

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00258 vom 28. Februar 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-02-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00258

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00258 du 28 février 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00258 del 28 febbraio 2024

Erwägungen

E. 1.1

X.____, geboren 1989, absolvierte eine kaufmännische Ausbildung mit Berufsmatura (Urk. 7/9/7) und war bis 2011 als Sachbearbeiterin tätig (Urk. 7/9/2). Am 4. Juni 2013 meldete sie sich unter Hinweis auf eine psychische Beeinträchtigung

(bipolare Störung) bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/1 Ziff. 6.2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte medizinische Abklärungen und gewährte Kostengutsprache für ein Aufbautraining (Urk. 7/12) und für einen Arbeitsversuch (Urk. 7/24). Sodann gewährte sie Kostengutsprache für ein Arbeitstraining (Urk. 7/32). Am 21. April 2015 wurden die beruflichen Massnahmen abgeschlossen (Urk. 7/42). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/49; Urk. 7/55; Urk. 7/62)

verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 19. Juli 2016 (Urk. 7/65) einen Rentenanspruch der Versicherten. Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

E. 1.2

In der Folge war die Versicherte vom 1. Mai 2019 bis 28. Februar 2022 in einem Pensum von 90 % als Teamleiterin Aktivierung in einem Altersheim tätig (Urk. 7/73 Ziff. 5.4). Am 16. März 2022 (Urk. 7/73) meldete sie sich unter Hinweis auf eine mittelgradige depressive Episode mit psychophysischer Erschöpfung erneut bei der Invalidenversicherung an. Die IV-Stelle zog die Akten der Krankentaggeldversicherung (Urk. 7/78/1-76; Urk. 7/85/1-90; Urk. 7/89/1-152; Urk. 7/93/1-278), insbesondere das Gutachten von Dr. med. Y.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, und von Dr. sc. hum. dipl. psych. Z.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie, vom 7. Dezember 2022 (Urk. 7/93/161-278) bei und holte weitere Arztberichte (Urk. 7/79; Urk. 7/86/1-22; Urk. 7/91) ein. Mit Vorbescheid vom 12. Januar 2023 (Urk. 7/95) stellte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht. Dagegen erhob die Versicherte Einwände (Urk. 7/98) und reichte einen weiteren Arztbericht (Urk. 7/102) ein. Die IV-Stelle nahm zusätzlich eine Stellungnahme von Dr. Y.____

vom 20. März 2023 (Urk. 7/109) zu den Akten. Mit Verfügung vom 28. März 2023 verneinte die IV-Stelle einen Anspruch der Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 7/111 = Urk. 2).

E. 1.7

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im

Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts I 659/04 vom 9. Februar 2005 E. 1.1).

Bei einer Neuanschuldung der versicherten Person bei der IV-Stelle sind die Revisionsregeln demnach analog anwendbar (BGE 141 V 585 E. 5.3 in fine, 133 V 108 E. 5.2, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_317/2022 vom 7. September 2022 E. 2.2 mit Hinweisen). 2.

E. 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). 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid wie folgt (Urk. 2): Das Wartejahr habe im August 2021 zu laufen begonnen. Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin zu 80 %, eine angepasste Tätigkeit zu 90 % zumutbar, womit sie ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen könne (S. 1). Es könne auf die Beurteilung durch Dr. Y.____ abgestellt werden. Weitere Abklärungen seien nicht notwendig (Urk. 6).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte geltend (Urk. 1), nach einer erstmaligen Remission ihrer Beschwerden habe sie auf eigene Kosten die Ausbildung als Fachfrau Aktivierung an einer höheren Fachschule absolviert und fortan als Aktivierungstherapeutin, zuletzt als Teamleiterin in einem Pensum von 90 %, gearbeitet (S. 3 Ziff. 5). In der Folge sei sie krank geworden (S. 4 Ziff. 6 ff.). Das Gutachten von Dr. Y.____ habe die Beschwerdegegnerin ebenso wenig wie die weiteren Arztberichte ihrem regionalen ärztlichen Dienst (RAD) vorgelegt, sondern sie habe

direkt den Vorbescheid erlassen (S. 6 Ziff. 16). Auch nach dem Eintreffen weiterer ärztlicher Stellungnahmen sei der RAD nicht involviert worden (S. 6 f. Ziff. 16 f.). Damit sei ihr rechtliches Gehör verletzt worden (S. 7 f. Ziff. 20). Die Beurteilung ihrer behandelnden Ärztin vermöge Zweifel am Gutachten von Dr. Y.____ zu wecken, weshalb darauf nicht abgestellt werden könne (S. 8 Ziff. 21-22). Es seien weitere Abklärungen nötig (S. 10 Ziff. 27). Das Gutachten von Dr. Y.____ sei aus näher dargelegten Gründen nicht beweiswertig (S. 11 ff. Ziff. 28).

Replizierend (Urk. 12) hielt die Beschwerdeführerin fest, die behandelnde Psychiaterin beschreibe differenziert und sorgfältig, weshalb von einem Long-Covid-Syndrom auszugehen sei (S. 3). Die antizipierte Beweiswürdigung der Beschwerdegegnerin sei nicht zulässig (S. 5).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist ein Rentenanspruch der Beschwerdeführerin und damit zusammenhängend die Frage, ob die Akten eine rechtsgenügende Beurteilung dieses Anspruchs erlauben.

Die Beschwerdegegnerin hatte einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin ein erstes Mal mit unangefochten in Rechtskraft erwachsener Verfügung vom 19. Juli 2016 (Urk. 7/65) verneint. Im Rahmen der neuen Anmeldung vom März 2022 war daher vorab zu prüfen, ob in der Zwischenzeit eine erhebliche Änderung des Sachverhalts eingetreten war. Dies hat die Beschwerdegegnerin implizit zu Recht bejaht. Im Rahmen der Erstanmeldung ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall vollzeitig erwerbstätig wäre (Urk. 7/48/1). Im Zuge der Neuanmeldung qualifizierte sie die Beschwerdeführerin als im Gesundheitsfall zu 90 % im Erwerbsbereich und zu 10 % im Haushalt Tätige (Urk. 7/94/4, Urk. 7/110/1). Damit steht zum einen eine potentiell rentenrelevante Änderung im Erwerbsbereich zur Diskussion. Zum anderen wurden im Gutachten von Dr. Y. ___ und Dr. Z. ___ vom 7. Dezember 2022 (Urk. 7/93/161-278) als weitere relevante Sachverhaltsänderungen neue beziehungsweise veränderte medizinische Befunde dokumentiert. Angesichts dessen hat die Beschwerdegegnerin die Voraussetzungen für eine Revision im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG, die auch bei der Neuanmeldung gegeben sein müssen, zu Recht als erfüllt erachtet und hat daher den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin richtigerweise frei und umfassend neu geprüft (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3, 117 V 198 E. 4b, je mit Hinweisen). 3.

