

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00649 vom 4. August 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-08-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00649

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00649 du 4 août 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00649 del 4 agosto 2023

Erwägungen

E. 1

9. Dezember 2016

erstattet wurde (Urk.

8 /47 /1-71).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 8/52, Urk. 8/57, Urk. 8/63, Urk. 8/97, Urk. 8/100) - im Zuge dessen die IV-Stelle die ergänzend eingeholten und eingereichten medizinischen Berichte dem regionalen ärztlichen Dienst (RAD) zur Beurteilung vorgelegt hatte (Urk. 8/143 S. 6-8) - verneinte

sie mit Verfügung vom 8. November 2022 einen Rentenanspruch (Urk.

2) .

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist.

Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz. 1008 des Kreisschreibens zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems, K S ÜB WE IV, gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fällt, sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

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

E. 1.3

und Ziff. 4.1) . Die gegenüber diesem Bericht postulierte Verschlechterung, welche ihn im Oktober 2021 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestieren liess, scheint vielmehr

einzig auf den Aussagen der Beschwerdeführerin, wonach sie im Alltag (Einkaufen, Kochen, Waschen bei Administrativem, Lesen und Schreiben) Unterstützung brauchen, zu beruhen (E. 4.4). Zudem stehen die Angaben der Beschwerdeführerin über die notwendige Unterstützung im Widerspruch zu ihren Angaben gegenüber Dr. N.____ drei Monate später im Januar 2022, wonach sie praktisch uneingeschränkt für sich selbst sorgen könne (Wert 4/5 für sich selbst sorgen; E. 4.6).

Was die Diagnose des MCAS anbelangt, scheint, als hätte med. pract. C.____, welcher über keinen Facharztstitel verfügt (vgl. Medizinalberuferegister, a.a.O.), keine Kenntnis von der eingehenden immunologischen Untersuchung durch das L.____

vom Februar

2020 gehabt,

konnte er doch keine Angaben dazu machen, wer frühere Kontrollen durchgeführt hatte (Urk. 8/119 Ziff. 1.1). Dies lässt, was das Stellen einer immunologischen Diagnose wie eine s MCAS angeht, doch Zweifel aufkommen, wurde eine solche doch fachärztlich am L.____

ein Jahr zuvor nicht gestellt (unauffällige Immunglobuline inklusive Subklassen und unauffällige Komplementfaktoren und -aktivität; E. 4.3). Selbst wenn aber

davon auszugehen wäre, dass sich seit der umfassenden fachärztlichen Untersuchung der Immunologen des L.____

tatsächlich ein MCAS entwickelt haben sollte, handelt es sich bei dieser Krankheit nicht um eine wesentliche gesundheitliche Veränderung

beziehungsweise einen invalidisierenden Gesundheitsschaden im Sinne des IVG. Wie sich dem Bericht von Dr. N.____ vom 7. Februar 2022 (E. 4.5) entnehmen lässt, lässt sich das MCAS - wenngleich jeweils für nur einige Monate bevor eine Medikamentenumstellung vorgenommen werden muss - durch die Einnahme entsprechender Antihistaminika behandeln.

Die dauernde Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente ist im Regelfall eine jederzeit zumutbare Form allgemeiner Schadenminderung

(Urteil des Bundesgerichts 8C_741/2018 vom 22.

Mai 2019 E.

4.1).

Der Hashimoto-Thyreoiditis und dem palatale n

Myoklonus hatten die Z.____ Gutachter keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen. Wenn auch med. pract . C.____ diesen zumindest in seinem Bericht vom 20. Oktober 2021 - jedoch noch nicht im April 2021 (Urk. 8/199 Ziff. 2.5-2.6) - eine solche zumass, legte er nicht dar, inwiefern sich diese Störungen auf die Arbeitsfähigkeit auswirken sollten oder inwiefern sich diesbezüglich etwas wesentlich verändert hat seit der Begutachtung .

Nach

dem Gesagten lässt sich den

Berichten von med. pract . C.____ keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin entnehmen, noch liefern diese Anhaltspunkte, welche zusätzliche Abklärungen als notwendig erscheinen lassen würden.

E. 1.4

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 ; Urteil des Bundesgerichts 9C_529/2021 vom 26. Juli 2022 E. 3.2.1).

E. 2

einen Rentenanspruch

der Beschwerdeführer in

zu Recht verneinte.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre rentenverneinende Verfügung vom 8. November 202

E. 2.2

Die Beschwerdeführer in

stellte sich dagegen

in ihrer Beschwerde vom 12. Dezember 2022 (Urk. 1) auf den Standpunkt , dass die Beschwerdegegnerin wegen zum Teil unleserlichen medizinischen Akten die Aktenführungspflicht und damit ihr rechtliches Gehör verletzt habe (S. 6 f.) . Zudem sei sie dem Untersuchungsprinzip nicht gerecht geworden, weil sie das Resultat laufender medizinischer Abklärungen nicht abgewartet, als medizinische Beurteilungsgrundlage ein sechs Jahre altes Gutachten verwendete und trotz Hinweis des RAD keine zusätzlichen neurologischen/neuropsychologischen Abklärungen veranlasst habe (S. 8 f.). Ferner

bemängelte die Beschwerdeführerin das Z.____-Gutachten aus diversen, näher dargelegten Gründen (S. 9-17). Schliesslich brachte sie vor, dass sie an einem Mastzellaktivierungssyndrom (MCAS), an einer Myalgischen

Encephalomyelitis (ME), an einer Hashimoto- Thyreoiditis und an einem palatalen Myoklonus leide, weswegen ihr von den behandelnden Ärzten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit attestiert worden sei und weshalb sie seit dem 1. August 2016 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente habe (S. 17-19).

