

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00711 vom 12. Juni 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-06-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00711

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00711 du 12 juin 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00711 del 12 giugno 2025

Erwägungen

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. Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Entsprechend den allgemeinen intertemporal-rechtlichen Grundsätzen (vgl. BGE 144 V 210 E. 4.3.1) ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist.

Für Fälle erstmaliger abgestufter bzw. befristeter Rentenzusprachen und Revisionsfälle ist der Zeitpunkt der massgebenden Änderung nach Art. 88a IVV für das anwendbare Recht entscheidend; vgl. Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], Rz. 9102

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a IVV) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_122/2020 vom 26. Februar 2021 E. 2).

Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird.

Nach der bundesgerichtlichen Praxis zu Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Leistungsanpassung in der Regel erst nach Ablauf von drei Monaten seit dem Eintritt der Änderung vorzunehmen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5.3; vgl. ZAK 1984 S. 134; vgl.

Urteile des Bundesgerichts 9C_32/2015 vom 10. September 2015 E. 4.1 und I 583/05 vom 15. März 2006 E. 2.3.2 je mit Hinweisen).

1. 2

Eine Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt des Ablaufes des Wartjahres im April 2015 von 50 % in jeglicher Tätigkeit bis Januar

2016

ist erstellt (Urk. 7/180 E. 4.6).

Die nun verfügte Verneinung eines Anspruches auf eine Invalidenrente

(Urk. 2) setzt das Bestehen eines Revisionsgrundes im Sinne einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands im Januar 2016 voraus (vgl. Art. 17 Abs. 1 ATSG, BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3; vgl. vorstehend E. 1. 1).

Für die Prüfung, ob ein solcher vorliegt, ist in dieser übergangsrechtlichen Konstellation die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesene Rechtslage massgebend, die nachfolgend ,

soweit nichts anderes vermerkt ist ,

jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet wird . 1. 3

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). 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_587/2023 vom 8. April 2024 E. 4.2). 2.

E. 1.2

Die IV-Stelle holte in der Folge medizinische Berichte ein und veranlasste

bei der

Y.____ AG

ein polydisziplinäres Gutachten, welches am 6. Januar 2023 erstattet wurde (Urk. 7/23 4).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/253; Urk. 7/258, Urk. 7/261, Urk. 7/264) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 5. November 2024 einen Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 7/267 = Urk. 2). 2.

Die Versicherte erhob am 29. November 2024 Beschwerde gegen die Verfügung vom 5. November 2024 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben , und es sei

ihr ab 1. April 2024 [richtig wohl: 1. April 2016 , vgl. Urk. 7/155 und Urk. 7/162 und Urk. 7/167] weiterhin eine Rente der Invalidenversicherung zuzu - sprechen.

Eventuell sei die Beschwerdegegnerin zu ergänzenden Abklärungen zu verpflichten, und sie sei weiter zu verpflichten, Eingliederungsmassnahmen zu prüfen (Urk. 1 S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 17. Januar 2025 (Urk. 6) beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, was der Beschwerdeführerin am 20. Januar 2025 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8).

Mit Verfügung vom
9. Mai 2025 (Urk.

E. 2

3. Mai 2019

(Urk. 7/155, Urk. 7/162 und Urk. 7/167), mit welcher der Versicherte n
eine vom

1. April 2015 bis 31. März 2016 befristete halbe Invalidenrente zu gesprochen wurde,
in dem Sinne

gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung insoweit aufgehoben wurde, als dass der
Anspruch auf eine Invalidenrente ab

1. April 2016 verneint

wurde. Im Weiteren wurde die

Sache an die IV-Stelle zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der
Erwägungen, neu verfüge (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in ihrer Verfügung (Urk. 2), es sei mit Urteil des
Sozialversicherungsgerichts vom 18. November 2020 bestätigt worden, dass der Anspruch
der Beschwerdeführerin auf eine befristete Rente zwischen April 2015 und März 2016
ausgewiesen sei, der Sachverhalt für die Zeit ab April 2016 aber nochmals abgeklärt werden
müsse. Daraufhin sei eine polydisziplinäre Begutachtung durchgeführt worden, welche
ergeben habe, dass die rheumatologischen und psychiatrischen Einschränkungen im
Vordergrund stünden bei einer verbleibenden verwertbaren Arbeitsfähigkeit von 70%. In
einer angepassten Tätigkeit könne die Beschwerdeführerin täglich und regelmässig einer
strukturierten Tätigkeit nachgehen. Bei der Stellensuche sei sie nicht eingeschränkt, und
sie könne sich für weitergehende Hilfe an das regionale Arbeitsvermittlungszentrum (RAV)
wenden.

Bei einer Einschränkung von 30% bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente.
Selbst mit einem zusätzlichen Abzug von 10%,

welcher ab dem 1. Januar

2024 aufgrund der Gesetzesänderung zu gewähren sei, würde kein Anspruch auf
Leistungen entstehen. Aus den im Einwandverfahren eingereichten Unterlagen gingen
keine neuen Fakten oder Tatsachen hervor, welche bisher nicht berücksichtigt worden
seien

(S. 1 f.).

E. 2.2

Dagegen machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde (Urk. 1) geltend , dass die Beschwerdegegnerin bei ihrer Leistungsablehnung zu Unrecht auf das Gutachten der Z.____ AG

[richtig wohl: Gutachten der Y.____ AG , vgl.

Urk. 7/234] vom 6. Januar 2023 abstelle, obwohl damit die vom Gericht im Urteil vom 1 8. November 2020 geforderten ergänzenden Abklärungen in wesent - lichen Teilen nicht rechtsgenügend erbracht worden seien (S. 4 Rz . 15). Der kardiolo gische Gutachter habe sich nicht zureichend mit dem Polysplenie - syndrom ausei nandergesetzt und keine genügenden Abklärungen, insbesondere keine Spiroer gometrie , durchgeführt.

Ebenso wenig habe er sich mit der kardialen Krise und den Vorgängen im Spital A.____ auseinandergesetzt

(S. 4 ff. Rz .

1 6 22). Auch auf die Beurteilung durch die neuropsychologische Gutachter in könne trotz erfolgten Rückfragen mangels Schlüssigkeit nicht abgestellt werden (S.

6

f.

Rz . 23 -25).

Nicht nachvollziehbar sei weiter die von der psychiatrischen Teilgutach terin diagnostizierte histrionische Persönlichkeitsstörung

(S. 7 f. Rz .