E. 3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1 bis und 1 ter nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1 bis IVG). Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50-69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad unter 50 % gelten die folgenden prozentualen Anteile (Abs. 4):

Invaliditätsgrad	prozentualer Anteil
49 Prozent	47.5 Prozent
48 Prozent	45 Prozent
47 Prozent	42.5 Prozent
46 Prozent	40 Prozent
45 Prozent	37.5 Prozent
44 Prozent	35 Prozent
43 Prozent	32.5 Prozent
42 Prozent	30 Prozent
41 Prozent	27.5 Prozent
40 Prozent	25 Prozent

E. 3.1

Vom 21. September bis 5. Dezember 2021 befand sich die Beschwerdeführerin in der Hochgebirgsklinik A. ___ in stationärer Rehabilitation. Mit Austrittsbericht vom 27. Dezember 2021 (Urk. 7/78/38-45) wurden als Hauptdiagnose eine mittelgradige depressive Episode mit psychophysischer Erschöpfung und als Nebendiagnosen ein Status nach schwerer manischer Episode mit Psychose im Dezember 2012 sowie ein Status nach

Pneumonie im Dezember 2020 genannt (S. 1). Die Beschwerdeführerin arbeite in einem Pflegeheim und habe dort sehr viele Bewohner bis zum Tod begleitet; viele habe sie aufgrund von Corona sterben gesehen. Dies habe ihr stark zugesetzt. Hinzu sei die Trennung von ihrem Lebensgefährten gekommen (S. 1 unten f.). Die Beschwerdeführerin habe eine psychische und physische Erholung erreichen können (S. 3 unten).

E. 3.2

Dr. med. B.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte mit zuhanden der Krankentaggeldversicherung am 14. Februar 2022 erstattete m Bericht (Urk. 7/78/33- 37) folgende Diagnosen (S. 2): - mittelschwere depressive Episode mit somatischem Syndrom - aktuell an Covid -19 erkrankt - Status nach manischer Episode mit Psychose - Status nach Pneumonie Dezember 2020 Der Beschwerdeführerin sei die Anstellung als Aktivierungstherapeutin inzwischen gekündigt worden (S. 1). Sicherlich hätten die pandemiebedingten Umstände an ihrem Arbeitsplatz mit vielen Todesfällen auch zur Arbeitsunfähigkeit beigetragen. Sie wäre durch ihr persönliches Engagement und ausgeprägtes Pflichtgefühl bei gleichzeitig hoher emotionaler Vulnerabilität in ihrer angestammten Arbeit auch bei einem geringeren Pensum überfordert. Die Arbeitsunfähigkeit betrage jedoch aktuell auch für andere Tätigkeiten 100 % (S. 2).

E. 3.3

Mit Verlaufsbericht vom 6. Juni 2022 (Urk. 7/85/86-88) hielt Dr. B.____ fest, die Symptome der Corona - Infektion mit starkem Schwindel, Missemphindungen in der rechten Körperhälfte, Blutdruckschwankungen, Insomnie, Lungenbeschwerden mit Husten und Kurzatmigkeit persistierten. Die Beschwerdeführerin berichte zusätzlich über multiple neurologische Symptome (S. 1). Die multiplen Beschwerden seien klinisch «sichtbar» und könnten als neuroimmunologische postvirale Symptomatik (Post/Long Covid) erfasst werden. Die Post Exertional Malaise (PEM) habe durch wiederholtes Drücken eines Gummiballs ausgelöst werden können. Von psychiatrischer Seite bestünden komorbid nur geringe depressive Symptome .

Die weiteren neuropsychiatrischen Symptome (Schlafstörungen, Antriebslosigkeit, Belastungsintoleranz, Konzentrationsstörungen, Wortfindungsstörungen, multiple vegetative Beschwerden) seien offensichtlich Teil der Erkrankung an Long Covid

(S. 2). Die Diagnose laute nun myalgische Enzephalitis / Chronic Fatigue nach Covid - Erkrankung und verursache zurzeit eine volle Arbeitsunfähigkeit. Die Beschwerdeführerin sei motiviert, so bald wie möglich wieder zu arbeiten. Sie überlege sich , für den Wiedereinstieg eine Teilzeitarbeit in einem anderen Bereich zu suchen, um nicht wieder überfordert zu sein und so ihre Belastbarkeit und ihr Selbstvertrauen wiederaufzubauen . Die Arbeitsfähigkeit in ihrem angestammten Beruf sei erst nach diesem Einstieg zu beurteilen (S. 2 unten).

E. 3.3.3

). Es möge

zwar wünschenswert erscheinen, dass fachärztliche Berichte, deren Relevanz nicht von vornherein verneint werden könne , dem RAD zur Stellungnahme vorgelegt werden; ein unbedingter gesetzlicher Anspruch darauf besteht indessen nicht (E. 3.3.3).

Mit der Revision Weiterentwicklung der IV (WEIV , 2022) ist den RAD mit Art. 54a IVG schliesslich eine eigene Gesetzesbestimmung gewidmet worden, um ihrer Bedeutung

gerecht zu werden; damit sind jedoch keine materiellen Änderungen verbunden (BBl 2017 2670 ; Meyer /Reichmuth , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG] , 4 . Auflage 2022 , S. 533 Rz . 1), weshalb die angeführte Rechtsprechung weiterhin Gültigkeit hat.

Die Beschwerdegegnerin war somit nicht verpflichtet, die medizinischen Berichte dem RAD vorzulegen. Mithin liegt keine Verletzung des rechtlichen Gehörs vor. 5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei ihrer Entscheidung im Wesentlichen auf das von der Krankentaggeldversicherung eingeholte Gutachten von Dr. Y.____

und Dr. Z.____

vom

7. Dezember 2022 (vgl. vorstehend E. 3.7) .

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (Administrativgutachten) darf voller Beweiswert zuerkannt werden, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4). Liegt - wie hier - jedoch ein vom Krankentaggeldversicherer nicht im gesetzlich vorgesehenen Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholtes Gutachten vor, kommt diesem der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zu (Urteil des Bundesgerichts 8C_71/2016 vom 1. Juli 2016 E. 5.3). Folglich sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlussigkeit einer solchen Expertise, so sind ergänzende Abklärungen in Form eines Gerichtsgutachtens oder einer versicherungsexternen medizinischen Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 9C_168/2020 vom 17. März 2021 E. 3.2). 5.2

Das Gutachten von Dr. Y.____ und Dr. Z.____ vom 7. Dezember 2022

erfüllt die an eine beweiskräftige ärztliche Beurteilung gestellten formalen Anforderungen (vgl. E. 1. 7) vollumfänglich. So beruht es auf den relevanten Vorakten , welche im Wesentlichen auszugsweise wiedergegeben (S. 3 ff. des Gutachtens) und in die Beurteilung der medizinischen Situation mit einbezogen (S. 25 ff. und S. 57 ff.) wurden, sowie auf umfassenden und sorgfältigen psychiatrischen (S. 35 ff.), neurologischen (S. 60 ff.) sowie neuropsychologischen (Urk. 7/93/252-267) Untersuchungen. Es setzt sich sodann ausführlich mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden auseinander (S. 29 ff, S. 48 ff.), legt die medizinischen Zustände und Zusammenhänge sorgfältig dar (S. 67 ff.), beantwortet die gestellten Fragen und begründet die Schlussfolgerungen so, dass sie nachvollzogen werden können (S. 73 ff.). Dass die darin genannten Akten der Beschwerdegegnerin nicht vorlagen, vermag am Beweiswert des Gutachtens nichts zu ändern, haben die Gutachterin und der Gutachter doch sämtliche relevante Akten zitiert und sich damit befasst. Zudem handelt es sich dabei vor allem um Berichte über somatische Abklärungen (internistische, kardiologische und pulmonale sowie bildgebende Untersuchungen, vgl. S. 17 unten ff. des Gutachtens), aus denen her vorgeht, dass keine organische Ursache für die geltend gemachten Beeinträchtigungen gefunden werden konnte, was im Gutachten zur Abgrenzung der möglichen Ursachen der Beschwerden berücksichtigt wurde.

