

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00467 vom 8. November 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-11-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00467

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00467 du 8 novembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00467 del 8 novembre 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1971, war vom

1. Dezember 2012 bis

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). 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

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

E. 1.3

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V

281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und

Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

E. 1.4

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. 1.5

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 ihrer 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, 128 V 29 E. 1).

E. 1.6

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_399/2016 vom 18. Januar 2017 E. 4.8.1). 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).

E. 1.7

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung (BGE 125 V 413 E. 2d; Urteil des Bundesgerichts 8C_780/2007 vom 27. August 2008 E. 2.3; vgl. Meyer/

Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 11 zu Art. 30–31). Rechtsprechungsgemäss bildet eine solche Verfügung insgesamt den Anfechtungs- und Streitgegenstand und unterliegt integral der gerichtlichen Prüfung, selbst wenn nur einzelne Punkte davon bestritten sind (vgl. BGE 131

V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_440/2017 vom 25. Juni 2018 E. 5.1 [in BGE 144 V 153 nicht publiziert] und 9C_50/2011 vom 25. Mai 2011 E. 2.1).

Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine abgestufte oder befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben. Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Abstufung oder Aufhebung der Rente zu erfassen (BGE 131 V 164 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). Dabei ist in anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht irrelevant, ob eine rückwirkende Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente in einer oder in mehreren Verfügungen gleichen Datums eröffnet wird (BGE 131 V 164 Regeste; Urteil des Bundesgerichts 8C_489/2009 vom 23. Oktober 2009 E. 4.1 mit Hinweis).

E. 1.8

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung (Urk. 2) damit, dass gestützt auf das Gutachten der MEDAS Z.____

davon auszugehen sei, dass die Beschwerdeführerin seit dem 15. April 2014 in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Nach Ablauf der Wartezeit im April 2015 sei ihr eine Tätigkeit zu 50 % zumutbar gewesen, und die Erwerbseinbusse betrage damit 50 %, was dem Invaliditätsgrad entspreche. Seit dem 1. Januar 2016 habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verbessert, und die Arbeitsunfähigkeit betrage seither noch 30 %, was dem Invaliditätsgrad entspreche. Demnach bestehe ab April 2016 kein Rentenanspruch mehr. Eingliederungsmassnahmen seien eingeleitet worden, jedoch sei die Umsetzung eines höheren als eines 50%-Pensums aus nicht medizinischen Gründen gescheitert. Die im Einwand geltend gemachte Verschlechterung sei nur von kurzer Dauer und somit nicht relevant gewesen. Es werde davon ausgegangen, dass mit einem entsprechenden Einsatz auch ein höheres Pensum möglich gewesen wäre (Begründung S. 1 f.). 2.2

Dagegen machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde (Urk. 1) geltend, dass die Beschwerdegegnerin zu Unrecht einzig auf die medizinisch-theoretische Beurteilung der

MEDAS Z. ___ vom 10. August 2016 abstelle, ohne die Erkenntnisse aus den Eingliederungsmassnahmen und die seitherige gesundheitliche Entwicklung zu berücksichtigen. Es sei ihr zu Unrecht unterstellt worden, dass sie passiv und unmotiviert sei und bei gutem Willen 70 % arbeiten könnte. Zudem erscheine die psychische Situation nach wie vor nicht genügend abgeklärt, weshalb eine psychiatrische Untersuchung veranlasst worden sei (S.

4 lit. B. Rz

14-15, S. 6 Rz 19,

S. 6 f. Rz 22-25).

Während des Arbeitstrainings vom 1. September 2017 bis 28. Februar 2018 habe sie gezeigt, dass sie ihr stabil erbrachtes Arbeitspensum von 50 % nicht steigern können (S. 6 Rz 20-21).

Zudem habe auch die Tatsache, dass sie nun auch noch beidseitige Lungenembolien erlitten habe, keine Berücksichtigung mehr gefunden (S. 8 Rz 26). Richtigerweise sei von einer tatsächlichen Leistungsfähigkeit von 50 % in einer optimal angepassten Tätigkeit mit häufigem Kundenkontakt auszugehen (S. 8 Rz 27). 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin über den 31. März 2016 hinaus Anspruch auf eine Invalidenrente hat. 3.3.1

Dr. med. C. ___, Fachärztin

für Allgemeine Innere Medizin und für Kardiologie, Spital

D. ___, stellte in ihrem Bericht vom 15. Januar 2015 (Urk. 6/27/1-4) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - Sick-Sinus-Syndrom mit paroxysmal tachykardem Vorhofflimmern und Pausen bis 5 Sekunden - Status nach Schrittmacherimplantation am 30. Januar 2013 - aktuell weiterhin paroxysmal tachykardes Vorhofflimmern - normale linksventrikuläre Funktion - depressive Symptomatik seit Januar 2013 - Gonarthrose beidseits - Status nach Knie-Totalprothese am 15. April 2014