E. 2.3

Materiell strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 8. November 202

E. 3

Die Beschwerdeführerin machte formell eine Verletzung der Aktenführungspflicht gemäss Art. 46 ATSG und damit eine Verletzung ihres Anspruchs auf rechtliches Gehör geltend, da sich in den Akten teilweise medizinische Unterlagen befänden, die nicht respektive nur schwer

zu entziffern seien (E. 2.2).

Unbestritten ist, dass die Beschwerdegegnerin die Akten systematisch und vollständig führte. Was die beanstandete Unleserlichkeit beziehungsweise erschwerte Lesbarkeit einzelner Aktenstücke anbelangt, gebietet der Grundsatz von Treu und Glauben und das Verbot des Rechtsmissbrauchs, verfahrensrechtliche Einwendungen so früh wie möglich, das heisst nach Kenntnisnahme eines Mangels bei erster Gelegenheit, vorzubringen. Es verstösst gegen Treu und Glauben, Mängel dieser Art erst in einem späteren Verfahrensstadium oder sogar erst in einem nachfolgenden Verfahren geltend zu machen, wenn der Einwand schon vorher hätte festgestellt und gerügt werden können. Wer sich auf das Verfahren einlässt, ohne einen Verfahrensmangel bei erster Gelegenheit vorzubringen, verwirkt in der Regel den Anspruch auf spätere Anrufung der vermeintlich verletzte Verfahrensvorschrift (BGE 143 V 66 E. 4.3 mit Hinweisen).

Es handelt sich bei den beanstandeten Unterlagen neben dem Z.____-Gutachten um drei Schriftstücke, welche die Beschwerdeführerin als schwer entzifferbar erachtete (vgl. Urk. 1 S. 7 Ziff. 20). Konkret bemängelte sie neben dem Z.____-Gutachten

ein Blutbild des A.____ aus dem Jahr 2014 (Urk. 47 S. 70 f.), einen Laborbericht von Dr. med. B.____ vom 2. September 201

E. 3.5

) und Dr. G.____ eine eingehende klinische Untersuchung durchführte, bei der sich ein wesentlich unauffälliger Befund mit nicht vergrösserter Schilddrüse ergab (Urk. 8/47/2-71 S. 5 unten). Dr. G.____ veranlasste zudem eine Laboruntersuchung, welche ein unauffälliges rotes und weisses Blutbild mit normaler maschineller Leukozytendifferenzierung sowie

CRP -, BSR -, HbA1c -, Harnsäure -, Leber- und Nierenwerten im Normbereich und einzig einen

erhöhten TSH-Wert zeigte. Die Schilddrüsenhormone T3 und T4 lagen ebenfalls im Normbereich (vgl. Urk. 8/47/2-71 S. 6). Dass Dr. G.____ angesichts dieser Befunde auf eine

aktuell lediglich subklinische Hypothyreose schloss und dieser keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beimass (Urk. 8/47/7), überzeugt. Inwiefern eine zusätzliche sonographische Untersuchung weitere Erkenntnisse hätte liefern sollen, ist nicht ersichtlich und wurde von der Beschwerdeführerin auch nicht dargelegt. Ihre Kritik am internistischen Gutachten geht fehl.

E. 5

Dr. med. N.____ vom Departement für Innere Medizin des O.____, welcher die Beschwerdeführerin aufgrund einer Zuweisung zur Abklärung

des CFS am 21. Januar 2022 untersucht hatte, nannte in seinem Bericht vom 7. Februar 2022 (Urk. 8/135) folgende Diagnosen (S. 1): - ME /CFS, Erstmanifestation circa 2014 - Differentialdiagnose: im Rahmen des MCAS - Aktuelle Klinik: Ausgeprägte Fatigue und Leistungsintoleranz, Post Exertional Malaise, Wortfindungsstörungen, Gedächtnisstörungen, Insomniebeschwerden, nicht erholsamer Schlaf, posturale s

Tachykardiesyndrom (POTS), Schwindel, rezidivierende Diarrhoe - Status nach diversen Abklärungen, Unterlagen noch ausstehend - Klinisch hochgradiger Verdacht auf MCAS - Anhand der Klinik deutlich erhöhte Vortestwahrscheinlichkeit für ein MCAS - Anamnestisch Nachweis erhöhter Marker des Histaminabbaus (N Methylhistamin Leukotriene), Resultate uns noch nicht vorliegend - Gutes Ansprechen auf Antihistaminika, im Verlauf jeweils Wirkungsverlust - Verdacht auf Sjögren-Syndrom - Anamnestisch Status nach Hashimoto-Thyreoiditis