27-2 9). Letzt lich erweise sich auch das neurologische Teilgutachten als mangelhaft (S. 8 Rz . 30).

Aus dem Gutachten gingen sodann keine Hinweise hervor , inwiefern ab Januar 2016 ein verbesserter Gesundheitszustand vorliegen und eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit eingetreten sein soll

(S. 9 Rz . 31). Das Gutachten der Y.____

AG liefere zu der im Gutachten der MEDAS B.____ postulierten angeblichen Verbesserung des Gesundheitszustandes auch keine überzeugende Begründung (S. 9 Rz . 32-34).

Schliesslich sei auch der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkom mensvergleich aus den dargelegten Gründen nicht korrekt , und es resultiere ein Invaliditätsgrad von über 50 % , selbst wenn man von einer Arbeitsfähigkeit von angepasst 70 % ausgehen würde (S. 9 f. Rz . 35-39).

Indem die Beschwerdegegnerin ausgeführt habe, sie - die Beschwerdeführerin - sei bei der Stellensuche nicht eingeschränkt und könne sich für weitergehende Hilfe an das RAV wenden, sei auch über den Anspruch auf Eingliederungsmass nahmen entschieden und diese r verneint worden. Dies sei ebenfalls zu Unrecht erfolgt (S. 10 Rz . 40-41) .

E. 2.3

Strittig

und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin ab dem 1. April 2016 und dabei insbesondere, ob auf das polydisziplinäre Gutachten der Y.____

AG vom 6. Januar 2023 (Urk. 7/234) abgestellt werden kann und

ob

ein Revisionsgrund im Januar 2016 ausgewiesen ist.

Der Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen bildet nicht Gegenstand des angefochtenen Entscheids, welcher einzig den Anspruch auf eine Invalidenrente zum Inhalt hat («Kein Anspruch auf eine Invalidenrente», «Wir haben den Anspruch auf eine Invalidenrente geprüft»;

Urk. 2 S. 1). Ein vor Erlass der angefochtenen Verfügung gestellter Antrag der Beschwerdeführerin auf berufliche Eingliederungsmassnahmen ist auch nicht ersichtlich (vgl. Urk. 7/258, Urk. 7/261, Urk. 7/264). Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen ist vorliegend daher nicht Streitgegenstand, weshalb

diesbezüglich

auf die Beschwerde nicht einzutreten ist. 3.

3.1

Im rechtskräftigen Urteil vom 18. November 2020 (Urk. 7/180) stützte sich das Gericht zur Begründung der

Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin von 50 %

im

rentenrelevanten Zeitraum ab

1. April 2015 bis Januar 2016

(Rentenzusprache bis 31. März 2016, vgl. Art. 88a IVV) auf die entsprechende Einschätzung der Gutachter der MEDAS B.____ vom 10. August 2016 (Urk. 7/51).

Die im Gutachten spätestens seit Beginn des Wartjahres im April 2014 festgehaltene Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin von 50 % gründete auf der Beurteilung durch die rheumatologischen und psychiatrischen Fachärzte. Die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 50 %

wurde vorübergehend unterbrochen durch die vollständige Arbeitsunfähigkeit infolge der Knieoperationen und den damit verbundenen Krankschreibungen. Auf psychiatrischem Fachgebiet wurde eine depressive Störung diagnostiziert, welche initial mittelgradig sowie im Zeitpunkt der Begutachtung und rückblickend

ab Beginn der RAV Massnahmen im Januar 2016 der Symptomatik eines leichtgradigen Beschwerdegrades entsprach (ICD-10 F32.0). Die bisherige administrative Tätigkeit wurde einer angepassten Tätigkeit gleichgesetzt (vgl. Urk. 7/180 E. 3.3 und E. 4). 3.2

Die Rückweisung an die Beschwerdegegnerin begründete das hiesige Gericht in seinem Urteil vom 18. November 2020 in erster Linie damit, dass sich der Sachverhalt hinsichtlich der im Gutachten der MEDAS B.____ ab Januar 2016 postulierten Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin und der Annahme einer generellen

Arbeitsfähigkeit von 70 %

als ungenügend schlüssig erweis e. Ausgeführt wurde, dass Unklarheiten hinsichtlich der effektiven kardialen Problematik bestünden, unter anderem im Zusammenhang mit dem vorliegenden Polyspleniesyndrom . Unklar zeigt t e sich der Sachverhalt sodann in Bezug auf die von der Beschwerdeführerin im Rahmen des Beschwerdeverfahrens gestützt auf die von ihr veranlassten Abklärungen (vgl.

Urk. 7/172/10-55) geltend gemachten neurokognitiven Einschränkungen

und ob diese, wie geltend gemacht wurde , auf ein e n anlässlich der kardialen Krise im Januar 2013 erlittenen Hirnschaden zurückzuführen seien . Zu klären blieb weiter der V erlauf des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin (Urk. 7/180 E. 4.4 und E. 4.6). 4.

4.1

Die relevante Aktenlage präsentiert sich wie folgt: 4. 2

Dr. phil. C.____ , Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, Oberpsychologe, Leiter Neuropsychologie und Begutachtungszentrum, und D.____ , Assistenzpsychologe, E.____ AG, nannten in ihrem von der Beschwerdefüh rerin veranlassten neuropsychologischen Teilgutachten vom 1. Juli 2020 (Urk. 7/172 /10-25)

nach Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 1 3. Mai

2020 (S. 3 Ziff. 1.1) als Diagnose eine mittelgradige kognitive Störung (S. 13 Ziff. 6) .

Die Fachpersonen führten aus, dass die Arbeitsunfähigkeit bei der Beschwerde führerin aktuell und bis auf Weiteres aus rein neuropsychologischer Sicht für eine einfache, ungelernte Tätigkeit (ohne Führungsfunktion) 50 % betrage. Eine solche Tätigkeit betreffe zum Beispiel eine Anstellung, wie sie die Beschwerdeführerin

am Empfang der F.____ AG von 2012 bis 2014 ausgeübt habe (S.