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. C. ___ einen Situs inversus abdominalis mit fehlender Vena

cava inferior, ein Polyspleniesyndrom und eine Adipositas. Dr. C. ___ führte aus, die Beschwerdeführerin sei seit dem 20. Dezember 2013 bei ihr in Behandlung, und die letzte Kontrolle sei am 3. Dezember 2014 erfolgt (Ziff. 1.2). Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei nicht genau bekannt. Nach der Schrittmacherimplantation sei die Beschwerdeführerin jedoch für etwa fünf Wochen arbeitsunfähig gewesen. Aktuell sei sie nach der Knieoperation seit dem 15. April 2014 zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.6). Es bestünden eine rasche Ermüdbarkeit, Konzentrationsprobleme, Schlafstörungen, Antriebslosigkeit, ein rezidivierendes thorakales Druck- und Engegefühl auf der Brust und eine Atemnot bei Anstrengung. Weiter bestünden eine verminderte Leistungsfähigkeit, eine Konzentrationsschwäche und eine verminderte Belastbarkeit,

insbesondere wegen der depressiven Symptomatik und den noch vorhandenen Rhythmusstörungen. Die bisherige Tätigkeit sei aktuell zu 50 % möglich (Ziff. 1.7). 3.2

Dr. med. E. ___, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nannte in seinem Bericht vom 9. November 2015 (Urk. 6/38/2) als Diagnose einen Status

viereinhalb Monate nach Knie- Totalprothese (TP) links. Dr. E.____ führte aus, dass es der Beschwerdeführerin mittlerweile gut gehe und sie gelegentlich bei stärkeren Belastungen noch Schmerzen habe. Der Zu stand sei aber sicher besser als noch vor sechs Wochen. Er habe die Patientin ab Dezember

2015 als im administrativen Bereich tätige Arbeitskraft wieder vermittelbar geschrieben . Die Beschwerdeführerin habe aber darauf aufmerksam gemacht, dass sie vor allem durch die Herzrhythmusstörungen beeinträchtigt und sie deshalb noch in weiterer Abklärung bei Dr. C.____ sei. 3. 3

Am 10. August 2016 erstatteten die Gutachter der MEDAS Z.____ das von der Beschwerdegegnerin veranlasste polydisziplinäre Gutachten (Urk. 6/51 /1-28) nach am 17. Mai

2016 durchgeführter internistischer und am 14. Juni

2016 erfolgter kardiologischer, psychiatrischer und rheumatologischer Untersuchung (S. 1). Die Gutachter stellten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 22 III. Ziff. 1): - depressive Episode, aktuell leichtgradig (ICD-10 F32.0) - residuelle

Gonalgien - Status nach traumatischer Ruptur des vorderen Kreuzbandes (VKB) links 1985 - Status nach zweifacher Kreuzbandplastik 1985/2010 und nach zweifacher Meniskusoperation 2005/2007 - Status nach Knie-TP links am 23. Juni 2015 bei ausgeprägter diffuser Pankonarthrose - Status nach Teilprothese medial Knie rechts am 15. April 2014 bei medialer Gonarthrose - aktuell Verdacht auf beginnende femoropatellare Arthrose

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte die Gutachter in der Hauptsache ein Sick-Sinus-Syndrom, eine Leistungseinschränkung, kardiovaskuläre Risikofaktoren und ein Situs inversus mit Polyspleniesyndrom und fehlender Vena cava inferior (S. 23 Ziff. 2).

Zur Arbeitsfähigkeit in der letzten regulären Tätigkeit an der Rezeption eines Industriebetriebes und in der aktuellen Tätigkeit am Universitätsspital F.____ an der Rezeption der Radiologie sei im Konsens aktuell eine um 30 % eingeschränkte Leistungsfähigkeit bei vollem zeitlichen Pensum, insbesondere aufgrund der psychiatrischen Defizite, festzustellen (S. 25 unten f.). Auch müsse die Tätigkeit ohne kniebelastende Anforderungen durchgeführt werden können. Diese Angaben gälten seit Beginn des RAV-Einsatzes am 14. Januar 2016. Seit her habe sich die psychiatrische Problematik bis zum heutigen Ausmass stabilisiert. Vorgängig sei spätestens seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit im April 2014 von einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % für alle Tätigkeiten auszugehen. Während der zwischenzeitlichen Hospitalisationen und postoperativ nach Kniehemiprothese rechts 2014 und Knie-TP links im Jahr 2015 sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, mit genauer Dauer gemäss den Zeugnissen der behandelnden Ärzte (S. 26 oben).

Auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe im Konsens eine um 30 % reduzierte Leistungsfähigkeit bei vollem zeitlichen Pensum. Eine angepasste Tätigkeit sollte den Defiziten der Versicherten Rechnung tragen. Ideal wäre eine Tätigkeit mit verschiedenen Aktivitäten und häufigem Kundenkontakt. Eine Tätigkeit ohne Kundenkontakte würde die

Selbststrukturierungsdefizite und die Schwierigkeiten, die Motivation aufrecht zu halten, mehr zum Tragen bringen, so dass hier von einer niedrigeren Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden müsste. Ebenso müsse eine angepasste Tätigkeit auf mechanisch belastende Tätigkeiten und Belastungen der Kniegelenke verzichten können sowie mit der Möglichkeit zur Einnahme von ergonomischen Wechselpositionen versehen sein. Diese Angaben gälten ebenfalls seit Beginn des RAV-Einsatzes am 14. Januar 2016. Für den Zeitraum davor gälten die gleichen Überlegungen wie bei der angestammten Tätigkeit (S.

26 Ziff. 2).

Der psychiatrische Gutachter hielt fest, dass eine depressive Episode vorliege, welche initial mittelgradig und aktuell noch leichtgradig sei mit vor allem Schwierigkeiten des Antriebs und einer reduzierten Durchhaltefähigkeit. In der aktuellen Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin eigentlich ideal eingegliedert mit verschiedenen Aktivitäten und häufigem Kundenkontakt. Insgesamt zeige sich ein sehr langsamer, aber hoffnungsvoll stimmender Verlauf, wobei die hohe Selbststigmatisierung der Versicherten negativ beeinflussend wirke. Eine adäquate Unterstützung zum Beispiel durch die Psychiatrie-Spitex sowie eine Integrationsbegleitung am Arbeitsplatz wären zu empfehlen. Aktuell sei aus psychiatrischer Sicht eine 70%ige Leistungsfähigkeit gegeben, welche mit optimaler Unterstützung auf mindestens 80 % zu steigern wäre. Die therapeutischen Massnahmen seien bei weitem nicht ausgeschöpft (S. 18 unten).

Aus kardiologischer Sicht finde sich echokardiologisch ein normaler Befund im Bereich des linken Ventrikels, ebenso des rechten Herzens, und eine unauffällig liegende Schrittmacher-Elektrode sowie eine leichte Aorteninsuffizienz. Die Schrittmacherabfrage zeige eine intakte Funktion des Systems. Spiroergometrisch

habe sich eine schwere Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit trotz guter Kooperation (67 Watt) gezeigt. Hinweise für eine kardiale Einschränkung fänden sich keine, ebenso bestehe kein Hinweis auf eine koronare Herzkrankheit. Die eingeschränkte Leistungsfähigkeit sei eher Ausdruck einer Dekonditionierung und Behinderung durch die Knieproblematik. Aus kardiologischer Sicht finde sich keine Einschränkung für die Arbeitsfähigkeit als Sachbearbeiterin (S. 19 oben).

Aus rheumatologischer Sicht fänden sich insbesondere bilaterale Knieschmerzen, welche als residuelle

Gonalgie zu interpretieren seien nach Implantation einer Halbschlitzenprothese medial rechts und einer Kniegelenksprothese links. Es bestehe ein gutes funktionelles Resultat ohne entzündlichen Reizzustand. Allenfalls sei eine beginnende femoropatellare Arthrose die Ursache der residuellen Knieschmerzen. Bei einer eingeschränkten Flexion des linken Kniegelenks könne aus rheumatologischer Sicht die bisherige Arbeitstätigkeit in administrativer Funktion weiter zu 100 % ausgeführt werden, wobei repetitives Treppenauf- und Treppenabgehen, kniende und kauende Positionen auszuschliessen seien. Eine Einschränkung um 50 % bestehe für mechanisch belastende Tätigkeiten der Kniegelenke (S. 19 Mitte). 3. 4

Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in seinem Bericht vom 31. Juli 2018 (Urk. 6/120) zur per 1. August 2018 vorgesehenen Steigerung des Arbeitspensums auf 70 %

aus, dass zusätzlich im Juni 2018 bei der Patientin ein Schlafapnoe-Syndrom festgestellt worden sei. Dies habe zur Folge, dass sie nachts Atempausen mache und am nächsten Tag unausgeruht aufstehe und dies Tag für Tag, bis man mittels einer nächtlichen Sauerstoffabgabe das Problem beende. Weiter seien bereits seit einiger Zeit belastungsabhängige Fußschmerzen aufgetreten, welche einerseits durch eine allmähliche Gewichtszunahme und andererseits durch nachgewiesene Fußdeformationen bedingt seien. Obwohl er nun Schuheinlagen verordnet habe, würden die Beschwerden sicher noch einige Zeit vorhanden sein. Dr. G.____ führte aus, dass aus seiner Sicht eine jetzige Steigerung des Arbeitspensums nicht sinnvoll sei und wahrscheinlich die Patientin überfordern werde. Er habe für den August ein Arbeitszeugnis mit einer Arbeitsfähigkeit von 60 % ausgestellt. 3. 5