Dr. N.____

notierte zum durchgeführten Gesundheitsfragebogen EQ-5D-5L für die Beweglichkeit/Mobilität den Wert 3/5, für sich selbst sorgen den Wert 4/5, für Allgemeine Tätigkeiten den Wert 1/5, für Schmerzen/Körperliche Beschwerden den Wert 5/5, für Angst/Niedergeschlagenheit den Wert 5/5 auf, wobei 1/5 maximale und 5/5 fehlende Einschränkung bedeuten, und notierte einen Wert von 34/100 in der Visual Scale (0 schlechteste und 100 beste vorstellbare Gesundheit; S. 2 unten). Zudem führte er aus, klinisch im Vordergrund stünden eine ausgeprägte Fatigue und Leistungsintoleranz sowie eine Post Exertional Malaise, insbesondere letztere sei ein relativ spezifisches Symptom für ein CFS. Grundsätzlich seien die kanadischen Diagnosekriterien erfüllt, sodass von einem CFS gesprochen werden könne. Des Weiteren scheine ein MCAS vorzuliegen, die Klinik sei dafür gut passend, zudem sei dies auch mittels Blut- und Urinabklärung bestätigt worden. Die Resultate lägen ihnen aktuell nicht vor. Auch typisch sei das gute Ansprechen auf die Antihistaminika, allerdings müsse die Beschwerdeführerin diese aufgrund eines Wirkungsverlustes immer alle paar Monate wieder umstellen respektive anpassen. Da diesbezüglich eine Abklärung am

L.____ geplant sei, hätten sie sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht weiter über das MCAS unterhalten. Es bestehe aktuell eine Basistherapie, diese könnte intensiviert werden, das werde die Beschwerdeführerin am L.____ besprechen. Aufgrund einer eindeutigen Sicca-Symptomatik und eines Raynaud-Phänomens habe er eine Blutentnahme durchgeführt, hier seien die SSA-Antikörper erhöht. Die Diagnose eines Sjögren-Syndroms könne damit gestellt werden (S. 3).

E. 5.1

Dem im Rahmen von Art. 44 ATSG eingeholten

Z.____ -Gutachten vom 19. Dezember 2016 lagen

internistische, rheumatologische, psychiatrische, neurologische, dermatologische, otorhinolaryngologische und neuropsychologische Untersuchungen zugrunde. Es beruht damit auf den erforderlichen allseitigen klinischen Untersuchungen, inklusive dem eigens eingeholten Labor (S. 6 oben) sowie diversen audiometrischen Untersuchungen (unter anderem: Reinton- und Sprachaudiogramm; S. 24 unten).

Das Gutachten wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten – insbesondere auch der vorgängigen Beurteilung von Dr. D.____ (E. 4.1) – erstattet (E. 4.2 und Urk. 8/47/2-71 S. 1 f., S. 6, S.

E. 5.2.1

Die Beschwerdeführer in kritisierte das Gutachten zusätzlich in diversen Punkten (Urk. 1 S. 9-17):

E. 5.2.2

In allgemeiner Hinsicht bemängelte die Beschwerdeführerin unter anderem die schlechte Leserlichkeit des Gutachtens (Urk. 1 Ziff. 29). Es trifft zu, dass das Gutachten zum Teil nur mühsam lesbar

ist und eine Korrektur wünschenswert gewesen wäre. Es ist jedoch insgesamt zu entziffern, was sich denn auch an der detailliert vorgebrachten Kritik der Beschwerdeführerin am Gutachten zeigt.

Was die bemängelte Länge von «gerade einmal» 30 Seiten und die angeblich nicht beachteten Qualitätsleitlinien gemäss IV-Rundschreiben Nr.

339 sowie die fachspezifischen Qualitätsleitlinien (Ziff. 30 f.) angeht, erfüllt das Gutachten – wie aufgezeigt (E. 5.1 vorstehend; vgl. zusätzlich zur Kritik an den einzelnen Teilmomenten E. 5.2.3-6 nachstehend) – insgesamt die bundesgerichtlichen Voraussetzungen an eine beweiskräftige Expertise

(vgl. E. 1.4). Die Länge eines Gutachtens ist denn auch beweisrechtlich nicht ausschlaggebend, entscheidend ist, dass die Untersuchungen und Beurteilungen vollständig und sorgfältig durchgeführt wurden und das dazu Wesentliche festgehalten ist, was vorliegend der Fall ist. Was die angeführten Qualitätsleitlinien anbelangt, verstehen sich die Qualitätsleitlinien aller Fachrichtungen entsprechend den Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) nur als Empfehlung, von welchen im Einzelfall abgewichen werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_466/2017 vom 9. November 2017 E. 5.1).

Weiter stellten die Gutachter entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 Ziff. 35 Kritik zu Punkt 1.1) den Beginn der von Dr. D.____ attestierten

Arbeitsunfähigkeit mit Juli 2014 korrekt fest, wie sich der Auflistung der Berichte (Urk. 8/47/2-71 S. 2 unten) und der Gesamtbeurteilung (S. 27 Ziff. 6.1)

entnehmen lässt. Auch war den Gutachtern sehr wohl bewusst, dass die Beschwerdeführerin nicht nur Doktorandin, sondern daneben auch noch wissenschaftliche Assistentin war

(vgl. Urk. 1 Ziff. 35 zur Kritik zu Punkt 2.1.1; Urk. 8/47/2-71 S.

4 unten). Irrelevant ist, dass die Beschwerdeführerin einst

bei der P. ___ AG gearbeitet haben soll (vgl. Urk. 1 Ziff. 35 Kritik), schliesslich war es Aufgabe der Gutachter zu beurteilen, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit

der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Doktorandin/wissenschaftliche Assistentin/Juristin und in einer angepassten Tätigkeit verhält, was die Gutachter auch getan haben (E. 4.2).