E. 2.5

). Dies wurde in der Folge vom kardiologischen Gutachter der MEDAS B.____ im Gutachten vom 1 0. August 2016 bestätigt (Urk. 7/51

S. 23) , zuletzt durch den Gutachter der Y.____ AG, Dr. N.____ (vorstehend E. 4. 6) .

Zusammenfassend liegen damit bis zuletzt keine fachärztlichen Berichte vor, welche auf eine Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin durch das Polyspleniesyndrom schliessen lassen würden . Damit hat es - bei kardiologisch kompensiertem Zustand der Beschwerdeführerin - sein Bewenden. Was die von der Beschwerdeführerin kritisierte unzureichende Auseinandersetzung von Dr. N.____ mit der kardialen Krise im Januar 2013 anbelangt (vorstehend E. 2.2) , wird auf die entsprechenden Ausführungen zum neuropsychologischen Gesundheitszustand (vorstehend E. 5.3. 3) verwiesen. 5. 3. 6

Zuletzt bleibt festzuhalten, dass sich ein aus revisionsrechtlichen Gesichts - punkten veränderter Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin weder aus dem

internistischen Teilgutachten von Dr. O.____ vom 2 7. September 2022 (Urk. 7/234/61-91) noch aus dem neurologischen Teilgutachten von Dr. Q.____

vom 7. November 2022 (Urk. 7/234/122-15 1) ergibt.

Soweit die Beschwerdeführerin hinsichtlich dem neurologischen Teilgutachten kritisierte, dass keine Auseinandersetzung mit der neuropsychologischen Teilgutachterin hinsichtlich allfälliger neurokognitiver Defizite oder eigene Erhebungen dazu erfolgt seien (Urk. 1 S. 8 Rz . 30), geht diese Kritik ins Leere, zumal bei eben falls durchgeführter neuropsychologischer Begutachtung nicht ersichtlich ist, weshalb sich der Neurologe nun in diesem Bereich bei unauffälliger neurologischer Untersuchung hätte äussern sollen. 5.4 Nach dem Gesagten

zeigt

das Gutachten der Y.____ AG vom 6. Januar 2023 (vorstehend E. 4.6) wie schon das Gutachten der MEDAS B.____

vom 10. August 2016 (Urk. 7/51) nicht in überzeugender Weise

eine Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin ab Januar 2016 auf, dies insbesondere nicht hinsichtlich der psychischen Einschränkungen (vorstehend E.

5.3.2) . Dies zeichnete sich so auch anlässlich des Beschäftigungsprogramms durch das RAV von Januar bis Juni 2016 (vgl. Urk. 7/73 S. 2 Ziff. 2) sowie der von der Beschwerdegegnerin ab Mitte Mai 2017 bis August 2018 gewährten Eingliederungsmassnahmen

(Urk. 7/75, Urk. 7/82 , Urk. 7/108, Urk. 7/123) ab, wo die Beschwerdeführerin eine stabile, über 50 %

hinaus gehende Arbeitsfähigkeit letztlich nicht erreicht hat (Urk. 7/104,

Urk. 7/123 , Urk. 7/124 S. 1, vgl. auch Urk. 7/128) . Aus dem von Dr. phil. C.____ im Auftrag der Beschwerdeführerin veranlassten neuropsychologischen Gutachten vom 1. Juli 2020 (vorstehend E.

4.2) gingen sodann bei festgestellter depressiver Symptomatik neurokognitive Einschränkungen hervor, entsprechend einer generellen Arbeitsunfähigkeit von 50 % . Was den Gesundheitszustand aus kardiologischer Sicht anbelangt, bestätigt sich aufgrund des diesbezüglich dokumentierten stabilen Verlaufs ein unveränderter gesundheitlicher Zustand ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen wie auch in einer Verweistätigkeit. Eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lässt sich sodann weder aus rheumatologischer, neurologischer noch aus allgemeininternistischer Sicht bestätigen. Bei dieser Ausgangslage ist es ausgeschlossen, dass

ein allfälliges drittes

Gutachten neue Erkenntnisse liefern könnte. Die betreffenden Gutachter müssten nun gezwungenermassen eine retrospektive Aktenbeurteilung des Krankheitsverlaufs vornehmen. Es ist angesichts der konstanten und ausgeprägten Beschwerden nicht vorstellbar, dass sie in nachvollziehbarer Weise auf eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin im Januar 2016 schliessen könnten . Auf die Einholung eines Gerichtsgutachtens ist deshalb in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten (BGE 122 V 157 E. 1d). 5.5 Dies führt zur Gutheissung der Beschwerde , soweit darauf eingetreten wird. Die

angefochtene

Verfügung vom 5. November 2024 (Urk. 2) ist damit aufzuheben, und es ist festzustellen, dass ab dem 1. April 2016 unter Abzug der zeitweise erfolgten Taggeldbezüge während den gewährten Eingliederungsmassnahmen (Urk. 7/83, Urk. 7/109-110, Urk. 7/133)

weiterhin ein unbefristeter Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung besteht. 6. 6.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6.2

Nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf den vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festzusetzenden Ersatz der Parteikosten. Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'400.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird gutgeheissen, soweit darauf eingetreten wird.

Die Verfügung der

Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 5. November 2024 wird aufgehoben, und es wird festgestellt, dass ab dem 1. April 2016 weiterhin Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung besteht. 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 Parteientschädigung von Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Yolanda Schweri, unter Beilage einer Kopie von Urk. 11 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 11 - BVG-Sammelstiftung Swiss Life - 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
Grieder-Martens Schucan

E. 7

/ 180 Dispositiv Ziff. 1) .

E. 9

) wurde die BVG-Sammelstiftung Swiss

Life zum Prozess beigelegt. Diese verzichtet am 19. Mai 2025 auf eine Stellungnahme (Urk.

E. 11

) . Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 14

Ziff. 7.1). Für eine Tätigkeit mit Führungsfunktion, wie sie die Beschwerdeführerin von 1988 bis 1999 als ungelernete Verkäuferin bei der Warenhauskette G.____ in Wädenswil ausgeübt habe, betrage die Arbeitsunfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht 60 % . Damals habe sie gemäss Aktenangaben ein Team von sechs

Personen geführt (S. 15 oben).

Die Fachpersonen führten aus, dass sich im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung bei der Beschwerdeführerin schwere Beeinträchtigungen in einer Aufgabe zur visuellen Aufmerksamkeitsausrichtung (kognitive Verlangsamung) sowie in einer exekutiven Teilfunktion (intellektuelle Flexibilität) ergeben hätten . Weitere leichtere Einschränkungen hätten sich auch in den Bereichen der exekutiven und mnestischen Teilfunktionen sowie in der Konzentrationsfähigkeit gefunden. In einem computerisierten Fahreignungstest habe sie ein leicht unterdurchschnittliches Ergebnis erzielt. Die Ergebnisse betreffend die Aufmerksamkeitsfunktionen, die visuokonstruktiven Fähigkeiten, die Sprach- und Rechenfunktionen sowie die allgemeine Intelligenz (IQ = 90) seien allesamt normgerecht gewesen (S. 13 Mitte Ziff. 6).