Dr. C.____ stellte in ihrem Bericht vom 2. November 2018 (Urk. 6/1 36/1 -6) folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5): - Sick-Sinus-Syndrom mit paroxysmalem tachykardem Vorhofflimmern und Schrittmacherimplantation, Erstdiagnose 2013 - mittelgradige depressive Episode, ICD-10 F32.1

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. C.____ einen Situs inversus, eine beidseitige Gonarthrose, Erstdiagnose etwa 2011 , und eine Adipositas (Ziff. 2.6). Dr. C.____ führte aus, die Beschwerdeführerin sei seit Januar 2013 bei ihr in Behandlung , und die letzte Kontrolle sei am 20. März 2018 erfolgt (Ziff. 1.1). Vom 25. Januar bis 10. Februar 2013 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Weitere Arbeitsunfähigkeitszeugnisse seien wahrscheinlich durch den Hausarzt ausgestellt worden (Ziff. 1.3).

Die Patientin sei nicht arbeitstätig, würde aber gerne arbeiten. Aktuell sei ihr eine Tätigkeit im Umfang von 50 % zumutbar. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ihr zwischen vier und fünf Stunden zumutbar (Ziff. 4.1-2). Aus kardialer Sicht sei eine Eingliederung in den Arbeitsprozess durchaus möglich (Ziff. 4.3). Als der Eingliederung entgegenstehende Faktoren nannte Dr. C.____ den Umstand, dass die Beschwerdeführerin keine Arbeit finde, die reaktive Depression und die Dekonditionierung (Ziff. 4.4). In prognostischer Hinsicht sei eine 50%ige bis 70%ige Arbeitstätigkeit bei optimaler Behandlung wahrscheinlich möglich (Ziff. 2.7). Zur aktuellen medizinischen Symptomatik und Situation der Beschwerdeführerin führte Dr. C.____ aus, dass die Patientin immer wieder Palpitationen verspüre und über eine vermehrte Müdigkeit und Leistungsintoleranz klage, dies seit Jahren . Die Palpitationen seien durch die supraventrikulären Salven und kurzen Vorhofflimmerepisoden erklärt. Es bestünden zudem Schmerzen und Parästhesien im Bereich der Schrittmacherbatterie. Für die übrigen Beschwerden (Müdigkeit, Leistungsintoleranz, Konzentrationsprobleme, muskuloskelettale Schmerzen) bestehe keine kardiale Ursache . Wegen der multiplen Beschwerden fühle sich die Patientin nicht voll arbeitsfähig (Ziff. 2.2).

Zu den Funktionseinschränkungen in der bisherigen Tätigkeit führte Dr. C.____ aus, dass die Beschwerdeführerin wegen der Knieschmerzen bei Status nach Knie-TP nicht lange stehen könne. Stressbelastungen, rasches Arbeiten, Multitasking (administrativer Bereich) gehe nicht. Sie fühle sich rasch überfordert (Ermüdung, Konzentrationsschwäche). Zudem habe sie fehlende Fertigkeiten (zum Beispiel keine Englischkenntnisse , und die Deutschkenntnisse seien möglicherweise reduziert bei Zweisprachigkeit. Zudem verfüge sie über ungenügende IT-Kenntnisse; Ziff. 3.4). Zu den Ressourcen führte Dr. C.____ aus, dass die Beschwerdeführerin türkisch- und deutschsprachig sei. Sie habe ein gepflegtes

Äusseres und ein sehr gutes Auftreten. Sie sei kommunikativ und empathisch (Ziff. 3.5). 3.
6

Dr. med. H.____, Zentrum I.____, nannte in seinem Bericht vom 22. Januar 2019 (Urk. 6/140) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0; Ziff. 2.5). Dr. H.____ führte aus, die Beschwerdeführerin sei seit dem 6. September 2018 bei ihm in Behandlung, und die letzte Kontrolle sei am 16. Januar 2019 erfolgt (Ziff. 1.1). Derzeit sei sie alle zwei bis drei Wochen in Behandlung (Ziff. 1.2).