Dr. Y.____ nahm zudem eine eigene neurologische Beurteilung vor, welche keine klinisch nachweisbaren Störungen zeigte (vgl. vorstehend E. 3.7). 5.3

Das Gutachten ergab die Diagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) mit im Vordergrund stehenden diffusen Beschwerden im Bereich der linken Körperhälfte sowie einem im Subjektiven liegenden Erschöpfungssyndrom. Dr. Y.____ beschrieb, dass Zukunfts- und Existenzängste berichtet worden seien. Er konnte darüber hinaus jedoch keine weiteren psychopathologischen Auffälligkeiten objektivieren und stellte im klinischen Eindruck keine Hinweise auf umfassende oder ausgeprägte Störungen fest. So waren keine Auffassungs-, Gedächtnis-, Merkfähigkeits- oder Aufmerksamkeitsstörungen vorhanden und die Beschwerdeführerin war während des ganzen Untersuchungsverlaufs - die Untersuchung dauerte am Nachmittag des 7. September 2022 eine Stunde und 10 Minuten und am Vormittag des 10. November 2022 50 Minuten ; vgl. S. 1 des Gutachtens - immer aufmerksam und konnte sich auf die gestellten Fragen und die rasch wechselnden Themen einstellen. Die Stimmungslage war unauffällig und ausgeglichen; der Antrieb und das psychomotorische Verhalten waren ungestört. Im Bereich Spontaneität und Eigeninitiative stellte Dr. Y.____ eine leichte Reduktion fest und die Beschwerdeführerin berichtete über eine eingeschränkte soziale Teilnahme. Die geltend gemachten kognitiven Defizite (Gedächtnis- und Konzentrationsschwächen) konnte Dr. Y.____ nicht objektivieren. Hierbei ist auffallend, dass die Beschwerdeführerin offenkundig und unabhängig von der Tageszeit fähig war, der Untersuchung während eines substantiellen Zeitraums problemlos zu folgen. Hinzu kommt, dass sie an beiden Untersuchungsterminen unbegleitet erschien und mithin den Weg von ihrem damaligen Wohnort an der C.____ in D.____ in die Praxis an der E.____ in F.____ vor und nach der Untersuchung zu bewältigen vermochte, obwohl es sich gemäss google

maps um einen Weg von mindestens 20 (Auto, wohl als Beifahrerin, da sie nicht Autofahre; vgl. Urk. 7/93/257) beziehungsweise 35 Minuten (öffentlicher Verkehr) durch die Innenstadt handelt. Dennoch berichtete sie bei ihrer Ankunft nicht über Erschöpfung und eine solche war auch nicht feststellbar. Ebenso berichtete sie dem Gutachter beim zweiten Untersuchungstermin nicht über eine nach dem ersten Termin eingetretene Erschöpfung. Auch vor, während und nach der zweistündigen neuropsychologischen Untersuchung (von 15 bis 17 Uhr; vgl. Urk. 7/93/252) war keine Erschöpfung manifest. Die Beschwerdeführerin berichtete gegenüber der Gutachterin

vielmehr als erstes - und somit nach Bewältigung des Anfahrtsweges an die G.____ in der H.____ -, es gehe ihr ganz gut (Urk. 7/93/257). Auffassung, Ausdauer und Konzentration waren während des dortigen Gesprächs unauffällig, die Mitarbeit war motiviert (Urk. 7/93/258). Dies stellt die

Beschreibungen durch Dr. B.____, wonach die PME bereits durch wie derholtes Drücken eines Gummiballs ausgelöst werden könne (vgl. vorstehend E. 3.3), und wonach die Beschwerdeführerin nach jeder körperlichen oder kognitiven Aktivität an starker PME leide und bettlägerig werde (vgl. vorstehend E. 3.5), beziehungsweise auch das Ausräumen der Geschirrspülmaschine oder ein sozialer Kontakt ausserhalb der Wohnung zu einem Zusammenbruch führe (vgl. vorstehend E. 3.8) und sie Therapiesitzungen infolge der Ermüdung teilweise habe vorzeitig abbrechen müssen (vgl. vorstehend E. 3.10), erheblich in Frage. Dass die Beschwerdeführerin gemäss Dr. B.____ nach beiden Begutachtungen und der neuropsychologischen Testung einen «Crash» erlitten habe (vgl. Urk. 7/109 S. 1 unten f.), findet in den Akten keine Stütze. Es wäre zu erwarten gewesen, dass die

Beschwerdeführerin einen derartigen Zusammenbruch mindestens beim zweiten Untersuchungstermin bei Dr. Y.____ erwähnt hätte, zumal während der Untersuchung ein Diktat erfolgte, in dessen Rahmen die Beschwerdeführerin Gelegenheit hatte, Einfluss zu nehmen (vgl. S. 2 des Gutachtens). Dr. Y.____ wies denn auch in Zusammenschau aller Beobachtungen und Untersuchungen auf erhebliche Diskrepanzen zwischen dem erkennbaren klinischen Bild und den Ergebnissen der neuropsychologischen Testung hin, insbesondere zwischen den massiven subjektiven Beschwerden, vor allem der geltend gemachten extremen Müdigkeit, und der objektiv erkennbaren körperlich-psychischen Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation hin (vgl. vorstehend E. 3.7). 5.4

Unter Berücksichtigung aller Untersuchungsergebnisse kam Dr. Y.____ zum Schluss, dass die Präsentation einer erheblichen Behinderung, verbunden mit der Überzeugung, überhaupt nicht arbeiten zu können, nicht im Einklang mit der Verhaltensbeobachtung und dem klinischen Befund stehe. Es vermag zu überzeugen, dass Dr. Y.____ die von Dr. B.____ attestierte Arbeitsunfähigkeit von

E. 3.4

Mit Bericht vom 15. Juni 2022 (Urk. 7/86/5) wiederholte Dr. B.____ die vorgehend (E. 3.3) genannte Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. (Ziff. 2.5). Die Diagnose einer leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0) sei Teil der Long-Covid-Erkrankung und habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.6). Als Aktivierungstherapeutin bestehe seit 21. September 2021 eine volle Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.3). Die angestammte oder eine angepasste Tätigkeit seien nicht zumutbar (Ziff. 4.1-4.2).

