

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00191 vom 25. Februar 2025**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-02-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2024.00191](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00191)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00191 du 25 février 2025

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00191 del 25 febbraio 2025

## **Erwägungen**

### **E. 1**

8. November 2022 berichtet wurde ( Urk. 14/39).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren ( Urk. 14/41; Urk. 14/46; Urk. 14/49; Urk. 14/55; Urk. 14/74) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 13. Februar 2024 ( Urk. 14/76 = Urk. 2) einen Rentenanspruch der Versicherten.

#### **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 intertemporalrechtlichen 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. Steht ein erst nach dem 1. Januar 2022 entstandener Rentenanspruch zur Diskussion, findet darauf das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht Anwendung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_452/2023 vom 24. Januar 2024 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

Auf Grund der im November 2020 anhängig gemachten Anmeldung bei der Invalidenversicherung könnten allfällige Leistungen frühestens ab Mai 2021 ausgerichtet werden (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). In dieser übergangsrechtlichen Konstellation ist die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesene Rechtslage massgebend, die im Folgenden soweit nichts anderes vermerkt ist jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet wird.

#### **E. 1.2**

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

#### **E. 1.3**

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.

#### **E. 1.4**

Sowohl bei der erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch bei der Rentenrevision und im Neuanmeldungsverfahren ist die Methode der Invaliditätstatsbemessung (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. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen (vgl. Art. 27 IVV) sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. 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\_178/2021 vom 11. Mai 2021 E. 3.2 mit Hinweisen).

#### **E. 1.5**

Die von einer qualifizierten Person durchgeführte Abklärung vor Ort (nach Massgabe des Art. 69 Abs. 2 IVV; vgl. auch Rz. 3081 ff. des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung, KSIH, gültig ab 1. Januar 2015) stellt für gewöhnlich die geeignete und genügende Vorkehrung zur Bestimmung der gesundheitlichen Einschränkung im Haushalt dar.

Hinsichtlich des Beweiswerts der entsprechenden Berichterstattung ist wesentlich, dass sie durch eine qualifizierte Person erfolgt, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und angemessen

detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein sowie in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen.

Diese Beweiswürdigungskriterien sind nicht nur für die im Abklärungsbericht enthaltenen Angaben zu Art und Umfang der Behinderung im Haushalt massgebend, sondern gelten analog für jenen Teil eines Abklärungsberichts, der den mutmasslichen Umfang der erwerblichen Tätigkeit von teilerwerbstätigen Versicherten mit häuslichem Aufgabenbereich im Gesundheitsfall betrifft (Urteil des Bundesgerichts I 236/06 vom 19. Juni 2006 E. 3.2).

Einer ärztlichen Fachperson, die sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltsführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat, bedarf es nur in Ausnahmefällen, namentlich bei unglaubwürdigen Angaben der versicherten Person, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen.

### **E. 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 9C\_587/2023 vom 8. April 2024 E. 4.2). 2.

### **E. 2**

Die Versicherte erhob am 18. März 2024 Beschwerde gegen die Verfügung vom 13. Februar 2024 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben, und es sei ihr spätestens ab dem 1. Mai 2021 eine angemessene Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei ein polydisziplinäres Gutachten einschliesslich Expanded Disability Status Scale (EDSS) -Testung in Auftrag zu geben (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 8. Juli 2024 (Urk. 13) die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 9. Juli 2024 (Urk. 16) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin im Wesentlichen mit der Begründung, dass gemäss dem polydisziplinären Gutachten ab Februar 2020 (Beginn Wartejahr) gewisse Einschränkungen anzurechnen

seien. Gestützt auf den beweiskräftigen Abklärungsbericht sei die Beschwerdeführerin als zu 100% im Haushalt tätig zu qualifizieren, wobei eine Einschränkung von 15.7% vorliege. Damit bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Die im Einwandverfahren eingegangenen neuen medizinischen Unterlagen seien durch den regionalen ärztlichen Dienst (RAD) geprüft worden. Danach sei es zu keinem neuen Schubereignis gekommen. Ausserdem sei es den heute volljährigen, noch zu Hause lebenden Kindern im Rahmen der Mitwirkungspflicht zumutbar, die Beschwerdeführerin bei den anfallenden Haushaltsarbeiten zu entlasten. Die Dritthilfe der Schwester sei bei der Bemessung der Einschränkungen im Haushaltsbereich ebenfalls berücksichtigt worden. Auch die ärztlich angegebenen Einschränkungen seien beachtet worden. Die Ärzte würden demgegenüber die Schadenminderungs- und Mitwirkungspflicht nicht berücksichtigen. Der

Beschwerdeführerin seien im Abklärungsbericht nur leichte Arbeiten in Etappen zugemutet worden. An der Einschränkung im Haushalt sbereich werde festgehalten (vgl. Urk. 2 S. 1 f f .).

## **E. 2.2**

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf den Standpunkt ( Urk. 1) , sie habe bis zu ihrer Erkrankung trotz der Kinder stets im Geschäft ihres Ehemannes mit gearbeitet und sei auch als Raumpflegerin in einem Alters- und Pflegeheim tätig gewesen. Die durch die Abklärungsperson vorge nommene Qualifikation als zu 100 % im Haushalt Tätige sei nachweislich falsch. Die bereits seit dem Jahr 2011 bestehenden Beschwerden hätten sie an einer stetigen Erhöhung des Arbeitspensums gehindert . Bei guter Gesundheit würde sie in einem Pensum von 100 % im Geschäft ihres Ehemannes arbeiten (S. 4 , S. 10

f. ).

Im Gutachten sei sodann festgehalten worden, dass sich die Arbeitsfähigkeit im Haushalt rein neuropsychologisch nicht von der Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Putzfrau/Allrounderin unterscheide. Die Einschränkung im Haushalt betrage demnach ebenfalls 40 % (S. 8). Bei der veranlassten Haushaltsabklärung handle es sich daher um eine unzulässige « second

opinion » (S. 10) . Die durch die Abklärungsperson anerkannten Einsch ränkungen seien schliesslich – aus näher genannten – Gründen weltfremd und widersprechen der gutachterlichen Beur teilung . Die Mitwirkungspflicht der Familienangehörigen vermöge diese grosse Differenz nicht zu erklären. Der RAD habe weder die Diskrepanz zwischen dem Gutachten und dem Abklärungsbericht über prüft noch die Qualifikation als zu 100 % im Haushalt Tätige in Frage gestellt und damit gegen die Untersuchungs maxime verstossen (S. 1 1 ff., S. 20 ).

S spätestens seit dem Jahr 2017 sei sie aufgrund der schweren MS-Erkrankung nicht mehr in der Lage, regelmässig eine Gehstrecke von mehr als 100 Meter ohne Pausen zu bewältigen, weshalb ihr kein Arbeitspensum zugemutet werden dürfe. A b dem 1. Mai 2021 stehe ihr demnach eine unbefristete ganze Invalidenrente zu. Selbst bei Berücksichtigung der gutachterlich festgestellten Einsch ränkungen im Haushaltsbereich von 40 %

habe sie Anspruch auf mindestens eine Viertels rente (S. 18 f.) . Das Gutachten sei zudem bereits überholt, habe sich ihr Gesund heitszustand seither doch nochmals verschlechtert. Eventualiter sei daher ein aktuelles polydisziplinäres Gutachten einschliesslich EDSS-Testung zu ver anlassen (S. 21).