Aus psychiatrischer Sicht bestünden eine verminderte Stimmung, eine Antriebslosigkeit, eine Müdigkeit, Konzentrationsstörungen und eine Vergesslichkeit. Diese könnten Auswirkungen auf die Arbeit haben und zu einer Verminderung der Leistungsfähigkeit, einer Verlangsamung, zu wenig Lust und Motivation an der Arbeit sowie zu Fehlern führen (Ziff. 3.4).

Dr. H.____ führte aus, dass der Beschwerdeführerin die letzte Tätigkeit als Angestellte am Empfang aus psychiatrischer Sicht derzeit bis zu vier Stunden am Tag zumutbar sei (Ziff. 4.1). Auch eine angepasste Tätigkeit sei in diesem Umfang zumutbar (Ziff. 4.2). Einer Eingliederung stünden die kardiologische Erkrankung, die schnelle Ermüdung und die Antriebsminderung im Wege (Ziff. 4.4). 3.

E. 3

0. September 2014 bei der Y.____ AG als Sachbearbeiterin am Empfang und in der Administration

angestellt, wobei der letzte Arbeitstag am 11. März 2014 war (Urk. 6/14

Ziff. 2.1, Ziff. 2.3 und Ziff. 2.7, Urk. 6/19/1). Unter Hinweis auf seit dem 29. April 2013 bestehende Kniebeschwerden meldete sich die Versicherte am 8. September 2014 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/3

Ziff. 6.2-3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog Akten der Krankentaggeldversicherung bei (Urk. 6/11) und holte bei der MEDAS Z.____

ein polydisziplinäres Gutachten ein, das am 10. August 2016 erstattet wurde (Urk. 6/51). Mit Vorbescheid vom 23. November 2016 (Urk. 6/59) stellte die IV-Stelle der Versicherten die Zusprache einer von

1. April 2015 bis 31. März 2016 befristeten halben Invalidenrente in Aussicht. Nachdem die Versicherte dagegen am 8. Dezember

2016 und am 30. Januar

2017 Einwände erhoben

hatte (Urk. 6/60, Urk. 6/64), gewährte die IV-Stelle ab dem 11. Mai 2017 berufliche Eingliederungsmassnahmen (Urk. 6/75, Urk. 6/77, Urk. 6/82, Urk. 6/85, Urk.

6/106).

Nachdem sich die Versicherte nicht in der Lage fühlte, das Pensum über 60% zu steigern, teilte die IV-Stelle ihr mit Mitteilung vom 2. August 2018 den Abbruch des Arbeitsversuches per 4. August 2018 mit (Urk. 6/121). Nach weiteren medizinischen

Abklärungen sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 23. Mai 2019 eine vom 1. April 2015 bis 31. März 2016 befristete halbe Invalidenrente zu (Urk. 6/155 und Urk. 6/159

= Urk. 2).

2.

Die Versicherte erhob am 24. Juni 2019 Beschwerde gegen die Verfügung vom 23. Mai 2019 (Urk. 2) und beantragte, diese sei dahingehend aufzuheben als ein Rentenanspruch ab April 2016 verneint werde, und es sei ihr ab April 2016 weiterhin eine halbe Invalidenrente zuzusprechen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 12. August 2019 (Urk.

E. 5

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 14. August 2019 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 7

), wonach der Beschwerdeführerin ab rentenrelativem Zeitraum die bisherige sowie jede andere angepasste, leichte Tätigkeit in einem Pensum von 50 % zumutbar gewesen sei. Ab 1. Januar 2016 habe sich der Gesundheitszustand verbessert, und die Arbeitsunfähigkeit betrage lediglich noch 30 %. Dass die Leistungsfähigkeit im Rahmen der Eingliederungsmassnahmen nicht gesteigert werden können, sei invaliditätsfremden Faktoren, namentlich dem passiven Verhalten der Beschwerdeführerin, zuzuschreiben (vorstehend E. 2.1).

Die Beschwerdeführerin dagegen bestritt, dass sie in der Lage sei, ein Pensum von 70 % zu absolvieren. Vielmehr sei von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer optimal angepassten Tätigkeit auszugehen. Zudem habe sie Lungenembolien erlitten, welche nicht abgeklärt worden seien (vorstehend E. 2.2). Im Verlaufe des Beschwerdeverfahrens machte die Beschwerdeführerin sodann gestützt auf das von ihr veranlasste neuropsychologische Gutachten der Klinik B.____

vom 1. Juli 2020 (Urk. 14/1) und gestützt auf das (unvollständige) psychiatrische Gutachten von Dr. A.____ vom 27. Juli 2020 (Urk. 16) geltend, im Januar 2013 im Zuge der Herzerkrankung

einen Hirnschaden erlitten zu haben (Urk. 13).