E. 5.2.3

Was die Kritik der Beschwerdeführerin am internistischen Teilgutachten gestützt auf die Beurteilung von Dr. D. ___ angeht (vgl. Urk. 1 S. 11 f.), kann auf das unter Erwägung 5.1 Ausgeführte verwiesen werden. Hinsichtlich des Vorbringens, die Schilddrüse hätte in der internistischen Abklärung auch sonographisch untersucht werden müssen (S. 11 Ziff. 39), ist zu erwidern, dass die Wahl der Untersuchungsmethode im Ermessen des Gutachters liegt (Urteil des Bundesgerichts 9C_216/2018 vom 7. September 2018 E.

E. 5.2.4

Die Beschwerdeführerin bemängelt auch das psychiatrische Teilgutachten (Urk. 1 S. 13 f.). Dieses enthält eine klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urk. 8/47/2-71 S. 6-12) und entspricht somit den bundesgerichtlichen Vorgaben an eine psychiatrische Expertise (Urteil des Bundesgerichts 8C_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2 mit Hinweis). Dr. H. ___ erhob einen im Wesentlichen unauffälligen Befund nach AMDP (S. 9). Gestützt auf Dr. D. ___ s Kritik vom 20. Juli 2017 am Gutachten hielt die Beschwerdeführerin die von Dr. H. ___ gestellte Diagnose einer Symptomausweitung für falsch (Urk. 1 S. 43 unten). Dazu ist zu wiederholen, dass es sich bei Dr. D. ___ im Gegensatz zu Dr. H. ___ nicht um eine Fachärztin für Psychiatrie

und Psychotherapie handelt (vgl. E. 5.1 vorstehend). Dr. H. ___

leitete seine Diagnose denn auch fundiert begründet her, tätigte dabei nachvollziehbare differentialdiagnostische Überlegungen und wies die Störung der ICD-10-Kodifizierung F54 zu (Urk. 8/47/2-71 S. 9 f.; vgl. zur Diagnostik von F54 nach ICD-10 in: Dilling / Mombour /Schmidt [Hrsg.],

Internationale Klassifikation psychischer Störungen; ICD-10 Kapitel V [F]
Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10.

Aufl., 2015, S. 268). Entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 13 Ziff. 42) hielt Dr. H. ___ auch nie fest, dass die Beschwerdeführerin unter keinen somatischen Beschwerden leide, vielmehr ordnete er die Beschwerden, welche von seinen somatischen Mitgutachtern keiner objektivierbaren Ursache zugeordnet werden konnten, der von ihm gestellten Diagnose

einer Symptomausweitung zu (Urk. 8/47/2-71 S. 9 f.).

Die Aussage des Gutachters bezüglich der beruflich schwierigen Situation bezieht sich - entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 13 oben) - nicht darauf, dass diese keine erfolgreiche Karriere mit guten Zukunftsaussichten bis zu ihren gesundheitlichen Problemen gehabt hätte, sondern darauf, was sich aus dem

Zusammenhang ergibt, dass es sich bei der letzten Stelle um eine befristete handelte und k eine konkrete Anschlusslösung vorlag . Dass der Gutachter dies als allfällige soziale Belastung mit möglichen negativen funktionellen Folgen anführte (Urk. 8/47/2-71 S. 11) , ist nachvollziehbar und im Lichte der Indikato renprüfung

zu berücksichtigen. Bei dieser Prüfung (S. 10-12) kam Dr. H.____

unter hinreichender Beachtung der massgeblichen Standar d indikatoren (BGE 143 V 361; 141 V 281 E. 4.3.1) zum nachvollziehbaren Schluss - was denn auch von der Beschwerdeführerin nicht beanstandet wurde - dass aus rein psychiatrischer Sicht kein psychisches Leiden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorlag (S. 10).

E. 5.2.5

Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 14 f.) entspricht auch das neurologische Teilgutachten einer Expertise lege artis .

Gutachter Dr. Q.____

erhob gestützt auf seine einlässliche Untersuchung - abgesehen vom pal a talen Tremor , welcher jedoch bei Ablenkung sistiert war - einen im Wesentlichen unauffälligen Befund (Urk. 8/47/2-71 S.

E. 5.2.6

Was die Kritik am neuropsychologischen Gutachten angeht (Urk. 1 S. 15 f.) , ist vorweg festzuhalten, dass die neuropsychologische Abklärung lediglich eine Zusatzuntersuchung darstellt und es grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen oder des neurologischen Facharztes ist , die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichti gung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätze n (Urteil des Bundes gerichts 8C_380/2022 vom 27. Dezember 2022 E. 10.2.1). Lic. phil. J.____ hat die Resultate seiner klinischen Untersuchung neben der Konsensbesprechung separat mit dem psychiatrischen und neurologischen Gutachter besprochen

und sie flos s en so in deren Beurteilung - entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 15 Ziff. 51) - explizit mit ein (vgl. Urk. 8/47/2-71 S. 22 Ziff. 4.4.5).