## **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. 3. 3.1

Dem Bericht der Ärzte des Universitätsspitals Y.\_\_\_\_ , Klinik für Neurologie, vom 1 7. Februar 2020 ( Urk. 14/14/12-17) sind die folgenden, hier gekürzt aufge führten Diagnosen zu entnehmen (S. 1 ff.): - schubförmige MS teils mit inkompletter Remission zwischen den Schüben (Erstmanifestation [EM] 2011, Erstdiagnose [ED] Juli 2017), EDSS 4.0 - Quecksilberintoxikation, ED Mai 2017 - Verdacht auf medikamenteninduzierten Kopfschmerz - durchgemachte Hepatitis-B-Infektion, ED Juli 2017 - neurogene Harnblasenfunktionsstörung - Menometrorrhagien bei bekanntem Uterus myomatosus und

## Verdacht auf CK-Polyp

Insgesamt bestehe ein stabiler klinischer und radiologischer Verlauf ohne Hinweise auf eine sekundäre Progression bei bekannter schubförmiger MS unter Ocrelizumab seit April 2018. In der klinischen Untersuchung zeige sich unverändert eine bein- und linksbetonte Tetraspastik mit gesteigerten Muskeleigenen reflexen und deutlich eingeschränkter Pallhypästhesie, welche zur Unsicherheit in den erschwerten Gangproben führe. Die Gehstrecke sei anamnestisch eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin habe heute allerdings über 600 Meter problemlos laufen können. Die EDSS entspreche somit weiterhin 4.0 (S. 4 f.). 3. 2

Mit Bericht vom 12. Oktober 2020 (Urk. 14/3) bestätigten die Ärzte des Y.\_\_\_\_ die bisher gestellten Diagnosen (S. 1 ff.) und informierten hinsichtlich der MS über einen klinisch stabilen Verlauf. Es hätten sich keine Hinweise auf einen Schub ermitteln lassen. Im Routinelabor zeige sich ein normwertiges Blutbild. Da keine Zeichen für eine Infektion vorgelegen hätten, habe die geplante Ocrelizumab-Infusion erfolgen können (S. 4). 3.3

Einem weiteren Bericht der Ärzte des Y.\_\_\_\_ vom 19. Oktober 2020 (Urk. 14/18) ist zu entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin zur Kontrolle nach erfolgtem MRI vorgestellt habe. Sie habe von persistierenden vorbekannten Kopfschmerzen sowie lumbalen Schmerzen berichtet, jedoch von keinen neuen MS-typischen Symptomen. In der klinischen Untersuchung zeige sich kein fokales neurologisches Defizit. Das MRI des Schädels und der Wirbelsäule zeige dazu passend einen stationären Befund. Bei klinisch und radiologisch stationären Verhältnissen sei die Therapie mit Ocrevus weiterzuführen. Bei vollständiger Depletion in der nächsten Laborkontrolle könne eine weitere Ausweitung der Therapieintervalle in Betracht gezogen werden. Bezüglich der Kopf- und Rückenschmerzen sowie der Fatigue-Symptomatik werde bei Verdacht auf eine Depression und möglich erweise auf eine somatoforme Schmerzstörung dringlich eine psychotherapeutische Behandlung empfohlen (S. 4). 3. 4

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, gab mit Bericht vom 10. Dezember 2020 (Urk. 14/14/1-7) an, dass sie die Beschwerdeführerin seit Mai 2011 behandle (S. 2 Ziff. 1.1), und folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellen könne (S. 3 Ziff. 2.5): - primär progrediente MS, Differentialdiagnose (DD): schubförmige MS mit Tetraspastik und neurogener Blasenstörung (2017) - Quecksilberintoxikation (2017)

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte sie eine Hepatitis B sowie eine Neutrophilie (S. 3 Ziff. 2.6). Sie habe nie eine Arbeitsunfähigkeit ausgestellt (S. 2 Ziff. 1.3). Sie könne nicht beantworten, wie viele Stunden pro Tag der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit zumutbar sei (S.

6 Ziff. 4.1). Eine Eingliederung sei kaum machbar (S. 6 Ziff. 4.3). 3. 5

Dem Bericht der Ärzte des Y.\_\_\_\_ vom 10. Februar 2021 (Urk. 14/17) ist als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine schubförmige MS zu entnehmen (S. 3 Ziff. 2.5). Es könne nicht beantwortet werden, wie viele Stunden pro Tag der Beschwerdeführerin die bisherige oder eine angepasste Tätigkeit zumutbar seien. Dies sei im Rahmen einer Begutachtung zu klären (S. 5 Ziff. 4.1-4.2). 3. 6

Am 23. Juni 2022 erstatteten die Ärzte de r

A.\_\_\_\_ GmbH,

B.\_\_\_\_, ihr polydisziplinäres Gutachten zuhanden der Beschwerdegegnerin ( Urk. 14/31). Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie in ihrer Konsensbeurteilung Folgendes (S. 9 f. Ziff. 4.3): - MS (EM 2011, ED Juli 2017) mit/bei: - gemäss Aktenlage schubförmigem Verlauf mit teils inkompletter Remission zwischen den Schüben, ohne Dokumentierung weiterer Schübe seit 2018 - immunmodulierender Behandlung mit Ocrelizumab seit April 2018 - residuell mit spastisch-ataktischer Gangstörung, belastungs akzentuierten spastischen Beinschmerzen, MS-assoziiertes Fatigue und neurogener Harnblasenfunktionsstörung - unspezifisch geringes kognitives Leistungsniveau

Sodann erwähnten sie die folgenden Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 10 Ziff. 4.3): - Status nach Hepatitis A - Status nach Mammaoperation (kein Tumor) - chronischer Spannungskopfschmerz, Medikamentenübergebrauch - Kopfschmerz - anamnestisch Status nach Quecksilberintoxikation Mai 2017, unklare klinische Relevanz - subdepressive Störung möglich (ICD-10 F34.1)

Anlässlich der internistischen Begutachtung ( Urk. 14/31/17-31) habe keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können. Als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien ein Status nach Hepatitis A und ein solcher nach Mammaoperation (kein Tumor) fest zuhalten (S. 27 Ziff. 6.3).

In der psychiatrischen Untersuchung ( Urk. 14/31/32-44) habe sich eine passiv wirkende Beschwerdeführerin gezeigt, welche grosse Mühe habe, ihren Zustand darzulegen. Sie wirke deutlich bildungsschwach. Zudem wirke sie eher passiv, affektiv allerdings nicht wesentlich beeinträchtigt. Sie könne lachen, sei affektiv moduliert, nehme Blickkontakt auf und setze eine adäquate Gestik und Mimik ein. Im Gespräch wirke sie hinsichtlich der kognitiven Funktionen nicht beeinträchtigt. Es ergäben sich keine Hinweise auf psychiatrisch relevante Störungen. Hinweise auf eine Persönlichkeitsproblematik lägen nicht vor. Die Ressourcen seien eher gering. Die Beschwerdeführerin verhalte sich passiv, schaue allenfalls fern und verrichte nur wenige Tätigkeiten im Haushalt.

Sie pflege guten Kontakt zu einer Freundin und zur Familie des Ehemannes. Zur eigenen Familie bestehe vorwiegend telefonischer Kontakt (S. 39 f. Ziff. 6.1). Die Angaben der Beschwerdeführerin seien nur teilweise nachvollziehbar. Die passive Haltung könne in diesem Ausmass nicht nachvollzogen werden (S. 40 Ziff. 6.2). Aufgrund der Nervosität, der angegebenen Traurigkeit und der teilweisen Stimmungsschwankungen sei eine subdepressive Störung (ICD-10 F34.1) im Rahmen einer Anpassungsstörung möglich, wobei sich objektiv allerdings keine Befunde erheben liessen. Von einer relevanten Beeinträchtigung könne nicht ausgegangen werden (S. 40 f. Ziff. 6.3). Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, ihre Fähigkeiten sowie Möglichkeiten und die eher bescheidenen Ressourcen zu mobilisieren. Es würden vorwiegend psychosoziale Umstände eine wesentliche Rolle spielen (S. 41 Ziff. 7.2). Der Beschwerdeführerin sei aus psychiatrischer Sicht jegliche Tätigkeit in vollem Umfang zumutbar. Auch im Haushalt lasse sich keine Einschränkung begründen. Spezifische psychiatrische Massnahmen seien nicht indiziert (S. 42 Ziff. 8).