Die Beschwerdegegnerin äusserte sich zum Privatgutachten von Dr. A.____ vom 27. Juli 2020 (Urk. 16) dahingehend, dass diesem mangels Vollständigkeit kein Beweiswert zukomme und sich die Gutachterin überdies überwiegend fachfremd zu den kardiologischen Beschwerden geäussert habe (Urk. 19). 4.2

Während es sich hinsichtlich der Knieproblematik, wie im Gutachten der MEDAS Z.____ vom 10. August 2016 (vorstehend E. 3.3) festgehalten, bei gutem funktionellen Resultat nach erfolgter beidseitiger Knieprothesenversorgung und auch mit Blick auf die Ausführungen von

Dr. E.____ vom 9. November 2015 (vorstehend E. 3.2) als plausibel und nachvollziehbar erweist, dass die Beschwerdeführerin in einer administrativen Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei, stellt sich der Sachverhalt jedoch hinsichtlich ihrer weiteren

gesundheitlichen Probleme, namentlich der Herzproblematik, ihres psychischen Gesundheitszustandes sowie allfälliger neurologischer /neuropsychologischer Probleme und deren Ursache nach wie vor als unklar dar .

In dem von der Beschwerdeführerin nachgereichten neuropsychologischen Teil gutachten vom 1. Juli 2020 (Urk. 14/1) diagnostizierten die Fachpersonen der Klinik B.____ nach durchgeführten Tests und deren Validierung eine mittel gradige kognitive Störung . Zu deren Ursache, ob hirnorganisch, primär oder psy chisch-reaktiv, konnten sich die Fachpersonen der Klinik B.____ nicht abschliessend äussern. Die Fahreignung der Beschwerdeführerin wurde in Frage gestellt (Urk. 14/1

S. 13 f. Ziff. 6 , S.

15 Ziff. 7.2) .

Die Hauptgutachterin Dr. A.____ ging dann

in ihrem psychiatrischen Gutachten vom 27. Juli 2020 (Urk. 16) zu sammengefasst davon aus, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der kardialen Krise im Januar 2013 einen Hirnschaden erlitten haben soll, wodurch eine orga nische Persönlichke itsstörung und ein dysexek u t ives Syndrom (ICD-10 F07.8) sowie eine organische depressive Störung (ICD-10 F06.3) resultiert seien (Urk. 16 S. 12).

Zwar erachteten die Fachpersonen der Klinik B.____ die von Dr. A.____ aufgestellte These als plausibel, wiesen aber auch darauf hin, dass eine Unsicherheit in Bezug auf den Nachweis einer hirnorganischen Schädigung be stehe, da aufgrund des im Jahr 2013 implantierten Herzschrittmachers ein e ent sprechende Bildgebung zu deren Nachweis nicht habe erfolgen können (Urk. 14/1 S. 14 oben). 4.3

Vorab ist einhergehend mit der Beschwerdegegnerin (Urk. 19) festzuhalten, dass das Privatgutachten von Dr. A.____ vom 27. Juli 2020 (Urk. 16) Mängel aufweist, welche einer Beweiswertigkeit der Expertise (vorstehend E. 1.

E. 8

) entge genstehen. So wurde das Gutachten einerseits nicht fertiggestellt, andererseits äusserte sich Dr. A.____ in weiten Teilen auf fachfremden Gebiet (Urk. 16 S.

E. 10

ff. , S. 24 ff.) und begründete schlussendlich ihre Diagnose n auch gestützt auf Auskünfte von von ihr telefonisch konsultierten Ärzten (Urk. 16 S. 9 unten f . , S. 12 Ziff. 1-2 , S. 27 ff.) , deren Berichte nicht vorliegend sind . Des Weiteren ent behrt das Gutachten einer objektiven Befunderhebung sowie einer rechtspre chungsgemäss geforderten Prüfung des funktionellen Leistungsvermögens anhand der Standardindikatoren (Urk. 16 S. 15, vorstehend E. 1.2-3). 4. 4

Auch wenn vorliegend der Expertise von Dr. A.____ vom 27. Juli 2020 (Urk. 16) eine Beweiswertigkeit abzusprechen ist, sind

doch einige von ihr ins Feld geführte Kritikpunkte an der erfolgten Sachverhaltsabklärung als begründet.

So erweist sich zunächst der Hinweis von Dr. A.____ (Urk. 16 S. 10 f.), dass das anlässlich des MRI vom 16. Mai 2013 (Urk. 6 /26/13) festgestellte Poly sple niesyndrom hinsichtlich der konkreten Auswirkungen auf die kardiale Problema tik bei der Beschwerdeführerin zu

wenig abgeklärt sei, als berechtigt. Auch die von Dr. A.____ telefonisch konsultierte Kardiologin Dr. med.