E. 3.5

Im Zusammenhang mit der von der Krankentaggeldversicherung veranlassten Begutachtung (vgl. Urk. 7/89/107-108) führte Dr. B.____ in ihrem Schreiben vom 29. August 2022 (Urk. 7/89/12) aus, die Beschwerdeführerin leide an Long Covid und werde von ihr, Dr. B.____, begleitet und unterstützt. Abgesehen von der starken auch psychischen Belastung durch Long Covid mit vielfältiger Symptomatik und unsicherem Krankheitsverlauf ohne anerkannte Therapien bestünden bei der Beschwerdeführerin zurzeit keine Beschwerden im Zusammenhang mit ihrer psychiatrischen Vorgeschichte. Jede körperliche oder kognitive Aktivität sei nur begrenzt ausführbar und die Beschwerdeführerin leide in der Folge an starker PEM. Diese invalidisierenden Beschwerden könnten mehrere Tage anhalten. Sie sei dann bettlägerig, könne keine Alltagsaktivitäten durchführen und werde in ihrem Genesungsprozess zurückgeworfen. Ihr Gesundheitszustand lasse zum jetzigen Zeitpunkt keine länger als 30, höchstens 40 Minuten dauernde Konsultation zu. Eine Begutachtung sei deshalb zum jetzigen Zeitpunkt und sicherlich auch in den nächsten drei Monaten aus gesundheitlichen Gründen nicht zumutbar.

E. 3.6

In einem weiteren Bericht vom 21. November 2022 (Urk. 7/91/1-3) stellte Dr. B.____ folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.2): - myalgische Enzephalitis (Long Covid) - psychologische Faktoren bei Krankheit (ICD-10 F54) Es sei keine Tätigkeit zumutbar (Ziff. 2.1).

E. 3.7.1

Dr. Y.____ und Dr. Z.____

stellte n in ihr em am 7. Dezember 2022 unter Berücksichtigung der Akten , Erhebung der Anamnese und Durchführung einer psychiatrischen (S. 29 ff.) , neuropsychologischen (S. 43 f. ; Urk. 7/93/252-267) , neurologischen (S. 60 ff). sowie laborchemischen (S. 46) Untersuchung zuhanden der Taggeldversicherung erstatteten Gutachten (Urk. 7/93/161- 278) folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 73

Ziff. 6 . 1 .1): - undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) mit im Vordergrund stehenden diffusen Beschwerden im Bereich der linken Körperhälfte sowie im Subjektiven liegendem Erschöpfungssyndrom Die folgenden Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 73

Ziff. 6 . 1 .2): - weitgehend remittierte depressive Episode (ICD-10 F 32.9) - akutenkundig Status nach einer manischen Episode mit Psychose (ICD-10 F 31.2 im Februar 2012 Im objektiven psychopathologischen Befund sei anlässlich der Untersuchungen eine inhaltliche Einengung auf somatoform anmutende Beschwerden aufgefallen. Eruierbar gewesen sei eine ausgeprägte Tendenz zur Selbstbeobachtung körperlicher Vorgänge im Sinne einer Aufmerksamkeitsfokussierung. Vorgetragen worden seien Zukunfts- und Existenzängste; darüber hinaus hätten keine weiteren psychopathologischen Auffälligkeiten objektiviert werden können. Insgesamt habe die Beschwerdeführerin nicht schmerzgequält gewirkt. Es hätten sich im klinischen Eindruck keine Hinweise auf umfassende und ausgeprägte Störungen ergeben und es seien keine Auffassungs-, Gedächtnis-, Merkfähigkeits- oder Aufmerksamkeitsstörungen gefunden worden. Im Hinblick auf die Konzentration sei die Beschwerdeführerin während des ganzen Untersuchungsverlaufs immer aufmerksam gewesen und habe sich auf die gestellten Fragen und die rasch wechselnden Themen einstellen können. Im Hinblick auf den Affekt habe eine unauffällige, ausgeglichene Stimmungslage beobachtet werden können und der Antrieb und das psychomotorische Verhalten seien ungestört. Spontaneität und Eigeninitiative seien leicht reduziert. Die soziale Teilnahme sei im privaten Bereich gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin eingeschränkt. Anhand der Untersuchungen ergäben sich keine Hinweise auf entsprechende psychosoziale Probleme von besonderem Schweregrad. Die geltend gemachten kognitiven Defizite, sowohl Gedächtnis- als auch Konzentrationsschwierigkeiten, hätten klinisch nicht objektiviert werden können (S. 49).

E. 3.7.2

Die neuropsychologische Untersuchung habe bezüglich Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine minimale neuropsychologische Störung mit leichten Einbussen bei der direkten Aufmerksamkeit ergeben. Die Ergebnisse der Leistungstests würden als valide angesehen. Die Beschwerdeführerin habe den Symptomvalidierungstest mit unauffälligen Werten absolviert. Es habe kein aggravierendes Verhalten beobachtet werden können. Die Beschwerdeführerin habe viele gute kognitive Funktionen gezeigt, ihr allgemeines Arbeitstempo sei normal schnell gewesen. Ihre Aufmerksamkeitsfunktionen seien bei der direkten Aufmerksamkeit unterdurchschnittlich gewesen. Bei der selektiven Aufmerksamkeit seien ihre Reaktionszeiten durchschnittlich gut gewesen. Ihre

Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, kognitive Flexibilität, ihre Planungs- und Problemlösefähigkeit sowie ihre Abstraktionsfähigkeit seien durchschnittlich gut. Lediglich ihre Wortflüssigkeit sei teilweise unter dem Durchschnitt gewesen. Die Exploration des Tagesprofils weise auf ein reduziertes Alltagsniveau hin. Bei den Haushaltarbeiten fühle

sich die Beschwerdeführerin eingeschränkt. Es bestünden mittelgradige Störungen der Aktivität und Partizipation im Bereich der Items Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen sowie Durchhaltefähigkeit. Die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, die Kontaktfähigkeit zu Dritten, die Gruppenfähigkeit sowie die Fähigkeit zu Spontanaktivitäten seien leichtgradig beeinträchtigt (S. 50). Mit Verweis auf die wiederholten somatischen Abklärungen habe bis dato kein sicheres organisches Korrelat gefunden werden können, welches sowohl das Ausmass wie auch das Anhalten der geltend gemachten Beschwerden hinreichend erklären könnte. Auch im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Exploration und Untersuchung imponierten somatoform anmutende Beschwerden. Aufgrund der angegebenen Beschwerden, der beklagten Intensität sowie der nicht ausreichenden Erklärbarkeit durch ein somatisches Korrelat sei eine undifferenzierte Somatisierungsstörung zu diagnostizieren. Diese Diagnose sollte dann gestellt werden, wenn die körperlichen Beschwerden zahlreich, unterschiedlich und hartnäckig seien, aber das vollständige und typische klinische Bild einer Somatisierungsstörung nicht erfüllt sei (S. 51).