Der neuropsychologische Gutachter hielt in seinem Teilgutachten ( Urk. 14/31 /45-64) fest, dass die neuropsychologischen Befunde insgesamt ein mit Ausnahme grundlegender, kognitiv einfacher Routineanforderungen unspezifisch tiefes kognitives Leistungsniveau zeigen würden (S. 56 f. Ziff. 6.1). Es sei davon auszugehen, dass es sich um eine zumindest

teilweise vorbestehende kognitive Schwäche in Zusammenhang mit der geringen Bildung handle. Die MS-bedingten hirnorganischen Veränderungen seien ebenfalls beteiligt, wobei das Ausmass dieses Faktors nicht genau angegeben werden könne. Eine spezifisch erhöhte kognitive Fatigue zeige sich nicht (S. 57 Ziff. 6.1). Der neuropsychologische Verlauf sei von der neurologischen Grunderkrankung abhängig. In Bezug auf die vorbestehenden Schwächen seien keine Veränderungen zu erwarten (S. 58 Ziff. 6.1). Die Validität der neuropsychologischen Befunde sei gegeben. Die se

stunden auch nicht im Widerspruch zu den genannten Alltagsaktivitäten, wobei das sehr geringe Aktivitätsniveau nicht erklärbar sei (S. 59 Ziff. 6.2). Die Durchführung einer Ergotherapie werde empfohlen (S. 59 Ziff. 7.1). In der bisherigen Tätigkeit als Putzfrau/Allrounderin sowie in einer angepassten manuell orientierten, kognitiv einfachen, praktisch instruierbaren

Hilfsleistung bestehe keine Einschränkung hinsichtlich der spezifisch kognitiven Ermüdung. Im Umgang mit konkret-anschaulichen Aufgabenstellungen auf geringem Komplexitätsniveau bestehe eine Verlangsamung, was eine leichtgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit rechtfertige. Die prozentuale Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erfolge interdisziplinär (S. 60 f. Ziff. 8). Die Arbeitsfähigkeit im Haushalt unterscheide sich rein neuropsychologisch nicht von der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Putzfrau/Allrounderin (S. 62).

Aus neurologischer Sicht (Urk. 14/31/65-93) sei von einer diagnostisch gesicherten MS mit schubförmigem Verlauf auszugehen. Unter der seit dem Jahr 2018 etablierten immunmodulierenden Behandlung mit Ocrelizumab zeichne sich ein klinisch und radiologisch stabiler Verlauf ab. Im Vordergrund stehe klinisch eine bein- und linksbetonte Tetraspastik. Diese manifestiere sich an den oberen Extremitäten lediglich in Form von sehr lebhaften und leicht links betonten Reflexen. Ansonsten lasse sich keine sensomotorische Funktionsstörung der oberen Extremitäten nachweisen. An den unteren Extremitäten zeige sich, neben den deutlich gesteigerten Reflexen einschliesslich eines beidseits positiven Babinski, eine leichte spastisch-ataktische Gangstörung. Gemäss Aktenlage sei auch eine residuelle Visusminderung zu berücksichtigen, wohingegen residuelle Augenmotilitätsstörungen nicht objektivierbar seien. Ferner sei eine neurogene Harnblasenfunktionsstörung mit Drangsymptomatik und gelegentlicher Belastungsinkontinenz zu erwähnen (S. 83 Ziff. 6.1). Die Beschwerdeführerin beklage überdies eine multilokuläre Schmerzproblematik. Die Beinschmerzen seien am ehesten im Rahmen der MS-bedingten Spastik einzuordnen. Bezüglich der Rückenschmerzen lasse sich kein relevantes Lumbovertebralsyndrom und insbesondere kein lumboradikuläres Reiz- und Ausfallssyndrom feststellen. Die Kopfschmerzen entsprächen einem chronischen Spannungskopfschmerz. Bei diffuser Schmerzprägung mit Generalisierungstendenz sei von einer funktionellen Überlagerung auszugehen (S. 84 Ziff. 6.1). Die beklagten Beeinträchtigungen im Stehen und Gehen sowie die damit einhergehenden schmerzhaften Missempfindungen und die MS-assoziierte Fatigue seien grundsätzlich nachvollziehbar. Das geltend gemachte Ausmass der Beschwerden, eine vollständige Arbeitsunfähigkeit sowie weitreichende

Einschränkungen im Lebensalltag könnten allerdings mit der neurologischen Befundaussprägung nicht erklärt werden. Hinsichtlich der manuellen Funktionen könne keine namhafte Funktionseinschränkung festgestellt werden. Bezüglich der Belastbarkeit im Stehen und Gehen sei eine reduzierte Belastbarkeit plausibel. Partielle Ressourcen seien

jedoch vorhanden. Es liege zudem eine Inkonsistenz

zwischen dem geschilderten langsam progredienten Krankheitsverlauf und dem von den behandelnden Neurologen seit Februar 2020 unter der Behandlung mit Ocrelizumab klinisch und radiologisch stabil beschriebenen Verlauf vor (S. 85 Ziff. 6.2). Aufgrund der MS-bedingten Residuen einer reduzierten Belastbarkeit im Stehen und Gehen sowie der vorzeitigen Ermüdbarkeit im Rahmen der MS-assoziierten Fatigue bestehe in der bisherigen Tätigkeit eine Einschränkung von 40 % bezogen auf ein Vollzeitpensum. Darin eingerechnet sei auch ein leicht erhöhter Pausenbedarf infolge der neurogenen Harnblasenfunktionsstörung. Eine allenfalls geltend gemachte Einschränkung infolge der Kopfschmerzproblematik sei ebenfalls eingerechnet. Der retrospektive Verlauf könne nicht ohne weiteres rekonstruiert werden. Der Einschränkungsgrad gelte spätestens ab der ersten neurologischen Befunddokumentation im Februar 2020, anlässlich welcher vergleichbare Beschwerden und Befunde wie aktuell beschrieben würden. Gewisse Einschränkungen hätten mutmasslich bereits zuvor bestanden. Eine verlässliche Aussage sei allerdings nicht möglich. Auch in einer leidens angepassten Tätigkeit sei von einer 40%igen Einschränkung auszugehen. Eine solche sollte mehrheitlich im Sitzen ausgeübt werden, wobei intermittierende kürzere Verrichtungen im Stehen und Gehen zumutbar seien. Tätigkeiten mit überdurchschnittlicher Beanspruchung der Gleichgewichtsfunktionen seien zu vermeiden, wobei insbesondere keine nichtebenerdigen Tätigkeiten ausgeübt werden sollten. Die immunmodulierende Behandlung sei weiterzuführen. Eine stationäre Reha sei zu empfehlen. Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes sowie der Arbeitsfähigkeit seien nicht zu erwarten. Eine weitere Verlaufs stabilisierung könne erhofft werden (S. 88 f. Ziff. 8). Die geltend gemachten weit reichenden Funktionseinschränkungen im eigenen Haushalt könnten in diesem Ausmass nicht nachvollzogen werden. Unter Berücksichtigung der freien zeitlichen Einteilbarkeit und der zumutbaren Mithilfe von Familienangehörigen sei von einem Einschränkungsgrad von zirka 30 % auszugehen (S. 90 f.).