Bei der von ihnen diagnostizierten kognitiven Störung handle es sich um eine genuine beziehungsweise authentische Störung, das heisse ohne Hinweise auf eine bewusstseinsnahe Aggravation oder Simulation von Beschwerden. Dafür sprächen die durchwegs unauffälligen Ergebnisse in sämtlichen von ihnen durchgeführten Tests zur Symptom- beziehungsweise Performanzvalidierung . Die kognitive Störung sei ätiopathogenetisch schwierig einzuordnen. Neben einer primären oder psychisch-reaktiven Symptomatik werde eine hirnorganische (Teil) Ursache der kognitiven Defizite vor dem Hintergrund des im psychiatrischen Hauptgutachten (Dr. med. H.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie ; Urk. 7/172/80-109) dargelegten Sachverhalts als plausibel erachtet (S. 13 unten f.).

Ungeachtet der ätiopathogenetischen Einordnung der Symptomatik scheinere erwähnenswert, dass bei der Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt ihrer neuropsychologischen Begutachtung

eine deutlich stärkere depressive Symptomatik vorgelegen habe, als dies noch zum Zeitpunkt der psychiatrischen Abklärung im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung durch die MEDAS B.____ im Juni

2016 der Fall gewesen sei. Damals sei eine leichte depressive Störung festgehalten worden, jedoch mit Verweis auf eine zu einem früheren Zeitpunkt noch ausgeprägtere depressive Symptomatik. Die Fachpersonen führten aus, dass die Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der neuropsychologischen Abklärung deutlich affektlabil gewesen sei. Sie habe mehrfach weinen müssen und habe deutlich antriebsgemindert, schwingungsarm und klagsam gewirkt (S. 14 Mitte). 4 . 3

Prof.

Dr. med. I.____, Fachärztin für Kardiologie und für Allgemeine Innere Medizin, J.____, K.____, stellte in ihrem Bericht vom 13. November 2020 (Urk. 7/186/9-11) nach gleichentags erfolgter Konsultation der Beschwerdeführerin im Wesentlichen die folgenden Diagnosen (S. 1 f.): - symptomatisches Sick-Sinus-Syndrom (Tachybradiekardie - Syndrom) mit/bei - paroxysmalem Vorhofflimmern, junctionalen Ersatzrhythmen und Pausen bis 5 Sekunden - Status nach DDDR-Schrittmacher-Implantation (Medtronic Advisa) am 30. Januar 2013 (Spital A.____) - im Verlauf erhöhte ventrikuläre Reizschwelle und Zwerchfell-Stimulation, infolgedessen Umprogrammierung in den AAIR-Modus - derzeit einwandfreie AAIR-Schrittmacher - Funktion mit leichten Zeichen der beginnenden Batterie-Erschöpfung - keine relevante strukturelle Herzkrankheit nachweisbar mit/bei - subjektiv und formal

unauffälliger Fahrrad- Ergonomie betreffend Ischämiezeichen am 13. November 2020 - echokardiographisch am 13. November 2020 normal dimensionierte Herzhöhlen mit normaler systolischer und diastolischer linksventrikulärer Funktion, keine relevanten Klappen-Pathologien, keine pulmonale-arterielle Hypertonie, kein Perikarderguss - Status nach bilateralen parazentralen Lungenembolien am 8. April 2019 - Situs inversus abdominalis mit /bei - fehlender Vena

cava inferior - Polysplenie s yndrom - rezidivierende depressive Episoden - Adipositas - Gonarthrose beidseits - neuropsychologisches Defizit - Schädel-CT vom 4. Dezember 2019 normal

In ihrer Beurteilung führte Prof. I.____ aus, dass sich basierend auf den erwähnten Befunden bei der Beschwerdeführerin insgesamt ein erfreulich stabiler Verlauf von kardialer Seite her finde. Die Patientin sei bei der klinischen Untersuchung kardial kompensiert, normokard und normotensiv gewesen. Eine relevante strukturelle Herzkrankheit könne bei subjektiv und formal unauffälliger Fahrrad-Ergonomie betreffend Ischämiezeichen mit adäquater physikalischer Belastbarkeit ausgeschlossen werden, ebenso echokardiographisch bei normal dimensionierten Herzhöhlen mit normaler systolischer und diastolischer links ventrikulärer Funktion, ohne relevante Klappen-Pathologien und ohne Hinweise für eine pulmonal-arterielle Hypertonie. Die gleichzeitig durchgeführte Schrittmacher-Kontrolle habe eine einwandfreie AAIR-Schrittmacherfunktion gezeigt. Die Anstrengungsdyspnoe, abnorme Müdigkeit und die Leistungseinbusse liessen sich aufgrund der kardialen Befunde nicht schlüssig erklären. Differenzialdiagnostisch dürfte allenfalls für die Anstrengungsdyspnoe der Status nach Lungen embolien und die Adipositas sowie ein Trainingsmangel eine Rolle spielen. Bei weiterhin stabilem Verlauf wäre eine

kardiologische Standortbestimmung in etwa eineinhalb bis zwei Jahren sinnvoll. Unabhängig davon fänden die Schrittmacher-Kontrollen vorzeitig statt (S. 3 oben).

Ergänzend hielt Prof. I.____ in ihrem ebenfalls im Zusammenhang mit der Konsultation vom 13. November 2020 erstellten Bericht vom 15. Februar 2021 (Urk. 7/186/7-8 Ziff. 1.1) fest, dass die Patientin von kardialer Seite her normal arbeitsfähig sei. Ob allenfalls wegen der rezidivierenden depressiven Episode eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei, entziehe sich ihrer Kenntnis (Ziff. 2.5). 4. 4

Dr. med. L.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte in seinem Bericht 15. Februar 2021 (Urk. 7/184) folgende Diagnosen (S. 1): - knapp sieben Jahre nach Hemiprothese Knie rechts (medial) mit peripatellärem Schmerz rechts (Operation 15. April 2014) - Status nach Knie- Totalprothese (TP) links posttraumatisch (Operation 23. Juni 2015)