K.____ bestätigte, dass hierzu weitere Abklärungen nötig seien (Urk. 16 S.

27 unten ff.). Gemäss den Aussagen von

Dr. A.____

soll der von ihr kontaktierte

Dr. med. L.____, Facharzt für Pneumologie und für Allgemeine Innere Medizin, Chefarzt des Spitals D.____, die Beschwerdeführerin anlässlich eines Telefonats vom 7. Juni 2020 als schwer herzkrank bezeichnet haben (Urk. 16 S. 6 Mitte, S. 8 oben).

Weiter erweist sich auch die von Dr. A.____ geäusserte Kritik, dass hinsichtlich der kardialen Krise Ende Januar 2013 bis zum Verfügungserlass dies bezüglich keine echtzeitlichen Berichte vorgelegen hätten (Urk. 16 S. 16 ff.), als berechtigt. Ob sich jedoch, wie Dr. A.____ geltend machte, aus den von ihr eingeholten Berichten und Aufzeichnungen zum Hergang nach der Einweisung ins Spital D.____ am 25. Januar 2013 (Urk. 14/4-6) nun tatsächlich eine schwere Kreislaufinsuffizienz und eine schädigende Minderversorgung des Gehirns mit Sauerstoff beziehungsweise ein zerebraler Notfall ergibt, bedarf der fachärztlichen kardialen und neurologischen Beurteilung und überschreitet das Fachgebiet von Dr. A.____. Soweit sich Dr. A.____ diesbezüglich auf Dr. L.____ beruft, welcher gemäss dem Telefonat vom 7. Juni 2020 ausgeführt haben soll, dass während der schweren Herzkrise die Sauerstoffversorgung des Gehirns in schädigendem Ausmass ungenügend gewesen sein soll (Urk. 16 S. 9 unten), ist darauf hinzuweisen, dass ein diesen Umstand bestätigender Bericht nicht vorliegt und es sich bei Dr. L.____ um keinen Facharzt für Kardiologie oder Neurologie handelt.

An dieser Stelle ist ebenfalls zu bemerken, dass es der Beschwerdeführer in nach der Herzschrittmacherimplantation am 30. Januar 2013 dennoch möglich war, ihre Tätigkeit bei der Y.____ AG in einem Pensum von 100 % bis September 2013 fortzusetzen. Erst danach kam es zu einer Reduktion des Pensums auf 80 %, welches sich so insbesondere aus dem Beschäftigungsgrad auf den Präsenzzeit-Auszügen sowie den beigefügten Lohnkonto-Auszügen ergibt, wonach die Beschwerdeführerin ab Oktober 2013 deutlich weniger verdient hat (vgl. Urk. 6/11/18, Urk. 6/14 Ziff. 2.12, Urk. 6/14/15-20, Urk. 6/14/23-37).

Dieser Umstand scheint eher dagegen zu sprechen, dass es im Rahmen der kardialen Krise Ende Januar 2013 zu einer Hirnschädigung gekommen sein soll, welche Frage jedoch ebenfalls fachärztlich zu beantworten sein wird.

Weiter ergab die anlässlich der kardiologischen Begutachtung bei der MEDAS Z.____ am 14. Juni 2016 durchgeführte Spiroergometrie eine schwer eingeschränkte Leistungsfähigkeit. Der Gutachter sprach dieser eine kardiale Genese ab und sah die Leistungsunfähigkeit aus Ausdruck der Dekonditionierung respektive der Knieprobleme (Urk. 6/51/1-28 S. 19 oben, S. 23 oben, Urk. 6/51/35-38 S.

3 Mitte). Bereits bei der im Vorfeld bei Dr. C.____ am 3. Dezember 2014 durchgeführten Ergometrie trat überdies ein paroxysmales Vorhofflimmern auf, und die Ergometrie musste wegen Atemnot und allgemeiner Ermüdung abgebrochen werden (Urk. 6/27/5-6 S. 2).

Vor dem Hintergrund, dass sich die kardiale Problematik der Beschwerdeführerin auch im Zusammenhang mit dem vorliegenden Polyspleniesyndrom als unzu reichend abgeklärt erweist, bestehen auch Zweifel an der Einschätzung des kardiologischen Gutachters der MEDAS Z.____ sowie von Dr. C.____

vom 2. November 2018 (vorstehend E. 3. 5) , welche eine kardiale Ursache der von der Beschwerdeführerin beklagten Müdigkeit und Leistungsintoleranz verneinten.