Zusammenfassend hielten die Gutachter in ihrer Konsensbeurteilung ( Urk. 14/31/7-16) fest, dass aufgrund der diagnostizierten MS eine massgebliche organische

Beschwerdegrundlage vorliege. Das geltend gemachte Ausmass der Beschwerden, eine vollständige Arbeitsunfähigkeit sowie weitreichende Einschränkungen im Lebensalltag könnten allerdings nicht erklärt werden. Die Validität der neuropsychologischen Befunde sei gegeben. Die Befunde stünden nicht im Widerspruch zu den genannten Alltagsaktivitäten, wobei das sehr geringe Aktivitätsniveau nicht erklärbar sei. Die Angaben seien aus psychiatrischer Sicht nur teilweise nachvollziehbar, wobei die passive Haltung in diesem Ausmass nicht nachvollzogen werden könne (S. 8 f. Ziff. 4.2). Die Beschwerdeführerin verfüge über geringe Fähigkeiten und Ressourcen. Es würden vorwiegend psychosoziale Umstände eine wesentliche Rolle spielen (S. 10 f. Ziff. 4.4). Die Beschwerdeführerin lebe seit 23 Jahren in der Schweiz und habe sich vorwiegend als Mutter und Hausfrau betätigt. In den Jahren 2013/2014 bis 2020 habe sie in einem minimalen Pensum von zwei Stunden alle zwei Wochen als Raumpflegerin gearbeitet. Aus neurologischer Sicht bestehe in dieser Tätigkeit aufgrund der MS-bedingten Residuen einer reduzierten Belastbarkeit im Stehen und Gehen sowie der vorzeitigem Ermüdbarkeit im Rahmen der MS-assoziierten Fatigue ab Februar 2020 eine Einschränkung von 40 % bezogen auf ein Vollzeitpensum. Der retrospektive Verlauf könne nicht ohne weiteres rekonstruiert werden. Eine Einschränkung aus neuropsychologischer und psychiatrischer Sicht bestehe nicht (S. 11 f. Ziff. 4.6). Auch in einer leidensangepassten Tätigkeit sei von

einer 40%igen Einschränkung auszugehen. Eine solche sollte mehrheitlich im Sitzen ausgeübt werden, wobei intermittierende kürzere Verrichtungen im Stehen und Gehen zumutbar seien. Tätigkeiten mit überdurchschnittlicher Beanspruchung der Gleichgewichtsfunktionen seien zu vermeiden, wobei insbesondere keine nichtebenerdigen Tätigkeiten ausgeübt werden sollten (S. 13 Ziff. 4.7). Die immunmodulierende Behandlung sei weiterzuführen. Eine stationäre Reha sei zu empfehlen. Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes sowie der Arbeitsfähigkeit seien nicht zu erwarten. Eine weitere Verlaufsstabilisierung könne erhofft werden (S. 13 Ziff. 4.8). 3. 7

Mit RAD- Stellungnahme vom 18. Juli 2022 empfahl PD Dr. med. univ. C.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, für die Beurteilung auf das Gutachten abzustellen. Nebst einem unspezifisch geringen kognitiven Leistungsniveau liege eine MS vom schubförmigen Verlauf mit teils inkompletter Remission zwischen den Schüben und ohne Dokumentierung weiterer Schübe seit dem Jahr 2018

mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vor. Die Beschwerdeführerin sei seit Februar 2020 in der bisherigen sowie jeglicher angepassten Tätigkeit zu 40 % arbeitsunfähig. Eine angepasste Tätigkeit sollte mehrheitlich im Sitzen ausgeübt werden, wobei intermittierende kürzere Verrichtungen im Stehen und Gehen zumutbar seien. Tätigkeiten mit überdurchschnittlicher Beanspruchung der Gleichgewichtsfunktionen seien zu vermeiden, wobei insbesondere keine nicht ebenerdigen Tätigkeiten ausgeübt werden sollten. Die Beschwerdeführerin verfüge über geringe Fähigkeiten und Ressourcen. Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes sowie der Arbeitsfähigkeit seien nicht zu erwarten. Gewisse Angaben der Beschwerdeführerin seien nur teilweise nachvollziehbar. Psycho soziale Faktoren würden eine wesentliche Rolle spielen (vgl. Urk. 14/40 S. 6 f.). 3.

## **E. 2.6**

), ist insofern unbeachtlich, als sämtliche internistisch gestellten Diagnosen nach vollziehbar keine Relevanz bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit beigemessen wurde (vgl. Urk.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

## **E. 6.1**

). Gestützt auf die aus neurologischer Sicht erhobenen Befunde überzeugt die gutachterliche Einschätzung, wonach die Beschwerdeführerin in der bisherigen sowie jeglicher angepassten, mehrheitlich im Sitzen ausgeübten Tätigkeit mit intermittierenden kürzeren Verrichtungen im Stehen und Gehen und ohne Tätigkeiten mit überdurchschnittlicher Beanspruchung der Gleichgewichtsfunktionen seit Februar 2020 zu 40 % arbeitsunfähig ist. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, dass die Einschränkung mit den MS-bedingten Residuen einer reduzierten Belastbarkeit im Stehen und Gehen bei doch partiell vorhandenen Ressourcen sowie einer vorzeitigen Ermüdbarkeit im Rahmen der MS-assoziierten Fatigue begründet wird und insbesondere bezüglich der manuellen Funktionen keine namhafte Funktionsstörung festgestellt werden konnte (vgl. Urk. 14/31 S. 85 Ziff. 6.2, S. 88 f. Ziff. 8). 4.3

Eine seit der Begutachtung eingetretene wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin ist schliesslich nicht mit überwiegender

Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. RAD-Arzt PD Dr. C.\_\_\_\_

hat sich hierzu bereits ausführlich geäußert (vorstehend E. 3.13).

Zwar zeigte sich bildgebend im Juni 2023 eine neue winzige demyelinisierte Läsion im Funiculus posterior rechts auf Höhe des BWK 12 bei ansonsten keinen weiteren eindeutigen neuen Läsionen und ohne Hinweis auf eine entzündliche Aktivität (vgl. Urk. 14/57 S. 2, S. 6), und im August 2023 zeigte sich eine fraglich reelle neue kleine Läsion kortikal im Gyrus frontalis medius links (vgl. Urk. 14/64 S. 2). In Kenntnis dieser bildgebenden Befunde kam PD Dr. C.\_\_\_\_ zum Schluss, dass sich neuroradiologisch keine namhafte Verschlechterung im Vergleich zur gutachterlichen Beurteilung zeigte (vgl. Urk. 14/75 S. 7). In klinischer Hinsicht wurde sodann kein neues Schubereignis verzeichnet und eine Progression der Erkrankung wurde aus ärztlicher Sicht ebenfalls verneint (vgl. Urk. 14/57 S. 1, S.

5). Der Umstand, dass die Ärzte des Y.\_\_\_\_ im Juli 2023 eine Verschlechterung des EDSS-Score auf 6 Punkte festhielten (vgl. Urk. 14/57 S. 6), ist insofern nicht ohne weiteres nachvollziehbar, als bei einem solchen Wert für 100 Meter ohne Pause intermittierend oder permanent eine einseitige Gehhilfe erforderlich ist (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 26. Auflage, S. 545). Die Beschwerdeführerin konnte allerdings nachgewiesenermaßen mehrere hundert Meter ohne Gehhilfe laufen (vgl. Urk. 14/57 S. 5 f.). Einzig

gestützt auf den erhobenen EDSS-Score lässt sich folglich keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes begründen. RAD-Arzt PD Dr. C.\_\_\_\_

hat überdies in schlüssiger Weise festgehalten, dass für die Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit der detaillierte Neurostatus und nicht der EDSS-Wert entscheidend sei und sich dies bezüglich keine Hinweise auf eine Verschlechterung ergäben (vgl. Urk. 14/75 S.

7).

Die Ergebnisse des im September 2023 im Y.\_\_\_\_ erfolgten Ganglabors ändern hieran nichts, gaben die Ärzte doch insbesondere an, dass sich die Einschätzung der Gehfähigkeit im Verlauf seit 2018 eher schwierig gestaltet, wobei primär eine Zunahme der Verlangsamung auffallend sei, während das Gangmuster sowie die ataktische Komponente kaum oder gar keine Veränderungen zeigen würden.

