche Aktivität sowie ein aktuell unauffälliger Gelenkstatus , ohne Hinweise für eine Arthritis oder Synovitis , ergeben. Aufgrund dieser Diskrepanz zu den subjektiv berichteten Beschwerden sei eine MRI Untersuchung der gesamten Wirbelsäule durchgeführt worden; eine entzündliche Aktivität im Sinne einer Enteropathie -assoziierten Spondylarthrose

habe sich nicht objektivieren lassen. Zudem sei das HLA-Gen nicht nachweisbar , was insbesondere einen axialen Befall im Rahmen einer Enteropathie -assoziierten Spondylarthropathie eher unwahrscheinlich erscheinen lasse. Mithin ergäben sich

entsprechend den rheumatologischen Vorakten - weder klinische noch bildgebende Hinweise für eine entzündliche Aktivität im Sinne einer Colitis ulcerosa assoziierten Spondylarthropathie (Urk. 9/20/16, Urk. 9/20/18).

Im Rahmen der interdisziplinären Konsensbeurteilung kamen die begutachtenden Fachärzte zum Schluss, der Beschwerdeführerin seien jegliche Tätigkeiten , ohne starke

Stressbelastung, ohne erhöhten Zeitdruck, ohne Lastenheben über 10 Kg, ohne Frühschichten aufgrund der Morgensteifigkeit, ohne Exposition gegenüber Nässe, Kälte, ohne Temperaturschwankungen, jedoch mit der Möglichkeit auf Toilettengänge sowie mit regelmässigen Pausen zu 100 % zuzumuten. Unter diesen Bedingungen sei

sie auch in ihrer angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 9/20/20); in retrospektiver Hinsicht habe allenfalls eine kurzzeitige Arbeitsunfähigkeit bestanden aufgrund rezidivierender Entzündungsschübe (Urk. 9/20/18).

E. 5

Im Rahmen der Neuanmeldung stellt sich die Aktenlage im Wesentlichen wie folgt dar:

E. 5.1

Ab August 2017 kam es zu einer sich am rechten Unterarm ausbreitenden, entzündlichen Hautveränderung mit Juckreiz und Schmerzen bei Berührung, welche ärztlicherseits als unklare papulopustulöse Dermatose resp. Pyoderma resp. Tinea

corporis resp. unklare erythematöse Plaques interpretiert und medikamentös behandelt wurde (Urk. 9/38/9, Urk. 9/39). Histologische und immunhistochemische Weiterungen erbrachten keine klare Diagnose

(Urk.

9/39/16 f.). Eine Pilzinfektion sowie Mikrobakterien konnten im Rahmen entsprechender Untersuchungen jedenfalls ausgeschlossen werden (Urk. 9/39/18). Es wurde

schliesslich auf eine Immunreaktion zufolge der aufgrund der Colitis ulcerosa eingenommenen immunsuppressiven Medikamente

geschlossen (Urk.

9/39/20 ff.).

E. 5.2

Im Konsiliarbericht vom 8. Januar 2018 hielt Prof. Dr. Z.____ eine mild aktivierte Proktitis ulcerosa, Mayo Score 1 – sicher mehr Aktivität als bei der Koloskopie vor einem Jahr, fest. Die perianale Haut sei indes weiterhin unauffällig, der Sphinkter palpatorisch normal, der Analkanal glatt und protoskopisch normal. Das distale Rektum sei ebenfalls unauffällig (Urk. 9/38/2). Im Sprechstundenbericht vom 3. April 2018 notierte Prof. Dr. Z.____

ausserdem, die Beschwerdeführerin habe eine neue Stelle angetreten. Das schaffe eine Menge Stress. Hierunter sei die anfangs im Jahr festgestellte Proktitis weiterhin leicht aktiv und es werde diese nunmehr mit Puri Nethol und Budenofalk

medikamentiert (Urk.

9/38/5).

E. 5.3

Im April 2018 liess sich die Beschwerdeführerin aufgrund ausgeprägter psychosozialer Belastung freiwillig in die D.____ einweisen. Im Austrittsbericht vom 15. Mai 2018 wird nebst den vorbekannten Diagnosen neu eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10: F 43.2) festgehalten (Urk. 9/55/1). Die Beschwerdeführerin habe mehrfach weinend von belastenden körperlichen Erkrankungen mit aktuellem leichtem Schub der Colitis ulcerosa, einer Hautpilzerkrankung, Arthritis in der LWS und rezidivierenden

Harnwegsinfekten berichtet. Sie sei indes eine « Schaffernatur » und habe trotz den Schmerzen im März 2018 eine neue Stelle im 40%-Pensum angetreten als MPA im E.____. Kaum eingeführt sei sie dabei rasch überfordert gewesen und habe deshalb in der Probezeit gekündigt. Ihre Familie sei indes sehr unterstützend. Sodann bestünden depressive Symptome mit Schlafstörungen aufgrund von Grübeln und Zukunftssorgen, Antriebslosigkeit, Niedergedrücktheit, Affektlabilität, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Im kurzstationären Verlauf (23. Bis 26. April 2018) habe die Beschwerdeführerin eine rasche Entlastung durch die neuerliche IV Anmeldung, den guten Kontakt zum Betreuungsteam sowie zu wenigen Mitpatienten erlebt. Aufgrund der belastenden Darmsituation und Rückenschmerzen habe sie einen raschen Austritt sowie die Aufgleisung einer ambulanten Psychotherapie gewünscht. Der Austritt sei nach einer problemlosen Belastungsprobe in gebessertem Zustand erfolgt (Urk. 9/55/2).