E. 3.7.3

Es handle sich um eine leichte Form der Somatisierungsstörung (S. 51 unten f.). Bei dieser Diagnose müsse der Psyche keine ursächliche Rolle für die Entstehung der Störung im Sinne eines Konflikts zugesprochen werden. Durch die psychischen Faktoren werde jedoch auf die in der Primärpersönlichkeit liegenden Vulnerabilitätsfaktoren sowie auf psychosoziale Belastungsfaktoren, die zur Entstehung einer psychischen Symptomatik beitragen könnten, eingegangen. Im Falle der Beschwerdeführerin bestünden psychosoziale Belastungsfaktoren mit Arbeitsplatzverlust sowie eine geringe ökonomische Stabilität. Der Ausgangspunkt in der Entstehung der somatoform anmutenden Beschwerden werde bei dieser Diagnose in einem gestörten physiologischen Vorgang gesehen, auf den sich die weiteren Beschwerden «aufpfropften». Diese differentialdiagnostische Unterscheidung sei insbesondere auch für das weitere Management, so auch im Falle der Beschwerdeführerin, äusserst wichtig, da jeweils unterschiedliche psychotherapeutische Angebote für die Behandlung der Symptomatik indiziert seien. So sei die Symptomausweitung, wie im Falle der Beschwerdeführerin, durch Rehabilitationsmassnahmen und durch das Angebot interdisziplinär arbeitender Schmerzambulanzen, in welchen besonders verhaltenstherapeutische Ansätze eine entscheidende Rolle spielten, sehr gut zu bearbeiten. Der Schweregrad der Diagnose werde bei der Beschwerdeführerin als leicht bis allenfalls mittelschwer beurteilt. Die Intensität der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems müsse auf psychiatrischem Fachgebiet als gering eingeschätzt werden. Von einer Erfolgsglosigkeit angemessener Therapien könne auf psychiatrischem Fachgebiet nicht gesprochen werden. Eine konsistente Auswirkung der vorgetragenen Beschwerden auf alle Lebensbereiche liege nicht vor (S. 52).

E. 3.7.4

Zu beachten seien auch allgemeine Indizien wie das unbeobachtete Gangbild, die Schnelligkeit und der Ablauf der Bewegungen, die Spontanmotorik, die spontanen Kopfdrehungen, das Fehlen von Positionswechseln und Aufstehen während der Untersuchung, Indizien anhand des explorierten Tagesprofils, dazu Indizien anhand der Beschwerdeschilderung (dabei werde auf adäquate, vage, distanzierte Schilderungen geachtet), ergänzende Indizien zum Ausschluss einer hirnorganischen Störung (Konzentration während der Exploration, Merkfähigkeit für Altbekanntes,

Telefonnummern etc.). Gestützt auf diese ergäben sich bei der Beschwerdeführerin Hinweise auf nicht in vorhandenem Umfang geklagte Beschwerden im Sinne zumindest einer Symptomausweitung, was sich auch anlässlich der neuropsychologischen Testung mit einem erhöhten Wert an Pseudobeschwerden gezeigt habe (S. 52 unten f.). Zur Konsistenz, Plausibilität und Validität sei weiter festzuhalten, dass erhebliche Diskrepanzen zwischen dem erkennbaren klinischen Bild und den Ergebnissen der neuropsychologischen Tests festgestellt worden seien. Trotz der geltend gemachten kognitiven Defizite (Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen) habe allenfalls eine minimale neuropsychologische Störung objektiviert werden können, nebst den Hinweisen auf eine Antwortverzerrung im Sinne einer Symptomausweitung und dem erhöhten Wert für Pseudobeschwerden. Es hätten sich auch Hinweise auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen ergeben. So bestünden Diskrepanzen zwischen den massiven subjektiven Beschwerden, insbesondere der geltend gemachten extremen Müdigkeit, und der erkennbaren körperlich-psychischen Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation, Diskrepanzen zwischen schwerer subjektiver Beeinträchtigung und dem psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung, zwischen dem erkennbaren klinischen Bild und den Ergebnissen der neuropsychologischen Tests und zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe, insbesondere keine psychopharmakologische Behandlung. Zusammenfassend stehe die Präsentation einer erheblichen Behinderung («ich kann überhaupt nicht arbeiten») nicht im Einklang mit der Verhaltensbeobachtung und dem klinischen Befund, sei klinisch untypisch und daher nicht plausibel. Die kritische Würdigung der vorliegenden Befunde ergebe ein in sich unschlüssiges, inkonsistentes Bild, weswegen von einer Symptomausweitung auszugehen sei (S. 55).

Die Aussage der Beschwerdeführerin, dass sie überhaupt nicht arbeiten könne, stelle angesichts des klinischen Bildes eine Behauptung dar, die sich mit dem im Rahmen der Exploration erhobenen unauffälligen psychopathologischen Befund nicht begründen lasse, zumal sie bisher keinerlei Arbeitsversuche unternommen habe (S. 56). Die Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 0 % wegen einer myalgischen Enzephalitis / Chronic Fatigue nach Covid-Erkrankung durch Dr. B. ___ sei somit nicht nachvollziehbar, da es sich hierbei um eine absolute motorische, intellektuelle und / oder emotionale Unfähigkeit handeln müsste, was aus versicherungspsychiatrischer Sicht indessen nicht nachvollzogen werden könne (S. 59 unten f.).

E. 3.7.5

Die neurologische Begutachtung ergab, dass infolge der geltend gemachten Covid-19-Infektion keine neurologischen oder zentralnervösen Störungen hätten nachgewiesen werden können. Für die beklagte Sensibilitätsstörung im Bereich der linken Körperhälfte liege auf neurologischem Fachgebiet keine Ursache vor. Die apparative Zusatzdiagnostik sowie die klinisch-neurologischen Untersuchungen seien weitgehend unauffällig gewesen. Das geltend gemachte Erschöpfungssyndrom (Chronic-Fatigue-Syndrom) könne nicht objektiviert werden (S. 70).

Die Beschwerdeführerin verfüge über sehr viele positive Ressourcen. Hervorzuheben seien das Erreichen beruflicher Ziele, ein zielgerichtetes Handeln und Verhalten, soziale Kompetenz, Visionen, Ziele, Ideen/Hobbys sowie gute familiäre Kontakte. Negativ auf die berufliche Eingliederung wirkten sich neben dem Verlust der Arbeitsstelle eine geringe ökonomische Stabilität aus (S. 75).

Aus bidisziplinärer Sicht sei die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Fachfrau Aktivierung ab dem Zeitpunkt der Untersuchung zu 60 % arbeitsfähig bei vollem Rendement. Spätestens ab dem 15. Januar 2023 sei von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit und spätestens ab dem 15. Februar 2023 von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die 20%ige Arbeitsunfähigkeit in Bezug auf ein Pensum von 100 % werde mit einem erhöhten Bedarf an Pausen aufgrund der undifferenzierten Somatisierungsstörung begründet

(S. 75 unten f.). Auch in anderen an die beruflichen Ressourcen der Beschwerdeführerin optimal angepassten Tätigkeiten sei gegenwärtig von keinem höheren Arbeitspensum auszu gehen. Spätestens ab dem 15. Februar 2023 sei die Beschwerdeführerin auch in einer anderen optimal angepassten Tätigkeit in Bezug auf ein volles Arbeitspensum zu 80 % arbeitsfähig bei vollem Rendement. In der Selbsteinschätzung erlebe sich die Beschwerdeführerin für alle Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt als zu 100 % arbeitsunfähig. Im Vordergrund der Behandlung stehe eine ressourcen orientierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit Psychoedukation. Weitere Massnahmen könnten nicht empfohlen werden (S. 76).