Lic. phil. J.____ verfügt mit einem eidgenössisch anerkannten Abschluss in Psychologie und dem privatrechtlichen Fachtitel in Neuropsychologie FSP über die fachlichen Voraussetzungen nach IV-Rundschreiben Nr. 367 für die neu ropsychologische Begutachtung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_466/2017 vom 9. November 2017 E. 4.3 und IV-Rundschreiben Nr. 367

vom 2 1. August 2017). Hinweise, dass der Gutachter der Beschwerdeführerin bei der Testung in einer Weise Hilfe leistete, dass von verfälschten Resultaten ausgegangen werden müsste (Urk. 1 S. 15 Ziff. 49), liegen keine vor. Vielmehr hat der Gutachter offen gelegt, wie

er die Testungen durchführte und wo er allenfalls wie intervenierte; so etwa bei der komplexen Figur nach Rey (Urk. 8/47/2-71 S. 20 Mitte). Der Gut achter wies denn auch bei s einer umfassenden Testung auf die in einzelnen wenigen Testungen unterdurchschnittlichen Leistungen bei Teilaspekte n der durchgeführten Tests hin und liess dies in seine Beurteilung einfließen. So berücksichtigte lic. phil. J.____ die verlangsamte n Reaktionszeiten (auditiv Median Prozentrang 4 und visuell 10) im TAP-Test bei einer

normgerechten geteilten Aufmerksamkeit ohne Fehler (S. 19 unten), den leicht unterdurchschnittliche n Interferenzabruf im Verbal-Learning-Test bei aber maximal guter Wiedererkennungstestung (S. 20 oben) und

die für eine Absolventin eines akademischen Studiums unterdurchschnittliche Wortfluenz nach phonetischer Vorgabe, bei jedoch keinen Regelbrüchen und einer guten Wortfluenz nach semantischer Vorgabe (S. 20 unten). Plausibel schlussfolgerten die Gutachter

nach erfolgtem Konsens, dass sich neuropsychologisch zwar eine leichte kognitive Beeinträchtigung feststellen lasse, diese indes

- ohne organisch-neurologische Ursache - auf die (nicht krankheitswertige) subjektive Symptomatik und Ängstlichkeit zurückzuführen sei, sodass aus neurologischer und neuropsychologischer Sicht von keinen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit auszugehen sei (E. 4.2) . 5 .3

Nach dem Gesagten ist auf das beweiskräftige Z.____ -Gutachten vom 19. Dezember 2016 (E. 4 .2) abzustellen. Weder die abweichende Beurteilung durch Dr. D.____

noch die Einwände der Beschwerdeführerin vermögen das Gutachten in Frage zu stellen. Es ist demnach mindestens für die Zeit bis zum Gutachten von keinem relevanten Gesundheitsschaden mit massgeblicher Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen.

Zu ergänzen ist, dass, wie im Nachgang zum Gutachten durchgeführte genetische Untersuchungen an der Universität Zürich zeigten, für die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Beschwerden auch keine genetischen Ursachen vorliegen. Prof. Dr. med. R.____, Fachärztin in FMH und FAMH für Medizinische Genetik, und Dr. med. S.____, Fachärztin in FMH für Medizinische Genetik, vom Institut für Medizinische Genetik der L.____, berichteten am 20. Februar 2020 (Urk. 8/107/1-2), dass ein Mutations-Screening ausgewählter indikationsrelevanter Gene mittels Exomsequenzierung anhand einer Urinprobe keine Ursache für die vorhandenen Auffälligkeiten detektiert habe. Ebenso ergab eine von ihnen durchgeführte molekulare Karyotypisierung mittels Cytoscan -Array einen unauffälligen Befund (vgl. den Bericht vom 14. September 2020; Urk. 8/135/1-2).

E. 5.4

6

Die Beschwerdeführerin bemängelte weiter, dass die Beschwerdegegnerin laufende Abklärungen nicht abgewartet, auf ein sechs Jahre altes Gutachten abgestellt und trotz RAD-Hinweis keine zusätzlichen neurologischen/neuropsychologischen Abklärungen vorgenommen habe (E. 2.2).

Mit den laufenden Abklärungen sind solche im Hinblick auf ein allfälliges MCAS gemeint (vgl. E. 4.5). Für diese wurde die Beschwerdeführerin vom L.____ an deren Abteilung Allergologie an der Klinik für Dermatologie überwiesen (vgl. Urk. 8/139). Ein erster Termin im August 2022 musste auf den 23. Februar 2023 verschoben werden (vgl. Urk. 8/142). Selbst wenn nun ein MCAS nachgewiesen werden könnte, würde dies keine wesentliche Verschlechterung beziehungsweise das Vorliegen eines invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschadens bedeuten (vgl. E. 5.4.4-5 vorstehend). Demnach war die Beschwerdeführerin auch nicht gehalten, diese Abklärungen abzuwarten.

Die Beschwerdeführerin verzichtete zudem darauf, im gerichtlichen Verfahren einen Bericht zur per 23. Februar 2023 anberaumten Untersuchung oder sonstige neu erstellte Untersuchungsberichte einzureichen, was ihr offen gestanden wäre.