Die Ärzte des Y.\_\_\_\_ erachteten entsprechend eine Zunahme der Fatigue und eine leichte Dekonditionierung am wahrscheinlichsten (vgl. Urk. 14/62 S. 2). Die Beschwerdeführerin konnte dabei ohne Hilfsmittel und Pausen 300 Meter in zirka 7 Minuten bewältigen (vgl. Urk. 14/62 S. 3). Anlässlich der A.\_\_\_\_-Begutachtung wurde eine reduzierte Belastbarkeit im Stehen und Gehen bereits berücksichtigt und angegeben, dass eine angepasste Tätigkeit mehrheitlich im Sitzen ausgeübt werden sollte, wobei intermittierende kürzere Verrichtungen im Stehen und Gehen zumutbar seien (vgl. Urk. 14/31 S. 87 ff. Ziff. 7.2, Ziff. 8). Schliesslich konnte anlässlich der im November 2023 erfolgten neuro-ophthalmologischen

Untersuchung ein stabiler Befund ohne Hinweise auf eine zwischenzeitlich stattgehabte Neuritis

objektiviert werden ( vgl. Urk. 14/67 S. 5). Insgesamt vermögen daher die im Anschluss an die Begutachtung eingereichten Berichte der Ärzte des Y.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.9-3.12) gemäss der schlüssigen RAD-Beurteilung – wobei sich insbesondere kein Hinweis auf eine Verschlechterung des Neurostatus ergibt (vgl. Urk. 14/75 S. 7) - keine seither eingetretene relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen.

Auch der erst im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht der Ärzte des Y.\_\_\_\_ vom Januar 2024 ( vorstehend E. 3.14 ) - und damit noch vor Erlass der vorliegend rentenverneinenden Verfügung vom 13. Februar 2024 verfasst ( Urk. 2; vgl. hierzu BGE 130 V 138 E. 2.1) - führt zu keinem anderen Ergebnis. Zwar berichtete die Beschwerdeführerin von einer weiteren Progredienz , aller dings handelt es sich

da bei um eine rein subjektive Angabe, war eine klinische Untersuchung doch nicht gewünscht und erfolgten auch keine neuen bildgebenden Untersuchungen. Entsprechend erwähnten die Ärzte auch lediglich eine mögliche progrediente Verschlechterung (vgl. Urk. 7 S. 6). 4.4

Nach dem Gesagten ist somit festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin gestützt auf das beweiskräftige A.\_\_\_\_ - Gutachten in der bisherigen sowie jeglicher angepassten Tätigkeit gemäss Belastungsprofil seit Februar 2020 zu 40 % arbeits unfähig ist. 5. 5.1

Hinsichtlich der sozialversicherungsrechtlichen Qualifikation der Beschwerde führerin (vorstehend E. 1.4) stützte sich die Beschwerdegegnerin auf den im November 2022 erstellten Haushaltsabklärungsbericht, worin die Beschwerde führerin als zu 100 % im Haushalt Tätige qualifiziert wurde (vgl. Urk. 14/39 S. 4 Ziff. 3.5 ). Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, dass sie bei guter Gesundheit zu 100 % erwerbstätig wäre (vgl. Urk. 1 S. 11 oben ). 5.2

Anlässlich der Haushaltsabklärung erwähnte der Ehemann der Beschwerde führerin, dass er aufgrund des Arbeitsanfalles in den letzten Jahren zwei Mitarbeiter einstellen müssen. Wenn seine Frau gesund wäre, hätte er nur einen Mitarbeiter einstellen müssen , und seine Ehefrau hätte die andere Stelle ab ge deckt . Die Kinder seien selbständig , und es wäre für die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit zeitlich machbar gewesen (vgl. Urk. 14/39 S. 3 Ziff. 3.4). Die Abklärungsperson hielt demgegenüber fest, dass die Kinder der Beschwerde führerin inzwischen 17 und 19 Jahre alt seien, sie im Jahr 1999 in die Schweiz eingereist sei , und ab dem Jahr 2008 von ihrem Ehemann Beiträge verbucht worden seien. Der Ehemann habe sie weiterhin entlohnt, damit sie ein monat liches Taschengeld habe. In den Jahren 2018/2019 habe die Beschwerdeführerin zweimal zwei Stunden pro Woche in einer Alterssiedlung in der Reinigung gearbeitet. Es sei nicht nachvollziehbar, dass sie heute bei guter Gesundheit voll zeitig bei ihrem Ehemann angestellt wäre. Aus den medizinischen Unterlagen gehe hervor, dass die Beschwerdeführerin in der bisherigen sowie jeglicher angepassten Tätigkeit zu 40 % arbeits unfähig sei. Seit dem Jahr 2017 habe sie ihre Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet , keine nachweislichen Stellen - bemü hungen ge tätigt und sich auch nicht beim RAV angemeldet. Auch sei nicht nachvollzieh bar, welche Arbeiten die Beschwerdeführerin in der Metallschlosserei verrichtet hätte. Es wäre ihr beispielsweise auch weiterhin zumut bar gewesen, die Reinigungsarbeiten in angepasstem Tempo mit Pausen zu erledigen. Die Beschwerdeführerin fühle sich seit dem Jahr 2019 subjektiv nicht mehr arbeits fähig. Da sie seit dem Krankheitsausbruch ihre Restarbeitsfähigkeit nicht verwerte

und auch keine Versuche mehr unternommen habe, sei sie als zu 100 % im Haus halt Tätige zu qualifizieren (vgl. Urk. 14/39 S. 4 Ziff. 3.5).

Diese Ausführungen der Abklärungsperson sind gestützt auf die vorhandenen Akten schlüssig und plausibel. So geht aus diesen hervor, dass die ungelernete Beschwerdeführerin Mutter von zwei Kindern (geboren 2003 und 2005) ist. Im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns im Mai 2021 waren beide über 15

Jahre alt ,

und es fielen demnach keine wesentlichen Betreuungsaufgaben mehr an. Seit der im Jahr 1999 erfolgten Einreise in die Schweiz hat die Beschwerdeführerin – auch vor der Geburt der Kinder - nachweislich nie in einem höher prozentigen Pensum gearbeitet. Dem Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug, Urk. 14/11) lässt sich erst mals ab dem Jahr 2008 überhaupt eine Erwerbstätigkeit entnehmen. S either wird – abgesehen von einer Tätigkeit in den Jahren 2018/2019 bei der D.\_\_\_\_ AG –

einzig der Ehemann der Beschwerdeführerin ,

E.\_\_\_\_ , als Arbeitgeber aufgeführt .

In diesem Zusammenhang fällt allerdings auf , dass anlässlich der A.\_\_\_\_ -Begutachtung eine bei ihrem Ehemann – gemäss IK-Auszug doch während mehr als 10 Jahren - ausgeübte Tätigkeit nie erwähnt wurde. Vielmehr wies die Beschwerdeführerin lediglich auf die Reinigungstätigkeit im Altersheim hin (vgl. Urk. 14/31 S. 11, S. 23, S. 35, S. 76). Ausserdem ist festzuhalten, dass der Ehemann der Beschwerdeführerin anlässlich der Haushaltsabklärung bestätigt hat, dass die Beschwerdeführerin ab dem Jahr 2017 nicht mehr im Geschäft mitgeholfen und er ihr den Jahreslohn von Fr. 7'200.-- jedoch weiterhin als Taschengeld überwiesen habe (vgl. Urk. 14/39 S.

3 Ziff. 3.3).

Gestützt hierauf und die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung die jahrelang bei ihrem Ehemann ausgeübte

(Haupt ) Tätigkeit in keiner Weise erwähnt hat, erscheint eine effektiv dort ausgeübte Tätigkeit in einem relevanten Pensum zumindest fraglich. Ungeachtet dessen steht zweifelsfrei fest, dass sie ab dem Jahr 2017 nicht mehr dort gearbeitet hat . Eine relevante Erwerbstätigkeit ist demnach bereits seit dem Jahr 2017 nicht mehr ausgewiesen. Das im Altersheim ausgeübte Pensum lässt sich aufgrund der widersprüchlichen Angaben der Beschwerdeführerin zwar nicht zweifelsfrei eruieren («zwei Stunden alle zwei Wochen»; «zwei Stunden in der Woche resp. vier Stunden im Monat»; «zweimal zwei Stunden pro Woche», vgl. Urk. 14/31 S.