Dr. L.____ führte nach Konsultation der Beschwerdeführerin am 10. Februar 2021 aus, dass sich in der klinischen Untersuchung am rechten Knie aktuell kaum Erguss zeige bei voller Streckung. Es bestünden

peripatelläre Druckschmerzen bei stabiler Patella. Die Flexion gelinge bis 115° (S. 1 unten). Dr. L.____ führte in seiner Beurteilung aus, dass die Beschwerdeführerin insgesamt nicht in einem guten Zustand sei, psychisch, sozial und auch von Seiten ihres Körpers. Punkto Knie werde physiotherapeutisch versucht, die Situation zu verbessern, da der peripatelläre Schmerz auf Kräftigungen anspreche (S. 2). 4. 5

Dr. med. M.____, psych. central - Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in seinem Bericht vom

22. März 2021 (Urk. 7/190) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0; Ziff. 1.2).

Dr. M.____ führte aus, dass die Beschwerdeführerin seit dem 6. September 2018 bei ihm Behandlung sei und die letzte Kontrolle am 11. März 2021 stattgefunden habe (Ziff. 3.1). Die Patientin sei derzeit arbeitslos. Eine angepasste Tätigkeit könne sie aus psychiatrischer Sicht bis zu vier Stunden am Tag ausüben. Es bestehe eine Verminderung der Leistungsfähigkeit von 40% (Ziff. 2.1-2). Die Patientin sei seit Jahren überzeugt davon, dass sie ein chronisch kranker Mensch sei. Eine adaptierte Arbeitstätigkeit für sie zu finden sei fast unmöglich. Daher sei ihre Motivation für eine berufliche Eingliederung gering (Ziff. 3.3). 4. 6

Am 6. Januar 2023 erstatteten Dr. med. N.____, Facharzt für Kardiologie und für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. O.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. P.____, Fachärztin für Rheumatologie, für Allgemeine Innere Medizin und für Nephrologie, Dr. med. Q.____, Facharzt für Neurologie, lic. phil. R.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP und für Psychotherapie FSP, sowie Dr. med. S.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,

Y.____ AG,

das von der Beschwerdegegnerin veranlasste polydisziplinäre Gutachten (Urk. 7/234). Die Gutachter stellten in ihrer Konsensbeurteilung (Urk. 7/234/37-59) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 13 Ziff. 4.2.1): - Impingement-Syndrom Schulter links bei hypertropher Acromioclavicular (AC)-Gelenksarthrose mit Bursitis

subdeltoidea - lumbovertebrales Syndrom - Spondylarthrose L5/S1, Osteochondrose L5/S1
- histrionische Persönlichkeitsstörung (IC D -10 F60.4)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter im Wesentlichen einen aktenanamnestischen Status nach bilateralen parazentralen Lungenembolien am 8. April 2019 und einen Status nach 1-Etagen-TVT links, einen Situs inversus abdominalis mit/bei fehlender Vena

cava inferior, ein Lipolymphödem beidseits, einen Status nach Implantation eines Zweikammer schrittmachersystems am 30. Januar 2013 bei rezidivierenden Sinusstillständen bis 5 Sekunden und junktionalen Ersatzrhythmen (aktuell normale Schrittmacherefunktion), ein aktenanamnestisch paroxysmales Vorhofflimmern bei aktuell normfrequente Sinusrhythmus, eine leichte Aorteninsuffizienz, eine kombinierte Fettstoffwechselstörung, aktuell nicht medikamentös therapiert, eine Adipositas Grad I nach WHO 2000, beginnende Heberdenarthrosen Hände beidseits, eine Periarthropathia

genua beidseits bei Status nach Hemiprothese Knie rechts im April 2014 und Status nach Knie-Totalprothese links im Juni 2015, ein cervicothorakovertebrales Syndrom, einen Verdacht auf Spannungstypkopfschmerzen, einen Verdacht auf Irritation des Nervus

cutaneus

femoralis

lateralis, eine aktenanamnestische Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2), eine aktenanamnestische depressive Episode (ICD-10 F32) sowie eine aktenanamnestische organische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F07.8; S. 13 Ziff. 4.2.2).

Die Gutachter führten zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus, dass aus rheumatologischer Sicht in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % bis 30 % und aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % bis 40 % sowohl in der bisherigen als auch in einer Verweistätigkeit attestiert worden sei. Es ergebe sich damit aus interdisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in einer Verweistätigkeit von 30 % bis 40 %. Dabei gelte das seitens des rheumatologischen und psychiatrischen Teilgutachtens geäußerte Fähigkeitsprofil. Aus kardiologischer, allgemeinmedizinischer und neurologischer Sicht bestünden keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und in einer Verweistätigkeit.

Aufgrund der nicht validen Testresultate könne aus neuropsychologischer Sicht keine Aussage zur Arbeitsfähigkeit gemacht werden. Zum Verlauf hielten die Gutachter fest, dass eine aktuell ausgewiesene versicherungsmedizinische Relevanz der Diagnosen seit dem Abbruch der Integration 2018 angenommen werden könne. Eine im Gutachten vom 10. August 2016 ausgewiesene versicherungsmedizinische Relevanz einer depressiven Verstimmung habe aktuell nicht festgestellt werden können (S.

E. 16

f. Ziff. 4.7-8).

Eine Verweistätigkeit sollte lediglich leichte und nur gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten umfassen. Tätigkeiten in Zwangspositionen sowie kniend hockende Tätigkeiten und Tätigkeiten über Kopf sollten vermieden werden. Für sitzende Arbeiten werde eine ergonomische Arbeitshaltung empfohlen, insbesondere in Bezug auf rückengerechtes

Sitzen. Es sollte sich um eine gut strukturierte Tätigkeit mit wohlwollender Zuwendung mit viel Lob handeln. Eine klare Rollenzuteilung sollte gewährleistet sein (S. 18 oben Ziff. 4.11).