Hinsichtlich des Vorbringens der Beschwerdeführerin, dass das Gutachten veraltet sei, da es bereits über sechs Jahre alt sei, ist zu erwidern, dass das Alter des Gutachtens alleine - als formelles Kriterium - keinen Zweifel an dessen Beweiswert zu begründen vermag. Massgebend ist vielmehr die materielle Frage, ob Gewähr dafür besteht, dass sich die Ausgangslage seit der Erstellung des Gutachtens nicht gewandelt hat (Urteil des Bundesgerichts 8C_295/2021 vom 9. August 2021 E. 6.3.1). Wie aufgezeigt (E. 5.4.2-5), bestehen keine Hinweise darauf, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nach dem Gutachtenszeitpunkt anspruchrelevant verändert haben könnte oder etwas nicht beachtet worden wäre.

Betreffend den RAD-Hinweis auf allfällige

neurologische/neuropsychologische Abklärungen ist die Stellungnahme von med. pract. V. ___ vom RAD vom 15. Dezember 2021 (Urk. 8/143 S. 6 f.) gemeint (vgl. Urk. 1 S. 9 oben). Dieser war zu diesem Zeitpunkt das erste Mal als RAD-Arzt in das Verfahren involviert worden. In der besagten Passage fragte er lediglich nach, ob die von der Beschwerdeführerin in ihrem Einwand erwähnten neurologischen und neuropsychologischen Beeinträchtigungen «jemals» fachärztlich abgeklärt worden seien (Urk. 8/143 S. 7 oben). Dies ist bereits bei der Z. ___ -Begutachtung geschehen, worauf die Kundenberatung am 23. Dezember 2021 denn auch hinwies (Urk. 8/143 S. 7). Die Kritik der Beschwerdeführerin geht daher fehl.

E. 5.4.1

Im Folgenden bleibt zu prüfen, ob es in der Zeit nach der Begutachtung bis zum Verfügungszeitpunkt zu einer relevanten Verschlechterung gekommen ist respektive, ob den Akten Hinweise auf eine solche zu entnehmen sind.

E. 5.5

Nach dem Gesagten

erweist sich der medizinische Sachverhalt als abschliessend abgeklärt und von weiteren Abklärungen sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abzusehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d).

Zusammen gefasst

ist festzustellen, dass gestützt auf das beweiskräftige Z. ___ -Gutachten vom 19. Dezember 2016 kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen ist und sich in der Folgezeit nach der Begutachtung bis zum Erlass des hier angefochtenen Entscheids überwiegend wahrscheinlich keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes eingestellt hat. Auch liegen keine Hinweise vor, welche darauf schliessen lassen könnten, dass bei der Begutachtung oder auch in der Folge massgebliche Tatsachen nicht berücksichtigt worden wären.

Folglich ist die Beschwerde abzuweisen. 6.

Die Verfahrenskosten sind gemäss Art.

69 Abs.

1 bis IVG auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin in aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Michael Grimmer - 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 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 Der Gerichtsschreiber GräubMüller

E. 10

, S.

E. 12

-15, S. 16, S. 18, S. 22 f., S. 26, S. 28 f.).

Dabei zeigten die Gutachter schlüssig auf, dass die von Dr. D.____

als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannte MCS und eine aktive Hashimoto-Thyreoiditis sowie die von ihr insbesondere wegen der MCS attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der vorliegenden Befunde und erhobenen Laborwerte nicht nachvollziehbar sind. Entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin setzten sich die Gutachter sehr wohl mit der Beurteilung von Dr. D.____ auseinander (vgl. Urk. 1 Ziff. 40). So legten sie überzeugend dar, dass das MCS lediglich auf den Angaben der Beschwerdeführerin gegenüber Dr. D.____ basierte. Eine atopische Komponente konnten die Gutachter nicht bestätigen und wiesen darauf hin, dass die von Dr. D.____ (von der E.____ Klinik) durchgeführte IgG -Bestimmung für eine Allergiediagnostik nicht aussagekräftig sei .

Was die Hashimoto-Thyreoiditis angeht, zeigten die von den Gutachtern erhobenen Laborwerte vom 12. September 2016 keine akute entzündliche Reaktion. Auch liess sich bezüglich der Schilddrüsenwerte nur eine subklinische Hypothyreose feststellen, weshalb die Gutachter plausibel auf eine - wenn auch knapp - genügende Substitutionsbehandlung

schlossen (E. 4.2). Auch zeigte Dr. D.____ nicht nachvollziehbar auf, weshalb und aufgrund welcher konkreten Symptome die Beschwerdeführerin inwiefern funktionell eingeschränkt sein sollte . Sie wies lediglich darauf hin, dass jegliche Arbeiten im Umfeld elektro magnetischer Felder und volatiler Stoffe Schmerzen und Konzentrationsstörungen verursachten, welche im Moment keine Arbeit zuließen (Urk. 8/17/5). Dass sie in ihrer Stellungnahme zum Gutachten des Z.____ vom 20. Juli 2017 (Urk. 8/69) nunmehr abweichend davon die Hashimoto-Thyreoiditis für die Vollinvalidisierung verantwortlich bezeichnete, gilt es im Lichte der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, wonach in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen ist , dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc) , zu würdigen.

Die abweichende Beurteilung von Dr.

Lui vermag das Gutachten nicht in Frage zu stellen, nennt sie im Ergebnis doch keine Aspekte, die von den Gutachtern unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_461/2021 vom 3.

März 2022 E.

4.1) .