11, S. 23, S. 35, S. 76 ; vgl. auch Urk. 14/39 Ziff. 3.3 ). Das in den Jahren 2018 und 2019 im IK-Auszug von der D.\_\_\_\_ AG verbuchte Jahresinkommen in der Höhe von Fr. 1'381.-- respektive Fr. 1'193.-- (vgl. Urk. 14/11) ergibt je den falls ein sehr geringes monatliches Einkommen von maximal Fr. 115.--, was einer Tätigkeit von lediglich wenigen Stunden pro Monat gleichkommt. Bei Annahme einer Tätigkeit von zwei mal zwei Stunden , mithin vier Stunden

pro Woche ergäbe dies bei einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden ein vernachlässig bares Kleinstpensum von gerundet 10 % und bei einer solchen von zwei Stunden alle zwei Wochen ein Pensum von gerundet lediglich 2.4 % .

Nach Lage der Akten hat sich die Beschwerdeführerin

sodann im Zeitpunkt der Arbeitsaufgabe bei ihrem Ehemann im Jahr 2017 weder beim RAV zur Arbeitsvermittlung angemeldet noch selbst intensiv um Arbeit bemüht. Den medizinischen Akten lässt sich zwar entnehmen, dass bei der Beschwerdeführerin zu diesem Zeitpunkt eine schubförmige MS diagnostiziert wurde (vgl. etwa

Urk. 14/14/12-17 S. 1). Einzig aufgrund einer

Diagnosestellung kann indessen nicht bereits auf eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit geschlossen werden. Erstmals anlässlich der im Mai/Juni 2022 erfolgten A.\_\_\_\_ - Begutachtung wurde der Beschwerdeführerin rückwirkend ab Februar 2020 eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen sowie in einer angepassten Tätigkeit attestiert (vgl. Urk. 14/31 S. 11 ff. Ziff. 4.6-4.7). Für die Zeit davor wird gestützt auf die vorhandenen Akten keine Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit belegt. Die Gutachter des A.\_\_\_\_ erachteten zwar gewisse Einschränkungen als wahrscheinlich (vgl. Urk. 14/31 S. 12), eine prozentuale Arbeitsunfähigkeit ergibt sich anhand der vorhandenen Akten allerdings nicht. Obwohl somit eine Arbeitsunfähigkeit frühestens ab Februar 2020 ausgewiesen ist, hat es die Beschwerdeführerin ab dem Jahr 2017 – abgesehen von der Tätigkeit für die D.\_\_\_\_ AG – unterlassen, sich intensiv um eine Arbeitsstelle zu bemühen. Eine Anmeldung bei der Invalidenversicherung ist ebenfalls unterblieben und erstmals im November 2020 erfolgt (vgl. Urk. 14/5). Es sind somit insgesamt keine hinreichenden Anhaltspunkte auszumachen, die die Annahme einer relevanten Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall erlauben würden. Für die Beurteilung der Statusfrage haben sich Gericht und Verwaltung insbesondere am unmittelbar vor Eintritt des Gesundheitsschadens geleisteten Arbeitspensum zu orientieren (Urteil des Bundesgerichts 8C\_122/2018 vom 27. August 2018 E. 4.3). Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Qualifikation der Beschwerdeführerin als zu 100% im Haushalt Tätige festlegte. Im Übrigen würde sich am Ergebnis auch bei einer Qualifikation als zu 10% Erwerbstätige – aufgrund der Tätigkeit bei der D.\_\_\_\_ AG – und zu 90% im Haushalt Tätige nichts ändern. 5.3

Die von der Abklärungsperson ermittelten Einschränkungen bei der Ernährung, bei der Wohnungspflege sowie bei der Wäsche und Kleiderpflege (vgl. Urk. 14/39 S. 4 ff. Ziff. 6) erscheinen sodann in Anbetracht der gutachterlich festgestellten gesundheitlichen Einschränkungen und der geltenden Schadenminderungspflicht von im Haushalt tätigen Versicherten (BGE 133 V 504 E. 4.2) als plausibel und schlüssig.

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, im Gutachten sei festgehalten worden, dass sich die Arbeitsfähigkeit im Haushalt rein neuropsychologisch nicht von der Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Putzfrau/Allrounderin unterscheidet und die Einschränkung im Haushalt demnach ebenfalls 40% betrage (vgl. Urk. 1 S. 8), vermag sie hieraus nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. So wurde

die von ihr zitierte Aussage, wonach sich die Arbeitsfähigkeit im Haushalt nicht von der Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Putzfrau/Allrounderin unterscheidet, vom Neuropsychologen getätigt (vgl. Urk. 14/31 S. 62), wogegen die prozentuale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der Höhe von 40% aus rein neurologischer Sicht erfolgte (vgl. Urk. 14/31 S. 11 ff. Ziff. 4.6-4.7). Hinsichtlich der Einschränkung im Haushaltsbereich kam der neurologische Gutachter sodann vielmehr zum Schluss, dass unter Berücksichtigung der freien zeitlichen Einteilbarkeit und der zumutbaren Mithilfe der Familienangehörigen von einem Einschränkungsgrad von zirka 30% auszugehen sei (vgl. Urk. 14/31 S. 91). In

diesem Zusammenhang ist allerdings zu berücksichtigen, dass die von einer qualifizierten Person durch geführte Abklärung vor Ort für gewöhnlich die geeignete und genügende Vorkehrung zur Bestimmung der gesundheitlichen Einschränkung im Haushalt darstellt. Die vorliegende Berichterstattung (Urk. 14/39) erfolgt in Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der sich gesundheitlich ergebenden Beeinträchtigungen, wobei sich die Abklärungsperson ausführlich zu den einzelnen Positionen der Haushaltsführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit

ge äussert hat. Damit erweist sich der genannte Abklärungsbericht als beweiskräftig (vorstehend E. 1.5). Dem neurologischen Gutachter waren dagegen weder die örtlichen Gegebenheiten bekannt noch äusserte er sich überhaupt dazu, wie sich die gesundheitlichen Einschränkungen auf die einzelnen Tätigkeiten im Haushalt (Ernährung, Wohnungs- und Hauspflege, Einkauf, Wäsche- und Kleiderpflege, Pflege und Betreuung von Kindern oder anderen Angehörigen) auswirken. Die gutachterliche Einschätzung einer 30%igen Einschränkung im Haushalt ist

somit nicht nachvollziehbar. Bei der veranlassten Haushaltsabklärung handelt es sich – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 10) – damit auch nicht um eine unzulässige « second

opinion ». Die abweichende gutachterliche Einschätzung vermag folglich keine Zweifel am beweiskräftigen Abklärungsbericht aufkommen zu lassen. Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass sich selbst bei Berücksichtigung der gutachterlich attestierten Einschränkung im Haushaltsbereich in der Höhe von 30 % kein Rentenanspruch ergäbe. 5.4

Nach dem Gesagten ist die Beschwerdeführerin somit mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als zu 100 % im Haushalt Tätige zu qualifizieren. Die ermittelte Einschränkung im Haushaltsbereich beträgt 15.7 % . Damit besteht kein Rentenanspruch (vorstehend E. 1.3).

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechters, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie 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: - Rechtsanwalt Tobias Figi - 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin Grieder-MartensMeierhans

### **E. 6.3**

).

Die psychopathologische Befundaufnahme war weitestgehend unauffällig mit lediglich etwas gebremstem, aber doch aufhellbarem Affekt sowie insgesamt passiv und zurückhaltend wirkender Beschwerdeführerin. Ausserdem fiel eine sehr einfache Denkstruktur auf . Hinweise auf eine Persönlichkeitsproblematik , auf eine Denkstörung oder auf Zwänge und Sinnestäuschungen ergaben sich nicht und diffuse Ängste liessen sich nicht eruieren

(vgl. Urk. 14/31 S. 38 Ziff. 4.3, S. 39 f.). Gestützt hierauf verneinte der psychiatrische Gutachter nach vollziehbar das Vorliegen einer relevanten psychiatrischen Beeinträchtigung, mass der möglichen subdepressiven Störung im Rahmen einer Anpassungs störung (ICD-10 F34.1) keine wesentliche Relevanz

bei und erachtete die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht als in jeglicher Tätigkeit vollständig arbeitsfähig (vgl. Urk. 14/31 S. 40 ff. Ziff. 6.3, Ziff. 8).