E. 3.8

Dr. B.____ hielt mit Schreiben vom 15. Februar 2023 (Urk. 7/102) im Rahmen des Einwandverfahrens fest, jegliche geringe Aktivität, beispielsweise eine länger als 30 bis 50 Minuten dauernde stehende oder sitzende Tätigkeit, aber auch das Ausräumen einer Geschirrspülmaschine oder ein sozialer Kontakt ausserhalb der Wohnung, oft auch nur eine sensorielle Belastung, führe zu einem Zusammenbruch der Beschwerdeführerin (PEM) mit zeitverzögerten Symptomen, extremer Fatigue, Schwindel, Brain Fog, Muskelschmerzen, Kribbeln, grippeähnlichen Symptomen, so dass sie während 2 bis 4 Tagen bettlägerig sei. Diese Symptomverschlechterung halte oft noch während Tagen an. Von psychiatrischer Seite bestehe keine Psychopathologie per se. Eine psychosomatische Ätiologie liege nicht vor und auch die Kriterien für eine Somatisierungsstörung seien nicht erfüllt (S. 2 unten). Dr. B.____ stellte folgende Diagnosen (S. 3): - Long oder Post - Covid - Syndrom - chronisches Müdigkeitssyndrom bei Immundysfunktion - posturales orthostatisches Tachykardiesyndrom Der von der Beschwerdeführerin geschilderte Tagesablauf stelle das aktuelle Aktivitätsniveau gut dar. Ihre Aktivitäten begrenzten sich zurzeit auf kurze Hundespaziergänge (zwei Mal 15 bis 30 Minuten), danach müsse sie sich hinlegen. Die Mahlzeiten und der Haushalt würden von den Eltern besorgt. Die Beschwerdeführerin könne nicht mehr lesen oder am Bildschirm arbeiten. Den Rest des Tages verbringe sie vorwiegend liegend. Das Hören eines Hörbuches sei während zwei Mal 30 Minuten bedingt möglich. Ihre Arbeitsfähigkeit als Aktivierungstherapeutin sei zurzeit zu 100 % verunmöglicht durch die Fatigue, die vielfältigen Symptome sowie eine körperliche, kognitive, emotionale und sensorielle Belastungsintoleranz. Jegliche forcierte Rehabilitation würde zum jetzigen Zeitpunkt unweigerlich eine Verschlechterung mit sich bringen mit dem Risiko einer verbleibenden Schädigung und Arbeitsunfähigkeit bis zur Invalidisierung (S. 3).

E. 3.9

Am 20. März 2023 (Urk. 7/109) nahmen Dr. Y.____ und Dr. Z.____ Stellung zu einer Eingabe von Dr. B.____ im Verfahren der Krankentaggeldversicherung und hielten unter Zitierung der darin genannten Punkte (S. 1-14) fest, der von Dr. B.____ gestellten Diagnose

eines Post- oder Long - Covid-Syndroms könne nicht gefolgt werden (S. 16). Dr. B.____ habe abgestützt auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin völlig falsche Schlüsse gezogen und somit unkritisch ein Post-Covid-Syndrom diagnostiziert, ohne weitere Differentialdiagnosen zu erwägen, die im Fall der Beschwerdeführerin, bedingt durch die psychiatrische Vorgeschichte, wahrscheinlicher als ein Post-Covid-Syndrom seien (S. 18). Die Gutachter verwiesen erneut auf die anlässlich der Begutachtung festgestellten Diskrepanzen (S. 21). Es sei weiter bereits vor der Infektion insbesondere eine Erschöpfung und eine Einschränkung der Funktionalität beklagt worden (S. 22 unten). An der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit werde festgehalten (S. 23).

E. 3.10

Dr. B.____ nahm im Rahmen des Beschwerdeverfahrens erneut Stellung und hielt unter Wiederholung der bisherigen Angaben (vgl. vorstehend E. 3.8) am 8. November 2023 (Urk. 13/1) fest, zusätzlich zu den bereits gestellten Diagnosen sei eine organische Erkrankung beziehungsweise erhöhte Entzündungsparameter von Januar bis Dezember 2022 zu diagnostizieren (S. 4). Aktuell könne die Beschwerdeführerin in den unterstützenden Sitzungen vor allem bei Beginn gut mithalten, jedoch sei die emotionale und kognitive Ermüdung spürbar. Sie werde in ihrem Denken langsamer und die Sitzung habe auch schon vorzeitig abgebrochen werden müssen. Nach wie vor bestehe eine linksseitige Muskelschwäche, die anlässlich der Therapiesitzung objektiviert werden können (S. 4 unten). Es sei eine erneute Abklärung in einer Long Covid - spezifischen Einrichtung vorzunehmen (S. 5). 4.

E. 4

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 13

E. 4.1

Es ist zunächst auf den Umstand einzugehen, dass der RAD nicht in die Beurteilung der medizinischen Situation involviert wurde (vgl. das Feststellungsblatt für den Beschluss; Urk. 7/94; Urk. 7/110). Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass dadurch ihr rechtliches Gehör verletzt worden sei (vgl. vorstehend E. 2.2).

Gemäss Art. 54a IVG stehen die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) den IV-Stellen für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung (Abs. 2). Sie legen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der versicherten Person für die Ausübung einer zumutbaren Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich fest (Abs. 3). Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Abs. 4). Nach Art. 49 IVV beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des

Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode n können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Bei der Festsetzung der funktionellen Leistungsfähigkeit (Art. 54a Abs. 3 IVG) ist die medizinisch attestierte Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und für angepasste Tätigkeiten unter Berücksichtigung sämtlicher physischen, psychischen und geistigen Ressourcen und Einschränkungen in qualitativer und quantitativer Hinsicht zu beurteilen und zu begründen (Abs. 1 bis). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

E. 4.2

Das Bundesgericht hat sich in seinem Urteil 9C_858/2014 vom 3. September 2015 eingehend mit der Frage befasst, ob ein Anspruch darauf besteht, dass medizinische Berichte dem RAD zur Prüfung vorgelegt werden. Es wies in E. 3.3.1 darauf hin, dass a Art . 69 Abs. 4 IVV (in Kraft gestanden vom 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2011; AS 2003 3859 und 2011 5679) vorsah , dass die IV-Stellen zur Prüfung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen die notwendigen Akten dem zuständigen regionalen ärztlichen Dienst unterbreiten (Satz 1). Nach Rz . 2038 und Anhang V des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI), in der ab 1. Januar 2004 geltenden Fassung, sei namentlich im Revisionsverfahren nach Art. 17 Abs. 1 ATSG das (gesamte medizinische) Dossier obligatorisch dem RAD vorzulegen gewesen . Anhang V sei aufgrund der praktischen Erfahrungen und im Hinblick auf eine möglichst effiziente Nutzung der Ressourcen der RAD auf Ende Dezember 2007 aufgehoben worden . Seither liege es im Ermessen und in der Verantwortung der IV-Stellen, welche Dossiers sie zur Prüfung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen dem RAD unter breiten will. Um diesbezügliche rechtliche Unsicherheiten zu vermeiden, sei auch a Art . 69 Abs. 4 IVV auf Ende 2011 aufgehoben worden (IV-Rundschreiben Nr. 296 vom 5. Januar 2011).

