

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00193 vom 11. Februar 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-02-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00193

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00193 du 11 février 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00193 del 11 febbraio 2025

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten. Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Entsprechend den allgemeinen 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).

Für die Beurteilung eines allfälligen Rentenanspruchs ab Oktober 2021 ist die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesene Rechtslage massgebend. Für die Frage, ob im Verlauf des Jahres 2022 eine gesundheitliche Veränderung mit Auswirkung auf den Rentenanspruch eingetreten ist, sind die ab 1. Januar 2022 geltenden Normen zur Anwendung zu bringen.

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

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 unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 13

E. 1.4

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der bis am 31. Dezember 2021 gültigen Fassung 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. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG in der seit 1. Januar 2004 geltenden Fassung).

Gemäss Art. 28b Abs. 1 in der ab 1. Januar 2022 geltenden Fassung des 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. 1.5

Die rückwirkende Zusprache einer in der Höhe abgestuften und/oder zeitlich befristeten Invalidenrente richtet sich grundsätzlich nach denselben Regeln wie die Revision eines bestehenden Rentenanspruchs nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 148 V 321 E. 7.3.1, 145 V 209 E. 5.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_142/2023 vom 18. September 2023 E. 3.3.1). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2 und 8C_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis). 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

/3 bei Arthrose C2/3, eine fortgeschrittene Chondrose C6/7 und eine neurologische Irritation bis zum linken Daumen erneut bei der Invalidenversicherung an (Urk. 7/54). Mit Mitteilung vom 5. August 2019 (Urk. 7/60) informierte die IV-Stelle die Versicherte darüber, dass keine IV-Leistungen nötig seien, nachdem letztere ihre Erwerbstätigkeit im bisherigen Pensum

per August 2019 wieder aufnehmen können (Urk. 7/60).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung (Urk. 2) damit, dass die Beschwerdeführerin seit dem 5. August 2019 in der Tätigkeit als Sekretärin gesundheitlich eingeschränkt sei. Nachdem bis Ende September 2021 Eingliederungsmassnahmen durchgeführt worden seien, sei ein Rentenanspruch per Oktober 2021 geprüft worden . Gemäss den Abklärungen sei die Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen sowie in einer angepassten Tätigkeit zu 80 % eingeschränkt, was bei ihrer 90%igen Erwerbstätigkeit zu einem Invaliditätsgrad von 72 % führe. Für die Zeit ab dem 27. Dezember 2022 bestehe gemäss der Einschätzung des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) in jeglicher Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % , was bei einem 90 % -Pensum einen Invaliditätsgrad von 27 % ergebe . Auf eine Haushaltsabklärung sei verzichtet worden, da auch bei einer maximalen Einschränkung in der Haushaltstätigkeit kein rentenbegründender Invaliditätsgrad erreicht werden würde. Entsprechend stehe der Beschwerdeführerin ab Oktober 2021 bis Dezember 2022 eine befristete ganze Rente zu (S.

4).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt (Urk. 1), es könne nicht auf das

D.____-Gutachten abgestellt werden, da das Zusammenwirken der verschiedenen Krankheits- und Störungsbilder mit gegenseitiger Verstärkung der jeweiligen Beeinträchtigung und die Krankheitsentwicklung nicht diskutiert worden seien . Des Weiteren fehle im Rahmen der D.____-Begutachtung eine rheumatologische Expertise und die rheumatisch-entzündliche Erkrankung der Beschwerdeführerin sei nicht berücksichtigt worden. Ebenso wenig erfülle das Gutachten die bundesgerichtlichen Voraussetzungen eines strukturierten Beweisverfahrens. Die Beschwerdegegnerin habe ferner in unzulässiger antizipierter Beweiswürdigung über den Rentenanspruch entschieden, obwohl sie zuvor den D.____-Gutachtern Ergänzungsfragen gestellt habe, welche letztere nicht beantwortet hätten, da die Beschwerdegegnerin keine konkreten medizinischen Fragen gestellt habe . Entsprechend sei das D.____-Gutachten nicht abschliessend und es seien neue Diagnosen nicht berücksichtigt worden (S. 5 f. Ziff. 1 ff.) . Im Weiteren habe die Beschwerdegegnerin weder einen Einkommensvergleich vorgenommen noch die Einschränkung im Haushaltsbereich abgeklärt (S. 6 Ziff. 1 f.). 3.

E. 3

(Urk. 7/171) stellte die IV-Stelle der Versicherten die Ausrichtung einer befristeten ganzen Rente für die Zeit vom 1. Oktober 2021 bis 31. Dezember 2022 in Aussicht, wogegen letztere am 25. August 2023 Einwand erhob (Urk. 7/188). Am 2. Oktober 2023 (Urk. 7/201) wurde seitens der D.____

betreffend die von der Beschwerdeführerin gleichentags gestellten Rückfragen (Urk. 7/199/1) angegeben, dass ohne das Stellen von konkreten medizinischen Fragen keine Angaben zu den

neuen Arztberichten gemacht werden könnten.

Mit Verfügung vom 19. Februar 2024 (Urk. 2) sprach die IV-Stelle der Versicherten eine befristete ganze Rente für die Dauer vom 1. Oktober 2021 bis 31. Dezember 2022 zu. 2.