Schliesslich ist darauf

hinzuweisen, dass es sich bei Dr. D.____

im Gegensatz zu den Gutachtern um keine Fachärztin handelt , diese vielmehr lediglich über die Basisweiterbildung zur Praktischen Ärztin verfügt (vgl. Medizinalberuferegister der Schweizerischen Eidgenossenschaft ,

<https://www.medregom.admin.ch/med-reg> , besucht am 21. Juni 2023) und der

Beweiswert einer spezialärztlichen Expertise unter anderem davon abhängt , ob die beurteilende Person über die entsprechende Fachausbildung verfügt (Urteil des Bundesgerichts 9C_547/2010 vom 26. Januar 2011 E. 2.2).

Das Gutachten basiert dagegen auf den notwendigen fachärztlichen Abklärungen, berücksichtigt die in den begutachteten Disziplinen geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführer in

eingehend auseinander (E. 4.2 und S. 4-7, S. 12 f., S. 16-18, S. 21- 25) . Den Gutachtern waren die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden aus den ihnen vorliegenden Akten

– so auch der detaillierten Auflistung der Beschwerden durch die Beschwerdeführerin vom 11. Februar 2016 (Urk. 8/ 1 /1-7 und Urk. 8/1/8)

– bekannt

(vgl. Urk. 8/47/2-71 S. 1 f.) und diese fanden Berücksichtigung bei den klinischen Untersuchungen . Dass die von der Beschwerdeführerin im Nachgang zur gutachterlichen Exploration an die Gutachter AA.____

und J.____ gerichteten Schreiben beziehungsweise die darin wiederum detailliert angeführten Beschwerden (Urk. 8/43 und 8/44) im Aktenverzeichnis nicht zusätzlich angeführt wurden (Urk. 8/47/3), lässt angesichts dessen nicht auf fehlende Akten - respektive Beschwerde kenntnis schliessen.

Dies gilt insbesondere auch für den internistischen und fallführenden Gutachter Dr. G.____ , der sich aus den Akten - entgegen dem Vorwurf der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 12 Ziff. 36 f.) - sehr wohl über von der Beschwerdeführerin geschilderte

Zahn- und Kieferschmerzen sowie Kreislaufprobleme gewahr war und auch dessen , dass die Beschwerdeführerin in ihrer Kindheit an einer Purpura Schönlein-Henoch gelitten hatte , führte er

dies doch in der medizinischen Anamnese explizit auf (vgl. Urk. 8/47/2-71 S. 5 Mitte) . Dasselbe gilt für das neurologische Teilgutachten hinsichtlich geklagter Durchblutungs-, Schlaf- und Gefühlsstörungen (vgl. Vorbringen der Beschwerdeführerin [Urk. 1 S. 14 Ziff. 45]).

Die Z.____ -Gutachter legten die medizinischen Zustände und Zusammenhänge aus internistischer, rheumatologischer, psychiatrischer, neurologischer, dermatologischer, otorhinolaryngologischer und neuropsychologischer Sicht einleuchtend dar und begründeten ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar . Sie zeigten plausibel auf, dass die Beschwerdeführerin -

bei zum Teil subjektiv empfundenen Leistungseinschränkungen ohne objektivierbare Ursache

- zwar an zahlreichen Beschwerden leidet (Symptomausweitung mit einer Schwindelsymptomatik bei unauffälliger peripherer vestibulärer Funktion, Gesichts- und Halsschmerzen sowie einer leichten kognitiven Beeinträchtigung, einer Hypermobilität , einer

Tinea pedis , einer Hypothyreose sowie einer Dermatitis) , diese sich jedoch nicht entscheidend auf ihre funktionelle Leistungsfähigkeit und somit ihre Arbeitsfähigkeit auswirken

(E. 4.2).

E. 17

). Dass Dr. Q.____ bei fehlenden Hinweisen auf neurologische Ausfälle (unauffälliger Befund, anamnestisch keinerlei medizinische Akten, welche Hinweise darauf lieferten) - entgegen der Forderung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 14 Ziff. 45)

- darauf verzichtete , weitergehende Messungen (Hirnleistungs- und Funktionsstörungen) durchzuführen, zumal er zu Recht darauf hinwies, dass das Kopf-MRI des A.____

(vgl. dazu Urk. 8/35/13 unten) unauffällig ausgefallen sei (Urk. 8/47/2-71 S. 17 unten) , begründet keine Zweifel an seiner Expertise . Die Wahl der Untersuchungsmethode liegt denn auch im Ermessen des Gutachters (vgl. E. 5.2.3 vorstehend) .

Auch dass der Gutachter den Tremor als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beurteilte ,

erscheint plausibel und stimmt insbesondere mit der Beurteilung der verantwortlich zeichnenden Ärzte des Neurozentrums des A.____ überein, welche unter anderem im Bericht

vom 3. Juli 2014

bei den Diagnosen eines palatalen Tremors, Schmerzen in der linken Gesichts- und Halshälfte unklarer Ätiologie und der substituierten Hypothyreose die Arbeitsfähigkeit explizit als gegeben bezeichneten (Urk. 8/35/9). Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 14 Ziff. 46) hielt Dr. Q._____

den Tremor nicht für gänzlich irrelevant.

So führte er dazu wörtlich aus, dieser sei «nicht relevant» einschränkend (Urk. 8/47/2-71 S. 18 Mitte). Er ging also davon aus, dass eine gewisse Störung durch den Tremor besteht, diese aber keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat. Dies ist angesichts der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin fünf Jahre mit dem Tremor als Doktorandin und wissenschaftliche Assistentin gearbeitet hatte, bevor ihr wegen einer MCS (Entgiftungsstörung) von der behandelnden Ärztin erstmals eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden war (vgl. E. 4.1), nachvollziehbar.