Den regionalen ärztlichen Diensten komme unstrittig grosse Bedeutung zu für die Beurteilung der Anspruchsvoraussetzungen aus medizinischer Sicht. Der abschliessende

Entscheid darüber liegt indessen bei der IV-Stelle. Dementsprechend stünden die regionalen ärztlichen Dienste den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs

zur Verfügung (E).

E. 4.5

in Verbindung mit Urk. 7/86/7-13). Zwar trifft es wohl zu, dass die von Dr. B.____ gestellte Diagnose Long Covid mangels objektivierbarer somatischer Beeinträchtigungen zu einem grossen Teil auf die Anamnese abgestützt werden muss (vgl. dazu die Empfehlungen für die versicherungsmedizinische Abklärung in der Schweiz bei Post-Covid-19 Erkrankung der SIM Swiss Insurance Medicine, Stand 3 1. Juli 2023, S. 11). Dennoch ist aus versicherungsrechtlicher Sicht eine objektive Überprüfung unabdingbar und sind die geschilderten Beeinträchtigungen kritisch zu hinterfragen, was sich mit der Aufgabe der behandelnden Ärztin wohl schwer vereinbaren lässt, aber dennoch nicht ganz ausser Acht gelassen werden kann. Die Beurteilungen durch Dr. B.____ lassen diese kritische Distanz vermissen nicht zuletzt auch aufgrund des Umstandes, dass sie die Beschwerdeführerin in Versicherungsverfahren vertrat (vgl. Urk. 7/102; Urk. 7/109 S. 1 unten f.) und damit ihre Rolle als Therapeutin verliess.

Dadurch ist der Beweiswert ihrer Beurteilungen massgeblich geschmälert (Urteil des Bundesgerichts 8C_695/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 4.3), weshalb sie nicht geeignet sind, auch nur geringe Zweifel am Gutachten zu erwecken. Es ist

in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zudem auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, 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). 6. 6.1

Das Gutachten ergab eine Restarbeitsfähigkeit von 80 % in der angestammten Tätigkeit als Aktivierungstherapeutin und in angepassten Tätigkeiten. Aufgrund der psychiatrischen Diagnose kommt das strukturierte Beweisverfahren (vgl. vorstehend E. 1.6) zur Anwendung. Ob dieses auch bei der Diagnose Long Covid zur Anwendung käme, kann vorliegend deshalb offengelassen werden. 6.2

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 6.3

Wie in BGE 145 V 361 dargelegt, ist in allen Fällen durch die Verwaltung beziehungsweise das Gericht zu prüfen, ob und inwieweit die ärztlichen Experten ihre Arbeitsunfähigkeitsschätzung unter Beachtung der massgebenden Indikatoren (Beweisthemen) hinreichend und nachvollziehbar begründet haben. Dazu ist erforderlich, dass die Sachverständigen den Bogen schlagen zum vorausgehenden medizinisch-psychiatrischen Gutachtensteil (mit Aktenauszug, Anamnese, Befunden, Diagnosen usw.), das heisst sie haben im Einzelnen Bezug zu nehmen auf die in ihre Kompetenz fallenden erhobenen medizinisch-psychiatrischen Ergebnisse fachgerechter klinischer Prüfung und Exploration. Ärztlicherseits ist also substantiiert darzulegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen. Der psychiatrische Sachverständige hat darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar - zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken - unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person (E. 4.3; vgl. auch BGE 148 V 49 E. 6.2.1 mit Hinweis). 6.4

Der psychiatrische Experte Dr. Y. ___ hat nachvollziehbar und in umfassender Diskussion der Befunde, Funktionseinbussen und Ressourcen sowie unter Einbezug einer Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung aus versicherungsmedizinischer Sicht dargelegt, dass die Beschwerdeführerin an einer psychischen Erkrankung leidet, welche ihre Erwerbsmöglichkeiten im Umfang von 20 % einschränken. Er hat dabei die Inkonsistenzen ausführlich diskutiert und invaliditätsfremde Gesichtspunkte bei seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ausgeklammert. Dr. Y. ___ wies darauf hin, dass es sich um eine leichte Form der Somatisierungsstörung handelt und der Schweregrad leicht bis allenfalls mittelschwer sei. Komorbiditäten wurden nicht festgestellt und die Behandlungsmöglichkeiten erachtete Dr. Y. ___ als noch nicht ausgeschöpft (vgl. vorstehend E. 3.7.3). Die Ressourcen und der soziale Kontext wurden geprüft (vgl. vorstehend E. 3.7.5). Die Konsistenz wurde genau untersucht, mit dem Resultat, dass die Beschwerdeführerin nicht in allen vergleichbaren Lebensbereichen eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus erleidet. Die Intensität der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems auf psychiatrischem Fachgebiet erachtete Dr. Y. ___ als gering (vgl. vorstehend E. 3.7.3 -3.7.4). Er hat die Arbeitsunfähigkeitsschätzung unter Beachtung der massgebenden Indikatoren hinreichend und nachvollziehbar begründet und substantiiert darlegt, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen der Beschwerdeführerin in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht verringern. Unter Berücksichtigung des Umstands, dass der Aspekt der Konsistenz beweisrechtlich entscheidend ist (vgl. vorstehend E. 6.2) und sich vorliegend erhebliche Inkonsistenzen gezeigt haben (vgl. vorstehend E. 5.3 f.), ist der Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in der angestammten und in angepassten Tätigkeiten somit zu folgen. 7.

7.1

Sowohl bei der erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch bei der Rentenrevison und im Neuanmeldungsverfahren ist die Methode der Invaliditätsbemessung (Art. 28a IVG) zu bestimmen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 117 V 198 E. 3b).

Die für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 144 I 28 E. 2.3, 141 V 15 E. 3.1, 137 V 334 E. 3.2, 125 V 146 E. 2c, 117 V 194 E. 3b).

Die Beantwortung der Statusfrage erfordert zwangsläufig eine hypothetische Beurteilung, die auch die hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen hat. Diese Entscheidungen sind als innere Tatsachen wesensmässig einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in der Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (vgl. BGE 144 I 28 E. 2.4 ; Urteil des Bundesgerichts 8C_674/2022 vom 15. Mai 2023 E. 3.2 mit Hinweisen).

Gemäss Art. 27 bis Abs. 1 IVV werden für die Bestimmung des Invaliditätsgrades von Teilerwerbstätigen folgende Invaliditätsgrade zusammengezählt: a.

der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit; b.

der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich.

Für die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Erwerbstätigkeit wird gemäss Art. 27 bis Abs. 2 IVV: a.

das Einkommen ohne Invalidität auf eine Erwerbstätigkeit, die einem Beschäftigungsgrad von 100 Prozent entspricht, hochgerechnet; b.

das Einkommen mit Invalidität auf der Basis einer Erwerbstätigkeit, die einem Beschäftigungsgrad von 100 Prozent entspricht, berechnet und entsprechend an die massgebliche funktionelle Leistungsfähigkeit angepasst; c.

die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrades, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet.