Hinsichtlich des im Rahmen der neuropsychologischen Testung festgestellte n unspezifisch geringen kognitiven Leistungsniveaus wurden sowohl das geringe Bildungsniveau der Beschwerdeführerin als auch die MS-bedingten hirnorga nischen Veränderungen als hierfür ursächlich erachtet (vgl. Urk. 14/31 S. 57). Da eine übermässige spezifisch kognitive Ermüdung im Rahmen der zirka vier stündigen neuropsychologischen Abklärung weder in der Verhaltensbeobachtung noch in den Testbefunden festgestellt werden konnte, wurde eine diesbezüglich e

Einschränkung aus rein neuropsychologischer Sicht nachvollziehbar verneint (vgl. Urk. 14/31 S. 12, S. 51 Ziff. 4.1, S. 60 Ziff. 8).

Aus neurologischer Sicht

ergibt sich sodann , dass die Beschwerdeführerin an einer im Juli 2017 erstdiagnostizierten schubförmig verlaufenden MS mit teils inkompletter Remission zwischen den Schüben leidet. Bereits seit dem Jahr 2018 kann unter erfolgter Ocrelizumab -Therapie durch die behandelnden Ärzte des Y.\_\_\_\_

allerdings ein schubfreier

Verlauf mit klinisch und radiologisch stationären Verhältnissen verzeichnet werden (vgl. Urk. 14/3 S. 4; Urk. 14/14/12-17 S. 4 f.; Urk. 14/18 S. 4). Der anlässlich der Begutachtung

ausführlich erhobene klinische Neurostatus ergab eine bein- und linksbetonte Tetraspastik, welche sich an den oberen Extremitäten lediglich in Form von sehr lebhaften und leicht links betonten Reflexen manifestiert. Eine sonstige sensomotorische Funktionsstörung der oberen Extremitäten liess sich dagegen nicht nachweisen. An den unteren Extremitäten zeigte sich, neben den deutlich gesteigerten Reflexen einschliesslich eines beidseits positiven Babinski, eine leicht-ataktische Gangstörung. Eine spastische Steigerung des Muskeltonus konnte nach eingeleiteter muskelrelaxierender Therapie dagegen nicht mehr nachgewiesen werden (vgl. Urk. 14/31 S. 80 f. Ziff. 4.3, S. 82 f.).

Ziff.

## **E. 8**

Am 7. November 2022 erfolgte eine Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt (vgl. Abklärungsbericht vom 18. November 2022, Urk. 14/39). Die Beschwerdeführerin habe dabei angegeben, dass sie

seit dem Jahr 2008 bei ihrem Ehemann angestellt gewesen sei und bis zum Krankheitsausbruch im Jahr 2017 auf Abruf leichte Arbeiten verrichtet habe. Sie habe zirka einen Tag in der Woche in seinem Geschäft mitgeholfen. Aufgrund der Beinschwäche habe sie ab dem Jahr 2017 nicht mehr gearbeitet. Er habe ihr jedoch weiterhin den Jahreslohn überwiesen, damit sie ein wenig Taschengeld habe. In den Jahren 2018/2019 habe sie in einer Alterssiedlung zweimal zwei Stunden in der Woche die Wohnungen gereinigt, wobei sie auch diese Tätigkeit gesundheitsbedingt aufgeben müssen. Sie fühle sich seit dem Jahr 2018 nicht mehr in der Lage, einer ausserhäuslichen Tätigkeit nachzugehen (S. 3 Ziff. 3.3). Die Abklärungsperson hielt sodann fest, dass der Ehemann der Beschwerdeführerin weiter angegeben habe, dass er als selbständiger Metallbauschlosser in den letzten Jahren zwei Mitarbeiter einstellen müsse. Er hätte nur einen Mitarbeiter einstellen müssen, wenn seine Ehefrau gesund wäre. Die Kinder seien selbständig. Bei guter Gesundheit wäre dieses Pensum für seine Ehefrau machbar (S. 3 Ziff. 3.4). Die Abklärungsperson legte die Qualifikation der Beschwerdeführerin in der Folge als zu 100 % im Haushalt tätig fest. Als Begründung gab sie an, dass die Beschwerdeführerin im Jahr 1999 in die Schweiz eingereist sei und ab dem Jahr 2008 von ihrem Ehemann Beiträge verbucht worden seien. Er habe seine Frau weiterhin entlohnt, damit sie ein monatliches Taschengeld habe. In den Jahren 2018/2019 habe sie zweimal zwei Stunden in der Woche in einer Alterssiedlung gearbeitet. Es sei nicht nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit vollzeitlich bei ihrem Ehemann angestellt wäre. Aus den medizinischen Akten gehe hervor, dass sie in der bisherigen sowie einer angepassten Tätigkeit zu 40 % arbeitsunfähig sei. Seit dem Jahr 2017 habe sie ihre Restarbeitsfähigkeit von 60 % nicht verwertet, keine nachweislichen Stellenbemühungen getätigt und sich auch nicht beim Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) angemeldet. Des Weiteren sei nicht nachvollziehbar, welche Arbeiten die Beschwerdeführerin in der Metallschlosserei verrichten hätte. Es wäre ihr beispielsweise auch weiterhin zumutbar gewesen, die Reinigungsarbeiten in angepasstem Tempo mit Pausen zu erledigen. Die Beschwerdeführerin fühle sich seit dem Jahr 2019 subjektiv nicht mehr arbeitsfähig. Da sie seit Krankheitsausbruch ihre Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet und auch keine Versuche mehr unternommen habe, sei sie als zu 100 % im Haushalt tätig zu qualifizieren (S. 4 Ziff. 3.5). Sodann erkannte die Abklärungsperson Einschränkungen bei der Ernährung (19.8 % bei einer Gewichtung von 38 %), bei der Wohnungspflege (19 % bei einer Gewichtung von 30 %) sowie bei der Wäsche und Kleiderpflege (12.5 % bei einer Gewichtung von 20 %) und damit insgesamt

eine gewichtete Behinderung im Umfang von 15.7 % (S. 4 ff. Ziff. 6). Eine Hilflosigkeit erachtete die Abklärungsperson für nicht ausgewiesen (S. 8 Ziff. 9). 3.

#### **E. 9**

Mit Bericht vom 17. Juli 2023 (Urk. 14/57) informierten die Ärzte des Y.\_\_\_\_ über die erfolgte Verlaufskontrolle. Die Beschwerdeführerin habe von einer weiteren klinischen Progredienz mit zunehmender Gangstörung, Schwäche des rechten Beins, Sensibilitätsstörungen an allen Extremitäten, Verschlechterung des Visus und erhöhter Sturzneigung berichtet. Klinisch zeigen sich eine Visusminderung, eine spastische Tonuserhöhung der Beine und gesteigerte Reflexe, eine Hypästhesie beider Beine, ein unsicheres spastisch ataktisches Gangbild und eine reduzierte Pallästhesie der Beine. Die EDSS ergebe eine Verschlechterung auf 6 Punkte bei reduzierter Gehstrecke. Die spinale Verlaufsbildgebung

zeige eine neue demyelinisierende Läsion im Funiculus

posterior rechts auf der Höhe der Brustwirbelkörpers (BWK) 12. Die kraniale Bildgebung habe nicht durchgeführt werden können. Die Beschwerdeführerin habe im Frühjahr 2022 den 7. Zyklus Ocrelizumab erhalten. Die B-Zell-Frequenz habe Ende Mai 2023 eine vollständige Depletion gezeigt. Hinweise auf eine Polyneuropathie ergäben sich nicht (S. 6). 3.