Nach dem Gesagten geht die am neurologischen Gutachten geübte Kritik fehl.

E. 21

. Januar 2022 (E. 4. 5) führte Dr. N._____ als Diagnosen eine ME/CFS, einen hochgradigen Verdacht auf ein MCAS sowie einen Verdacht auf ein Sjögren-Syndrom und einen Status nach Hashimoto-Thyreoiditis auf. Zur Arbeitsfähigkeit äussert er sich in seinem Bericht nicht.

Anlässlich seiner einmaligen Untersuchung

erhob Dr. N._____

keinen eigentlichen klinischen Befund. Vielmehr begnügte er sich damit, eine ausführliche Anamnese beruhend auf den Angaben der Beschwerdeführerin zu erheben

und mittels Gesundheitsfragebogen EX-5D-5L

festzustellen, in welchen Bereichen (Beweglichkeit/Mobilität, für sich selbst sorgen, allgemeine Tätigkeiten, Schmerzen/körperliche Beschwerden, Angst/Niedergeschlagenheit) sie sich wie stark eingeschränkt einschätzte (vgl. Urk. 8/135/3-7 S. 2-4).

Eigene klinische Untersuchungen fanden keinen Niederschlag im Bericht. Zudem gab Dr. N._____ ausdrücklich an, dass ihm die Unterlagen über bisherige Abklärungen fehlten beziehungsweise ausstehend waren

(Urk. 8/135/3) und dass die Resultate einer Blut- und Urinabklärung, welche das scheinbar vorliegende MCAS bestätigen würden, nicht vorgelegen hätten. Dr. N._____ hatte demnach offensichtliche keine

Kenntnis der Ergebnisse der Z._____ -Begutachtung von Ende 2016 und der immunologischen Abklärung des L._____ vom

April 2020.

Dr. N._____ gab an, dass die kanadischen Kriterien eines CFS erfüllt seien, ohne diese indes zu konkretisieren. Seine

Angabe der Erstmanifestation im Jahr 2014 weist sodann darauf hin, dass die Symptome bei der Z.____ -Begutachtung Ende 2016 bereits vorlagen .

Ein Blick auf die von der Beschwerdeführerin gegenüber Dr. N.____ geschilderten Symptome (nach Anstrengung starke Symptome, starkes Krankheitsgefühl, Atemproblematik, Probleme mit dem Kurzzeitgedächtnis, Wortfindungsstörungen, nicht erholsamer Schlaf, Gelenksschmerzen, Schwindel, Diarrhoe, Blähungen, Verschlucken, verfärbende Finger, Quaddeln, Haarausfall, Niesen, Unverträglichkeiten, Flattern des Gaumensegels; Urk. 8/135/3-7 S. 2) lässt denn auch erkennen, dass es sich dabei um die bereits gegenüber den Z.____ -Gutachtern - und damals noch viel weitergehend er und mannigfaltiger (vgl. dazu E. 5.1 vorstehend) - geschilderte n Beschwerden handelt. Dannzumal unbekannt oder nun weitergehende Symptome wurden von der Beschwerdeführerin gegen über Dr. N.____ nicht ausgeführt . Eine diesbezügliche Verschlechterung der Symptomatik im Vergleich zur Begutachtung des Z.____ im September 2016 ist dem Bericht von Dr. N.____

damit nicht zu entnehmen.

Nachdem die Diagnose eines CFS zudem weder in Kenntnis noch in Auseinandersetzung mit der bisherigen medizinischen Aktenlage erging und Dr. N.____ dieselbe auch nicht gestützt auf eigene Untersuchungsbefunde nachvollziehbar herleitete, bietet sie zudem keinen Anlass, die Beurteilung des Z.____ nachträglich in Zweifel zu ziehen.

Was das von Dr. N.____ aufgeführte MCAS angeht, bezeichnete er das selbe als «scheinbar» vorliegend , da die Klinik - beruhend auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin - dazu passen würde. Er wies denn auf die ihm nicht vorliegenden Blut- und Urinabklärung sowie

die geplante Abklärung am L.____

hin (E. 4.5) , ohne sich indes diagnostisch abschliessend festzulegen .

Dr. N.____

führte diagnostisch weiter einen Verdacht auf ein Sjögren -Syndrom bei Nachweis von SSA-Antikörpern an . Diese Diagnose konnten die Fachärzte für Immunologie vom L.____ im Jahr 2020 , welche Dr. N.____ nicht bekannt gewesen sein dürfte , ausschliessen . Dabei wies sie explizit auch auf die erhöhten SSA-Antikörper hin (vgl. dazu E. 5.4.3 vorstehend). Schliesslich ging auch Dr. N.____ von einer nicht mehr aktiven Hashimoto-Thyreoiditis aus, bezeichnete er diese doch mit «Status nach» , weshalb sich auch insoweit keine Hinweise auf eine relevante Verschlechterung ergeben.

Demnach lässt sich dem Bericht von Dr. N.____

weder eine

wesentliche Veränderung des

Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin entnehmen, noch liefert dieser Anhaltspunkte, welche zusätzliche Abklärungen notwendig machen .

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