Bei vorliegend nach wie vor herrschender Unklarheit über die tatsächlichen Gegebenheiten im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 30. Januar 2013 respektive über das tatsächliche Ausmass des kardialen und allenfalls neurologischen Gesundheitsschadens sowie der von der Beschwerdeführerin auch in grossen Teilen

gezeigten Motivation bei der Umsetzung der beruflichen Eingliederungsmassnahmen (Urk. 6/71/1, Urk. 6/ 78 , Urk. 6/102, Urk. 6/122 S. 2, Urk. 6/126), wird die Schlussfolgerung, dass die nicht erfolgte Steigerung des Arbeitspensums auf 70 % allein auf ihre mangelnde Motivation zurückzuführen sei, den konkreten Umständen der Beschwerdeführerin nicht gerecht.

Überdies ist auch darauf hinzuweisen, dass seit der Begutachtung an der MEDAS Z.____ im Mai und Juni 2016 bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 23. Mai 2019 drei Jahre vergangen sind . Zum Verlauf des psychischen Gesundheitszustandes liegt lediglich ein Bericht des behandelnden Dr. H.____ vom 22. Januar 2019 (vorstehend E. 3.6) vor, welcher über keinen Facharztstitel in Psychiatrie und Psychotherapie verfügt, und die finale Beurteilung des Verlaufs des psychiatrischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin durch den Allgemeinmediziner Dr. J.____ , welcher lediglich von einer vorübergehenden und daher unbeachtlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung an der MEDAS Z.____ sprach (vorstehend E. 3. 7) , erweist sich als ungenügend.

Hinsichtlich der im Frühjahr 2019 aufgetretenen Lungenembolien wurde lediglich für die Dauer der Hospitalisation

vom 8. bis 13. April 2019 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgestellt

(Urk. 6/148) . Anhaltspunkte, dass dadurch die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin dauernd eingeschränkt wäre, liegen keine vor. Auch was die von

Dr. G.____ in seinem Bericht vom 31. Juli 2018 (vorstehend E. 3.4) neu aufgeführten Befunde, namentlich das im Juni 2018 diagnostizierte Schlafapnoe-Syndrom anbelangt, geht einerseits aus dem diesbezüglichen Bericht der Pneumologie des Spitals D.____ vom 18. Juni 2018 (Urk. 6/136/19-20) hervor, dass es sich lediglich um eine Verdachtsdiagnose handelte, andererseits bestätigte Dr. G.____ selbst, dass dieses Problem durch nächtliche Sauerstoffabgabe beendet werden könnte. Die von ihm erwähnten Fusschmerzen erachtet er lediglich als vorübergehend und mittels Schuheinlagen minderbar. Von einer dauerhaften Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die neu hinzugekommenen Diagnosen ist daher nicht auszugehen. 4. 5

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert –

abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidende Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 4. 6

Während sich in Würdigung der medizinischen Aktenlage die vom 1. April 2015 bis 31. März 2016 zugesprochene halbe Invalidenrente als ausgewiesen und begründet erweist, bestehen vorliegend in Anbetracht der Unklarheiten hinsichtlich der effektiven kardialen Problematik und dadurch allenfalls verursachte neurologische respektive neuropsychologische Einschränkungen sowie hinsichtlich der psychischen Entwicklung der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung an der MEDAS Z.____ Mitte 2016 erhebliche Zweifel daran, dass die ab 1. Januar 2016 nicht erfolgte Leistungssteigerung allein ihrer mangelnden Motivation zuzuschreiben wäre.

Zur Beurteilung der invalidenversicherungsrechtlichen Ansprüche der Beschwerdeführerin bedarf es daher eines erneuten polydisziplinären Gutachtens, welches sich unter der Berücksichtigung der kardialen, allenfalls neurologisch/ neuropsychologischen und psychiatrischen Problematik zu ihrer noch bestehenden Arbeitsfähigkeit äussert.

In Anbetracht des als ausgewiesen erachteten befristeten Anspruches der Beschwerdeführerin auf eine halbe Rente vom 1. April 2015 bis 31. März 2016 wird von einer vorgängigen Stellungnahme der Beschwerdeführerin zum Rückweisungsentscheid abgesehen (BGE 137 V 314 E. 3.2.4).

Die angefochtene Verfügung (Urk. 2) ist folglich insoweit aufzuheben, als sie den Anspruch auf eine Rente ab 1. April 2016 verneint, und die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu erneuter Entscheidung über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 5. 5. 1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5. 2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat. Diese ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses und beim massgebenden Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 3'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 23. Mai 2019

insoweit aufgehoben wird, als sie den Anspruch auf eine Invalidenrente ab 1. April 2016 verneint, und es wird die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der

Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- 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. 3'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Yolanda Schweri, unter Beilage des Doppels von Urk. 19 - 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 Mosimann Schucan

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