Festzuhalten sei, dass durch das

Polyspleniesyndrom im vorliegenden Fall keine versicherungsmedizinisch relevanten Diagnosen bedingt würden. Dieses verurteilt keine besonderen oder zusätzlichen Anforderungen an eine Verweistätigkeit. Es lägen keine kardiologischen Probleme beziehungsweise Diagnosen vor, welche mit Sicherheit auf das Syndrom zurückzuführen wären (S. 18 Mitte und unten

Ziff. 4.11, S. 19 oben). Weiter seien aus heutiger Sicht weder bleibende Schäden aufgrund der kardialen Krise Ende Januar 2013 festzustellen, noch eine versicherungsmedizinische Relevanz der kardiologischen Diagnosen (S. 19 Mitte). 4.7

Prof. Dr. med. T.____, Ärztlicher Leiter,

Y.____ AG, führte in seiner Stellungnahme vom 13. Mai 2023 (Urk. 7/247) zu den Rückfragen der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin vom 22. März 2023 (Urk. 7/243) sowie des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) vom 16. Februar 2023 (vgl. Urk. 7/252/4) aus, dass die von der Rechtsvertretung vorgelegten neuen Unterlagen die aktuelle Beurteilung nicht zu beeinflussen vermöchten. Die im Bericht von Dr. H.____ getätigten Äusserungen, wonach am Spital A.____ vom 25. Januar bis 1. Februar 2013 der Notfall bei der Patientin mit kreislaurelevanten Herzrhythmusstörungen nicht erkannt worden und letztlich von einer hypoxämisch-cerebralen Schädigung auszugehen sei im Zusammenhang mit einer seither belegten Wesensveränderung, könne so nicht nachvollzogen werden. Es möge sich um ein seltenes Krankheitsbild gehandelt haben, jedoch sei die im Spital durchgeführte Behandlung (kardiologische Evaluation, Stellung der Indikation zur Schrittmacherimplantation, telemetrische Überwachung zwecks Optimierung der Indikationsstellung bei Schrittmacherwahl) aus heutiger Sicht adäquat und plausibel gewesen. Prof. T.____ hielt fest, dass der Vorwurf, die Kardiologen hätten einen Hirnschaden gesetzt, schlicht nicht nachvollziehbar sei (S. 1 f.).

Was die Zusatzfragen an die neuropsychologische Gutachterin anbelange, sei auszuführen, dass die auffälligen Resultate nicht mit der histrionischen Persönlichkeitsstörung erklärt werden könnten. Die psychiatrische Gutachterin Dr. S.____ habe in ihrem Teilgutachten vom 15. September 2022 keine kognitiven Auffälligkeiten beschrieben, wie sie im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung bei den zur Überprüfung der mnestischen, exekutiven und attentionalen Funktionen eingesetzten Leistungstests beobachtet worden seien.

Es treffe zu, dass Dr. phil.

C.____ bei der damals unter der Leitung von Frau lic. phil. R.____ stehenden Arbeitsgruppe der Schweizerischen Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen SVNP bei der Erarbeitung der Leitlinien für die neuropsychologische Begutachtung mitgearbeitet habe. Der Schlussfolgerung, wonach

das neuropsychologische Gutachten vom 1. Juli 2020 in wesentlichen Teilen nicht gemäss der im medico-legalen Bereich empfohlenen, gutachterlichen Kriterien für neuropsychologische Gutachten durchgeführt worden sei, könne nicht gefolgt werden (S. 2

Mitte).

Weiter führte Prof. T. ___ aus, es sei im neuropsychologischen Fachgutachten vom 12. Oktober 2022 eingehend diskutiert worden, dass die in den getesteten Funktionsbereichen erzielten sehr auffälligen Werte das effektiv vorhandene kognitive Leistungsniveau nicht abgebildet hätten. Es habe sich dabei um durch auffälliges Leistungsverhalten entstandene Artefakte und nicht um authentische neuropsychologische Defizite gehandelt. Aus den nicht validen Testresultaten könne aus neuropsychologischer Sicht auch keine Aussage zur Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden (S. 2 unten f.). Da im psychiatrischen Teilgutachten vom 15. September 2022 keine kognitiven Auffälligkeiten beobachtet worden seien, entfalle der Anlass für eine erneute neuropsychologische Untersuchung (S.

3

oben).

Zu den Zusatzfragen an die psychiatrische Gutachterin führte Prof. T. ___ aus, dass aus rein psychiatrischer Sicht die Explorandin in der ursprünglichen Tätigkeit sicher fünfmal fünf Stunden pro Woche arbeiten könne. Dies entspreche einer Arbeitsfähigkeit von 60%. Diese Arbeitsfähigkeit habe sie auch in der Integration erbringen können, solange das Umfeld für die Arbeit für sie gestimmt habe.

In einer angepassten Tätigkeit könne die Beschwerdeführerin sicher fünfmal sechs Stunden pro Woche arbeiten, was dann einer Arbeitsfähigkeit von 70% entspreche. Die Arbeitsfähigkeit werde aus psychiatrischer Sicht vor allem durch die Unselbständigkeit der Beschwerdeführerin beeinträchtigt sowie durch Ereignisse, welche sie kränkten. Bei wohlwollender Führung und gut strukturierter Tätigkeit könne aber erwartet werden, dass sie eine Arbeitsfähigkeit von 70% erbringen könne (S. 3 Mitte). 4. 8

Dr. med. U. ___ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Infektiologie, RAD, führte in ihrer Stellungnahme vom 12. Juni 2023 (Urk. 7/252/5-7) zum Gutachten inklusive der von Seiten der Gutachter beantworteten Zusatzfragen aus, dass das Gutachten die Kriterien an die Beweiswertigkeit erfülle, weshalb darauf abgestellt und den Empfehlungen gefolgt werden könne.

Die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in bisheriger Tätigkeit als Mitarbeiterin Empfang betrage seit August 2018 40% und in einer angepassten Tätigkeit gemäss dem Belastungsprofil 30%.

4. 9

Die fallbearbeitende Fachperson der IV-Stelle hielt in ihrem Eintrag vom 4. August 2023 (Urk. 7/252/7) fest, dass Dr. U. ___ , RAD, auf Rückfrage, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ab dem Zeitpunkt nach der befristeten Rente (1. April 2015 bis 31. März 2016) bis August 2018 verhalte, ausgeführt habe, dass eine aktuell ausgewiesene versicherungsmedizinische Relevanz der Diagnosen seit Abbruch der Integration 2018 angenommen werden könne. Seit 2016 gelte das Belastungsprofil für angepasste Tätigkeiten. Im Gutachten von 2016 (MEDAS B. ___) sei ebenfalls eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit beschrieben worden, weshalb davon ausgegangen werden könne, dass diese seit 2016 gelte. 4. 10

Dr. med. V. ___ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Chefarzt Psychosomatik, und W. ___ , Psychologe, Klinik AA. ___ , stellten im Austrittsbericht vom 18. April 2024 (

Urk. 7/263) nach stationärem Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 15. Februar bis 13. April 2024 folgende Hauptdiagnosen (S. 1): - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode

Als Nebendiagnosen nannten sie im Wesentlichen ein symptomatisches Sick-Sinus-Syndrom (-Syndrom), keine relevante nachweisbare strukturelle Herzkrankheit, einen Status nach bilateralen parazentralen Lungenembolien am 8. April 2019 sowie einen Situs inversus abdominalis (S. 1 f.).