#### **E. 10**

Eine am 28. August 2023 erfolgte MRI des Gehirns einschliesslich der Schädelkalotte ergab eine fraglich reelle neue kleine Läsion kortikal im Gyrus frontalis medius links, DD: Artefakt. Im Übrigen, soweit eingeschränkt beurteilbar, zeigte sich eine weitgehend unveränderte Darstellung der multiplen, teilweise konfluierenden Läsionen, supratentoriell betont (vgl. Bericht vom 28. August 2023, Urk. 14/64 S. 2). 3.

#### **E. 11**

Mit Bericht vom 6. September 2023 (Urk. 14/62) informierten die Ärzte des Y.\_\_\_\_ über das durchgeführte Ganglabor. Die klinischen Gangtests würden im Verlauf eine deutliche und relevante Abnahme der Gehleistung bei konstanter, leicht gradiger ataktischer Komponente zeigen. Die posturale Standstabilität zeige sich mehrheitlich altersentsprechend und im Verlauf konstant bis leicht gebessert. Die Kinetik demonstriere ein leicht asymmetrisches, kleinschrittiges Gangmuster mit diskreter ataktischer Komponente. Ausser der Umkehrung der Schrittlängenasymmetrie seien im Verlauf keine relevant veränderten Gangparameter ersichtlich gewesen. Insgesamt gestalte sich die Einschätzung der Gehfähigkeit seit dem Jahr 2018 eher schwierig. Auffallend sei primär eine Zunahme der Verlangsamung, während das Gangmuster sowie die ataktische Komponente kaum oder gar keine Veränderungen zeigen würden. Eine Zunahme der Fatigue sowie eine leichte Dekonditionierung würden am wahrscheinlichsten erscheinen (S. 2). 3.1 2

Die Ärzte des interdisziplinären Zentrums für Schwindel und neurologische Sehstörungen des Y.\_\_\_\_ informierten mit Bericht vom 29. November 2023 (Urk. 14/67) über die neuro-ophthalmologische Verlaufskontrolle. Bei der klinischen Untersuchung seien dezente zerebelläre okulomotorische Zeichen auf gefallen. Der Visus habe beidseits 0.8 betragen, was einem stabilen bis leicht verbesserten Befund im Vergleich zur letzten im Jahr 2019 erfolgten Messung entspreche. Die Gesichtsfeldmessung zeige dezente superiore

Gesichtsfelddefekte beidseits bei grenzwertiger Auswertbarkeit. Kohärenztomographisch könne eine dezente (am ehesten dem natürlichen Verlauf entsprechende) Abnahme der retinalen Nervenfaserschicht ( RNFL ) und der Ganglienzellschicht ( GCL )- Dicke beidseits dargestellt werden. Insgesamt habe aus neuro - ophthalmologischer Sicht ein stabiler Befund ohne Hinweise auf eine zwischenzeitlich stattgehabte Neuritis

objektiviert werden können . Die leichten zerebellären Zeichen könnten neben einer Benetzungsproblematik zu den subjektiven Beschwerden betreffend d a s Sehvermögen beitragen (S. 5). 3.1 3

Mit RAD-Stellungnahme vom 8. Januar 2024 kam PD Dr. C.\_\_\_\_ zum Schluss, dass sich neuroradiologisch keine namhafte Verschlechterung im Vergleich zum Gutachten vom Juni 2023 (richtig: 2022) zeige. In klinischer Hinsicht sei kein neues Schubereignis aufgetreten . Eine deutliche Gangstörung und eine Fatigue seien anlässlich der Begutachtung anerkannt worden und damit auch eine Verschlechterung im Langzeitverlauf. D en aktuellen Berichten des Y.\_\_\_\_

lasse sich kein Hinweis auf eine Verschlechterung des Neurostatus, inklusive der Gehleistung, seit der erfolgten Begutachtung entnehmen . Der detaillierte Neuro status sei massgeblich für die Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit entscheidend und nicht der EDSS-Wert. Aus versicherungsmedizinischer Sicht könne an der gutachterlichen Beurteilung festgehalten werden (vgl. Urk. 14/75 S.

6 f.). 3.1 4

Dem im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Bericht der Ärzte des Y.\_\_\_\_ vom 1 2. Januar 2024 ( Urk. 7) lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin von einer weiteren klinischen Progredienz mit zunehmender Gangstörung und ausgeprägter Fatigue-Symptomatik berichtet habe . Eine klinische Untersuchung werde zum aktuellen Zeitpunkt nicht gewünscht. In Zusammenschau der Befunde sei bei steigender B-Zell-Frequenz, fraglichen neuen Läsionen und möglicher progredienter Verschlechterung die zeitnahe Wiederaufnahme der immunmodulatorischen Therapie geplant (S. 6). 4. 4.1

Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin erfolgte eine eingehende Begutachtung durch die Ärzte des A.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.6) mit den notwendigen Untersuchungen in internistischer, neurologischer, neuropsychologischer sowie psychiatrischer Hinsicht mit jeweils ausführlicher Befund aufnahme (vgl. Urk. 14/31 S. 26 Ziff. 4.3, S. 38 Ziff. 4.3 , S. 52 ff. Ziff. 4.3, S. 80 f. Ziff. 4.3 ). Das in Kenntnis der Vorakten (vgl. Urk. 14/31 S. 68 ff. Ziff. 2, S. 95 ff. ) erstellte Gutachten erweist sich als umfassend, wobei auch die geklagten Beschwerden (vgl. Urk. 14/31 S. 21 f. Ziff. 3.2, S. 33 f. Ziff. 3.2, S. 48 Ziff. 3.2, S. 72 ff. Ziff. 3.2 ) in angemessener Weise berücksichtigt wurden. Die gesundheit lichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin wurden umfassend sowie in nachvollziehbarer und schlüssiger Weise dargelegt. Ausserdem haben die Gutachter ihre Arbeitsfähigkeitseinschätzung unter Beachtung der erhobenen Befunde sowie im Kontext mit den Belastungsfaktoren und Ressourcen sowie nach einer Konsistenzprüfung hinreichend begründet (vgl. Urk. 14/31 S. 8 f. Ziff. 4.2, S. 10 ff. Ziff. 4.4, Ziff. 4.6-4.7 ). Die gutachterliche Schlussfolgerung, wonach die Beschwerdeführerin in der bisherigen sowie jeglicher angepassten Tätigkeit gemäss Belastungsprofil seit Februar 2020 zu 40 % arbeitsunfähig sei (vgl. Urk. 14/31 S. 11 ff. Ziff. 4.6-4.7 ), vermag demnach vollumfänglich zu über zeugen. Dieser gutachterlichen Einschätzung steht überdies keine anderslautende Beurteilung gegenüber, nahmen die behandelnden Ärzte doch keine

Stellung zur verbliebenen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (vorstehend E. 3.1-3.5, E.

3.9-3.12, E. 3.14 ). Das Gutachten erfüllt die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vorstehend E. 1.6) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung – der RAD-Stellungnahme folgend (vorstehend E. 3.7) – darauf abgestellt werden kann. 4.2

Anlässlich der internistischen Untersuchung konnten keine relevanten Funktionsstörungen erkannt werden. Die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin bei der Anamneseerhebung von einer durchgemachten

Hepatitis A -Infektion berichtet (vgl. Urk. 14/31 S. 22 Mitte), obwohl es sich nach Lage der Akten um eine Hepatitis B mit nachfolgend wiederholt negativem HBV-DNA-Test und medikamentöser Prophylaxe zur Vermeidung einer Reaktivierung gehandelt hat (vgl. etwa Urk. 14/3 S. 2; Urk. 14/18 S. 2 f.; Urk. 14/14/1-7 S. 3 Ziff.

**E. 14**

/ 31 S. 27 Ziff.

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