E. 5.4

Die seit dem 17. Juli 2018 ambulant behandelnde Dr. C.____

diagnostizierte nach einmaliger Konsultation am

17. Juli 2018

eine mittelschwere depressive Episode (ICD-10: F 32.1) und psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10: F 54). Die Beschwerdeführerin zeige eine leicht reduzierte Konzentration, berichte einen starken Leidensdruck, sei sehr angespannt und gedanklich eingeengt auf ihre körperlichen Leiden. Im Affekt sei sie ausgeprägt niedergestimmt, traurig bis verzweifelt, überfordert und es bestünden Lebensüberdruß und Ängste darob, wie sich die chronischen Erkrankungen weiterentwickelten. Der Antrieb sei reduziert. Gleichzeitig habe die Beschwerdeführerin in hohe Ansprüche an sich selbst, was teils zu ausgeprägter Unruhe sowie zum Gefühl führe, keine Hilfe in Anspruch nehmen zu dürfen. Ausserdem habe sie ein reduziertes Selbstwertgefühl sowie das Gefühl, keine Kraft mehr zu haben. Sie sei stark belastet aufgrund der körperlichen Symptome und Einschränkungen, empfinde sich selbst als Last. Weiter bestünden ein sozialer Rückzug, Ein- und Durchschlafstörungen, Ruhewünsche, aber eine klar und glaubhafte Distanz von suizidalen Gedanken. Bei alledem sei die Beschwerdeführerin momentan zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 9/54).

E. 5.5

Im einwandweise eingereichten Verlaufsbericht vom 8. November 2018 hielt Dr. C.____ bei weitestgehend gleichbleibenden Befunden (vgl. E. 5.4) neu (1) eine rezidivierende depressive Störung (2013, 2015, 2017), Status nach mittelschwerer depressiver Episode (ICD-10: F 32.1), aktuell leichte Symptomatik, (2) Probleme durch Ereignisse in der Kindheit, die den Verlust des Selbstwertgefühls zur Folge haben (ICD-10: Z 61.3), akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlichen und anankastischen Anteilen (ICD-10: Z 73.1) sowie (4) Mangel an Entspannung und Freizeit (ICD-10: Z 73.1) fest. Unter der regelmässigen Psycho- und Psychopharmakotherapie (Cipralen) habe sich die Symptomatik bereits etwas zurück gebildet. Aktuell versuche die Beschwerdeführerin ihre 30%ige Tätigkeit als MPA wieder aufzunehmen. Eine in quantitativer Hinsicht darüberhinaus gehende Arbeitsfähigkeit sei aktuell nicht erreichbar (Urk. 9/64).

E. 5.6

Schliesslich erhellt aus dem einwandweise eingereichten Bericht der beurteilen den Oberärztin des Herzzentrums am A.____ vom 7. Januar 2017 , dass die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben seit ca. 10 Jahren an Palpitation en

leide ; seit Dezember 2018 sei es dreimalig zu einem präsynkopalen Zustand gekommen mit Prodromi , Hitzegefühl , Übelkeit und Schweissausbruch. Zwei davon seien in stressigen Situation aufgetreten. In diagnostischer Hinsicht wurde eine symptomatische idiopathische Extrasystolie festgehalten (Urk. 9/71/1). Die daraufhin stationär durchgeführten Untersuchungen (Holter-EKG, Fahrrad-Ergo, Herz-MRI) zeigten unauffällige Befunde und die im Februar 2019 durchgeführte Ablation zeitigte Erfolge (vgl. Austrittsbericht vom 25. Februar 2019, Urk. 9/71)

E. 6

.2

In psychiatrischer Hinsicht korrelieren die im Rahmen der Neuanschuldung notierten Befunde weitestgehend mit den anlässlich der psychiatrischen Exploration 2016 festgehaltenen . Die Beschwerdeführerin litt bereits damals

unter depressiven Schwankungen, gedrückter Stimmung , Grübelzwängen , Tagesmüdigkeit und Müdigkeit am Abend , geringer Belastbarkeit im Alltag,

Stress, schneller Erschöpfbarkeit , Mangel an Entspannung, Energieverlust und Zukunftsängsten sowie Ein- und Durchschlafstörungen. Weiter berichtete sie einen sozialen Rückzug, dass sie «manchmal nicht mehr möge», es ihr psychisch schlecht gehe und sie seit 2013 in psychiatrischer Behandlung

sei (Urk. 9/20/

E. 7

00.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

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) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der 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 HurstHediger

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