Die behandelnden Personen führten aus, dass bei der Beschwerdeführerin vom 15. Februar bis 30. April 2024 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestünde (S.

6

unten). Trotz erzielten kleinen Fortschritten persistieren funktionelle Einschränkungen beim Planen und Strukturieren von Aufgaben. Ein eindrückliches Beispiel während des Stationsalltages sei gewesen, wie erschwerlich und unterstützungsbedürftig die Planung eines Zahnarzttermines für die Beschwerdeführerin gewesen sei. Zudem bestünden gemäss den Beobachtungen im Stationsalltag Einschränkungen in der Konversations- und Kontaktfähigkeit zu Dritten. Es bestünden anamnestisch auch Schreibschwächen. Eine neuropsychologische Untersuchung sei vor wenigen Jahren infolge der Konzentrationsstörungen erfolgt. Anhand der langjährigen Arbeitsunfähigkeit von insgesamt fünf Jahren sei die Prognose für eine berufliche Reintegration schon rein statistisch schlecht. Hinzu kämen die genannten funktionellen Einschränkungen. Die behandelnden Personen hielten fest, dass ihres Erachtens eine Arbeitsfähigkeit im freien Arbeitsmarkt in einem hohen Pensum unrealistisch sei. Eher müsste an ein tiefes Teilzeitpensum oder gar an Tätigkeiten im geschützten Umfeld gedacht werden (S. 6 unten).

Die behandelnden Personen führten aus, dass angesichts der Antriebsminderung, des Grübelns, der Schmerzen und der Ängste eine Therapie mit Brintellix installiert worden sei. Die genannten Beschwerden hätten sich darunter leider nicht relevant verbessert. Die Beschwerdeführerin sei zwar ruhiger geworden, habe aber subjektiv noch weniger soziale Kontakte wahrnehmen können und weniger an Gesprächen teilgenommen. Dem Therapeutenteam sei demgegenüber eine langsame psychische Aufhellung aufgefallen. Mit Erhöhung der Trittico-Dosis habe sich der Schlaf verbessert. Hinsichtlich der Schulterschmerzen habe die Beschwerdeführerin durch detonisierende Massnahmen in der Physiotherapie und der medizinischen Massage eine minimale Linderung erfahren. Längeres Sitzen sei an Sprechstunden schmerzbedingt häufig nicht möglich gewesen (S. 4 Mitte) . 4 . 1 1

Dr. U.____, RAD, führte in ihrer Stellungnahme vom 8. August 2024 (Urk. 7/266/34) zu den Vorbringen der Beschwerdeführerin im Einwand hinsichtlich der beantragten näheren Abklärung des Polyspleniesyndroms und dessen Auswirkungen aus, dass diese Frage im Gutachten beantwortet worden sei. Durch das Polyspleniesyndrom ergebe sich keine versicherungsmedizinisch relevante Diagnose.

Hinsichtlich der Kritik, wonach die kardiale Situation im Gutachten zu wenig abgeklärt worden sei, sei darauf hinzuweisen, dass anhand der durchgeführten Diagnostik von Dr. N.____ und zuvor durch Prof.

I. ___ im Juli 2022 sowie im Austrittsbericht der Klinik AA. ___ vom April 2024 keine relevanten kardialen Einschränkungen hätten festgestellt werden können.

Weiter hielt Dr. U. ___ zum Vorwurf, wonach eine schwere Kreislaufinsuffizienz und eine schädigende Minderversorgung des Gehirns vorgelegen habe, was neurologisch und kardiologisch nicht geprüft worden sei, fest, dass die Tatsache, dass nach der Schrittmacherimplantation ein ECDL - Kurs absolviert worden sei (Kurs für digitale Fertigkeiten) und in einem 60%-Pensum am Spital AB. ___ gearbeitet worden sei, gegen eine schädigende Minderversorgung des Gehirns spreche.

Gemäss dem psychiatrischen Gutachten sei die kognitive Leistungsfähigkeit sehr stark an den emotionalen Zustand gebunden, was eher gegen das Vorliegen einer organischen Persönlichkeitsstörung (etwa durch Hypoxie bedingt) spreche. Im neuropsychologischen Teilgutachten hätten sich auffällige Testergebnisse bei den mnestischen, exekutiven und attentionalen Teilfunktionen gefunden, welche nicht mit stattgehabten cerebrovaskulären Ereignissen hätten erklärt werden können, welche sich einschränkend auf die kognitive Leistungsfähigkeit ausgewirkt hätten (Wiederaufnahme der angestammten Tätigkeit nach Herzschrittmacherimplantation im Januar 2013 mit einem vollschichtigen Arbeitspensum). Die neuropsychologischen Befunde seien als nicht valide interpretiert worden. Es werde daher auf die Beantwortung der Frage der Arbeitsunfähigkeit auf die Konsensbeurteilung im Gutachten verwiesen und um psychiatrische Beurteilung des neu eingereichten Berichtes der Klinik

AA. ___ gebeten. 4. 1 2

Dr. med. AC. ___ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 13. August 2024 (Urk. 7/266/4-5) aus, dass im Bericht der Klinik vom April 2024 eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), diagnostiziert worden seien. Die Diagnose der chronischen Schmerzstörung sei weder nachvollziehbar, noch fusse sie auf objektiven, psychopathologischen Befunden. Es handle sich zudem um eine fachfremde Einschätzung des Gesundheitszustandes, da der unterzeichnende Chefarzt Dr. V. ___ über einen Facharzttitel für Allgemeine Innere Medizin verfüge, nicht jedoch für Psychiatrie. Der mitunterzeichnende Psychologe W. ___ sei nicht im Psychologieregister registriert, so dass davon ausgegangen werden könne, dass er noch in Ausbildung sei und über keinen Fachausweis verfüge.

Dr. AC. ___ hielt weiter fest, dass die Schmerzzustände von der Beschwerdeführerin bereits bei Erstellung des polydisziplinären Gutachtens beklagt worden und den Gutachtern bekannt gewesen seien. Es handle sich also nicht um unberücksichtigte Beschwerden und/oder eine unberücksichtigte medizinische Tatsache.