Für die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird gemäss Art. 27 bis Abs. 3 IVV: a.

der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt; b.

der Anteil nach Buchstabe a anhand der Differenz zwischen dem Beschäftigungsgrad nach Absatz 2 Buchstabe c und einer Vollerwerbstätigkeit gewichtet.

Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau

ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen.

Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sog. Prozentvergleich; Urteil des Bundesgerichts 9C_478/2021 vom 11. November 2021 E. 5.2.1 mit Hinweis auf BGE 114 V 310 E. 3a).

Sind indessen Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Lohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit. Dies stellt keinen «Prozentvergleich» dar, sondern eine rein rechnerische Vereinfachung (Urteil des Bundesgerichts 8C_148/2017 vom 19. Juni 2017 E. 4 unter Hinweis auf Urteil 9C_675/2016 vom 18. April 2017 E. 3.2.1) . 7.2

Im Rahmen ihrer erstmaligen Anmeldung zum Leistungsbezug hatte die Beschwerdeführerin angegeben, dass sie im Gesundheitsfall vollzeitig erwerbstätig wäre (Urk. 7/48/1). In ihrer zuletzt (bis Februar 2022) ausgeübten Tätigkeit als Teamleiterin Aktivierung im Alterszentrum I.____ in H.____ hatte die Beschwerdeführerin ein Pensum von 90 % inne (Urk. 7/73/6 Ziff. 5.4). Die Beschwerdegegnerin qualifizierte die Beschwerdeführerin in der Folge als im Gesundheitsfall zu 90 % im Erwerbsbereich und zu 10 % im Haushalt Tätige (Urk. 7/94/4, Urk. 7/110/1), führte aber weder eine Haushaltabklärung noch einen Einkommensvergleich durch (vgl. Urk. 7/95/1, Urk. 7/110/1, Urk. 2). Dies ist im Ergebnis nicht zu beanstanden und wurde auch von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht gerügt .

Bei einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 80 % in der angestammten Tätigkeit resultiert in jedem Fall kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad. Sogar bei Annahme einer lediglich 60%igen Arbeitsfähigkeit wie sie von den Gutachtern ab Untersuchungszeitpunkt allerdings lediglich für eine kurze Zeitspanne attestiert wurde (vgl. vorstehend E. 3.7.5), ergäbe sich bei Anwendung der gemischten Methode (90 % Erwerb, 10 % Haushalt) unter Berücksichtigung des - nach überwiegender Wahrscheinlichkeit auch hier zutreffenden - Umstands, dass erfahrungsgemäss die Invalidität im nicht erwerblichen Sektor in der Regel geringer als im erwerblichen ist (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts I 536/03, I 604/03 vom 20. September 2004 E. 5.1.2) , kein

Anspruch auf eine Invalidenrente.

Nach dem Gesagten erweist sich der angefochtene Entscheid als rechtsens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 8.

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu beurteilen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Susanne Friedauer - 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 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 FehrLienhard

E. 9

V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1. 5

Gemäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiter entwickelten Rechtsprechung vermochten eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3, 142 V 342) in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Vielmehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (so genannte «Foerster-Kriterien» , vgl. BGE 130 V 352, BGE 131 V 49 E. 1.2, je wiedergegeben in BGE 139 V 547 E. 5 mit weiteren Hinweisen).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch einen strukturierten normativen Prüfungsraster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.1 ; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2).

An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG - ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person - hat sich dadurch nichts geändert. Im Grunde konkretisieren die in BGE 141 V 281 E. 4 und E. 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweiselastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 142 V 106 E. 4.5; Urteil des Bundesgerichts 8C_676/2017 vom 28. Februar 2018 E. 6.3).

Gemäss BGE 143 V 418 (E. 7) sind neu sämtliche psychischen Leiden, laut BGE 143 V 409 (E. 4.5.2) namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Gleiches gilt gemäss BGE 145 V 215 bezüglich fachärztlich einwandfrei diagnostizierter Abhängigkeitssyndrome beziehungsweise Substanzkonsumstörungen (E. 5.1 und E. 5.3.3).

Die Rechtsprechung hat zu den «vergleichbaren psychosomatischen Leiden» ausdrücklich jene gezählt, die im Nachgang zu BGE 130 V 352 über die Jahre als sogenannte «pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage» in invalidenversicherungsrechtlicher Hinsicht den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen (Regel-/Ausnahme-Modell mit «Überwindbarkeitsvermutung») unterstellt wurden (BGE 142 V 342 E. 5.2.1; BGE 141 V 281 E. 4.2; BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3; bislang: Fibromyalgie: BGE 132 V 65 E. 4 [Urteil des Bundesgerichts I 336/04 vom 8. Februar 2006]; dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung: Urteil des Bundesgerichts I 9/07 vom 9. Februar 2007 E. 4 in fine, in: SVR 2007 IV Nr. 45 S. 149; dissoziative Bewegungsstörung: Urteil des Bundesgerichts 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4; Chronic Fatigue Syndrome [CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom] und Neurasthenie: Urteile des Bundesgerichts I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5; 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2, in: SVR 2011 IV Nr. 17 S. 44, und 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, in: SVR 2011 IV Nr. 26 S. 73; spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzungen [Schleudertrauma] ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle: BGE 136 V 279 [Urteil des Bundesgerichts 9C_510/2009 vom 30. August 2010]; nichtorganische Hypersomnie: BGE 137 V 64 E. 4 [Urteil des Bundesgerichts 9C_871/2010 vom 25. Februar 2011]; leichte Persönlichkeitsveränderung bei chronischem Schmerzsyndrom: Urteil des Bundesgerichts 8C_167/2012 vom 15. Juni 2012 E. 5.2 und 6.1). 1. 6

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 8C_385/2023 vom 30. November 2023 E. 4.2.1).

E. 10

0 % nicht teilte, wies er doch zu Recht darauf hin, dass dies eine absolute motorische, intellektuelle und / oder emotionale Unfähigkeit bedeuten würde, was sich mit den Ergebnissen der Begutachtung in keiner Weise vereinbaren lässt. Dennoch trug Dr. Y.____ den Beeinträchtigungen Rechnung, indem er der Beschwerdeführerin aufgrund des erhöhten Pausenbedarfes infolge der undifferenzierten Somatisierungsstörung eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit auch in angepassten Tätigkeiten attestierte (vgl. vorstehend E. 3.7). Davon ist auszugehen. 5.5

An diesem Resultat vermögen die Berichte von Dr. B.____ nichts zu ändern, insbesondere ergeben sich daraus keine Zweifel am Gutachten von Dr. Y.____ und Dr. Z.____. Dr. B.____ vermochte die Diskrepanzen zwischen den anlässlich der Begutachtung erhobenen Befunden und den von ihr festgestellten nicht aufzulösen und begründete ihre Einschätzung hauptsächlich gestützt auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 7/86/5 Ziff.

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