Auch die geschilderte depressive Symptomatik sei bereits aus den Akten bekannt und sei so auch im Gutachten berücksichtigt worden. Im Falle einer rezidivierenden depressiven Störung komme es naturgemäss zu wiederholten, vorübergehenden depressiven Episoden. Im vorliegenden Fall sei von einer vorübergehenden Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes auszugehen, nicht jedoch von einer dauerhaften oder langanhaltenden. Der Bericht der Klinik halte demnach auch fest, dass eine langsame, psychische Aufhellung beobachtet werden könne. Auch der Schlaf habe sich nach einer medikamentösen Behandlung gebessert. Subjektiv seien diese Verbesserungen von der Beschwerdeführerin

jedoch unbemerkt geblieben, was jedoch durch die im Gutachten festgestellte histrionische Persönlichkeitsstörung erklärt werden könne.

Abschliessend führte Dr. AC. ___ aus, dass die Herzschrittmacher-Implantation im psychiatrischen Gutachten an mehreren Stellen erwähnt worden sei. Sie werde als einschneidendes Erlebnis dokumentiert, im psychopathologischen Befund sei jedoch festgehalten worden, dass es im Leben der Kundin bis dato zu keinem Ereignis gekommen sei, welches die Traumakriterien gemäss ICD/DSM erfüllen würde. Zusammenfassend seien keine neuen, unberücksichtigten medizinischen Fakten/Tatsachen vorgelegt worden.
5. 5.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprennung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen).

Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Veränderung muss mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein. Trifft dies nicht zu, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (Urteil des Bundesgerichts 9C_698/2012 vom 3. Mai 2013 E. 2.3, Thomas Flückiger, in: Basler Kommentar Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 1. Aufl. 2020, Art. 17 N. 19; Peter Forster, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum ATSG, 2021, Art. 17 N. 10). 5.2

Rechtskräftig erstellt ist eine generelle Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin im rentenrelevanten Zeitraum ab 1. April 2015 bis Januar 2016 (Rentenzusprache bis 31. März 2016) von 50 %

(vorstehend E.

3.1). Zu prüfen ist, ob sich ihr Gesundheitszustand im Januar 2016 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit wesentlich verbessert hat (vorstehend E. 1.2, E. 2.3, E. 5.1).

Gestützt auf das Gutachten der MEDAS B. ___

vom 10. August 2016 (Urk. 7/51) liess sich eine Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin nicht erstellen.

Die Rückweisung der Sache durch das hiesige Gericht an die Beschwerdegegnerin erfolgte insbesondere deshalb, weil sich der Verlauf der psychiatrischen Erkrankung seit Begutachtungszeitpunkt nicht darstellen liess und weil sich das Gutachten zu wenig substantiiert zum kardiologischen Zustand der Beschwerdeführerin äusserte. Überdies bestand eine Unklarheit betreffend allfällige neuropsychologische Einschränkungen (vorstehend E.

3.2). Mit Blick auf die genannten Fragestellungen ist nachfolgend zu prüfen, ob auf das Gutachten der Y.____ AG vom 6. Januar 2023 (vorstehend E. 4.6) und die ergänzende Stellungnahme vom 13. Mai 2023 durch Prof. T.____ (vorstehend E. 4.7) entsprechend den Empfehlungen der die Beschwerdegegnerin beratenden RAD-Ärzte Dr. U.____ (vorstehend E. 4.8 und E. 4.11) sowie Dr. AC.____ (vorstehend E. 4.12)

abgestellt und eine Veränderung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin im Januar 2016 erstellt werden kann. 5.3 5.3.1

Vorab festzuhalten ist, dass es einer für sich allein betrachteten vollständigen, nach vollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, in der Regel am erforderlichen Beweiswert fehlt, wenn sie sich nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Besserung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat (Urteil des Bundesgerichts 9C_244/2017 vom 26. Oktober 2017 E.

4.2.1).

5.3.2

Vorliegend äusserte sich insbesondere die mit der psychiatrischen Begutachtung beauftragte Dr. S.____ nicht rechtsgenügend dazu, wie es sich mit der im Gutachten der MEDAS B.____

(Urk. 7/51) postulierten Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin verhält.

So äusserte sich Dr. S.____ lediglich zum psychischen Gesundheitszustand ab Abbruch der Eingliederungsmassnahmen im August 2018 (vorstehend E. 4.6). Die Expertise ist demnach mit Blick auf die revisionsrechtlich bedeutsame Frage zur Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin im Januar 2016 respektive nach der psychiatrischen Begutachtung an der MEDAS B.____ als ungenügend zu qualifizieren (vorstehend E. 5.3.1).

Daran, dass die Frage zum Vorliegen eines Revisionsgrundes nicht beantwortet wurde, ändert auch die nachträglich von der fallbearbeitenden Fachperson der

Beschwerdegegnerin eingeholte Auskunft von RAD-Ärztin Dr. U.____ vom 4. August 2023 (vorstehend E. 4.9) nichts. So handelt es sich bei dieser Äusserung aus psychiatrischer Sicht lediglich um eine fachfremde Einschätzung, welche sich zudem auf die vom hiesigen Gericht im Urteil vom 18. November 2020 als unklar beurteilte Verbesserung des Gesundheitszustandes gemäss dem Gutachten der MEDAS B.____ (Urk. 7/51) entsprechend einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 %

stützte (vorstehend E. 3.2 und E. 5.2).

Im Übrigen handelt es sich bei der Beurteilung durch Dr. S.____, wonach die Beschwerdeführerin seit jungem Erwachsenenalter an einer histrionischen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.4) leiden würde, im Vergleich zum Sachverhalt, wie er sich im Rahmen der mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 18. November 2020 (Urk. 7/180) erfolgten Bestätigung der von April 2015 bis März 2016 zugesprochenen halben Invalidenrente präsentiert hat, um eine lediglich andere Beurteilung eines im wesentlich gleich gebliebenen Sachverhaltes, was revisionsrechtlich unbeachtlich ist (vorstehend E.

5.1).

So wurde von keinem der vorbehandelnden Ärzte die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung jemals genannt (vgl. Urk. 7/10, Urk. 7/142 Ziff.

E. 17

Ziff. 4.3.2.1) und veranlasste ein Labor, welches letztlich eine dekompensierte Herzinsuffizienz ausschloss (Urk. 7/234/93-120 S. 17 f. Ziff. 4.3.2.2).

Was das Polyspleniesyndrom anbelangt, mass diesem bereits die ehemals behandelnde Kardiologin Dr. med. F.____, Fachärztin für Kardiologie und für Allgemeine Innere Medizin, Spital A.____, keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu

(vgl. Urk. 7/27/1-4 Ziff. 1.1, Urk. 7/138/1-6 Ziff.

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