Dagegen erhob die Versicherte unter Auflage neuer Arztberichte (Urk. 3/

E. 3.1

6

Dr. E.____ führte in ihrem orthopädisch- traumatologischen Gutachten vom 21. Dezember 2023 (Urk. 7/164/ 31-53) aus, dass die degenerativen Veränderungen der HWS und LWS die Beschwerden der Beschwerdeführerin in diesen Bereichen plausibel erklären würden. Hinweise auf eine erhöhte humorale Entzündungsaktivität oder auf entzündlich-rheumatische Erkrankungen im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparates hätten sich im Rahmen der Untersuchung bei fehlenden Gelenkschwellungen und fehlenden Schwellungen der Sehnenscheiden als auch in den radiologischen Untersuchungsbefunden nicht gezeigt (S. 44).

Im MRI der HWS vom 10. Mai 2022 hätten sich multisegmentale degenerative Wirbelsäulenveränderungen mit neuroforaminaler Einengung vor allem von HWK 4-6, leichter dorsaler Deviation der linken Nervenwurzel C7 und mit ausgeprägter erosiver Osteochondrose HWK 6/7 gezeigt, welche die Druckschmerzen der Beschwerdeführerin nachvollziehen liessen. Hinweise auf eine Reizung zervikaler Nervenwurzeln bestünden aktuell bei fehlender Schon-/Fehlhaltung, fehlendem paravertebralem Muskelhartspann und seitengleich vollständig vorführbaren Handfunktionen nicht. Die angegebene Schmerzausstrahlung bis zum linken Mittelfinger und Daumen entspreche keinem Dermatome und könne daher von orthopädisch-traumatologischer Seite nicht nachvollzogen werden. Ebenso

wenig seien

dermatombezogene oder andere pathologische Befunde für die beschriebenen Schmerzen in beiden Schlüsselbeinen und der linken Fossa jugularis, die Schmerzausstrahlungen bis in die linke Schulterblattspitze, ins rechte Schulterblatt und in die Brustwirbelsäule (BWS) vorhanden. Die BWS sei frei beweglich und es seien lediglich Klopf- und Druckschmerzangaben über den Dornfortsätzen der BWK1-10 angegeben worden. Eine Röntgenuntersuchung der BWS sei von der Beschwerdeführerin nicht gewünscht worden und in den vorhandenen Unterlagen sei keine radiologische Untersuchung der BWS dokumentiert. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ergebe sich anhand der lediglich subjektiven Klopf- und Druckschmerzangaben im BWS-Bereich nicht. Aufgrund der degenerativen Veränderungen der HWS seien aber beidseits pseudoradikulär ausstrahlende Schmerzen nachvollziehbar (S. 44 f.).

Ob die im MRI der oberen Thoraxapertur und in der MR-Angiographie vom 2. Juli 2021 nachgewiesene subklavikuläre Kaliberminderung der A. und V. subclavia links und die Abflussbehinderung rechts überhaupt klinisch relevant seien, könne aus traumatologischer Sicht nicht hinreichend beurteilt werden, wobei sich während der Untersuchung keine bläurot verfärbten Hände gezeigt hätten. Aus orthopädisch-traumatologischer Sicht seien aufgrund dieser Befunde lediglich Überkopfarbeiten zu vermeiden (S. 45).

Am rechten Ellenbogen sei von einer Epicondylitis humeri

radialis auszugehen, welche eine vorübergehende Einschränkung für repetitive Tätigkeiten mit Streckung der Finger und der rechten Hand bedinge. Unter adäquater Therapie sei von einer Abheilung der Epicondylitis

humeri

radialis auszugehen (S. 45).

In den MRIs vom 13. Oktober und 17. November 2022 hätten sich degenerative Veränderungen der gesamten LWS mit Osteochondrosen in den Segmenten LWK2/3, LWK4/5 und LWK5/SWK1, eine ventralbetonte

Spondylosis, mässige Spondylarthrosen im unteren LWS-Bereich mit beginnendem degenerativem Drehgleiten der LWS, eine rechtsparamediane kleine Bandscheibenextrusion im Segment LWK2/3 ohne Tangierung der Nervenwurzeln, eine deutliche links laterale Spondylose

im Segment LWK4/5 mit flacher links paramedianer Bandscheibenprotrusion mit Kontakt zur

linken Nervenwurzel L4, ein flaches Bandscheiben-Bulging und Facettengelenksarthrosen im Segment LWK5/SWK1

mit Einengung des rechten Neuroforamens und möglicher Tangierung der rechten Nervenwurzel L5 (S. 45 f.) präsentiert. Im MRI der LWS und der Iliosakralgelenke vom 17. November 2022 hätten sich keine Zeichen einer aktivierten ISG-Arthritis gezeigt (S. 48). Aufgrund der degenerativen Veränderungen der gesamten LWS seien die angegebenen Schmerzen in der LWS mit pseudoradikulären Schmerzausstrahlungen in beide Beine bis in die Waden, im Iliosakralgelenk, im Becken und Gesäss plausibel erklärt (S. 46).

Die bei der Untersuchung des rechten Hüftgelenks angegebenen Beschwerden seien im Rahmen eines geringgradigen pseudoradikulären Lumbalsyndroms rechts einzuschätzen (S. 46).

Für den von der Beschwerdeführerin angegebenen Muskelriss oberhalb des rechten Knies bestünden von orthopädisch-traumatologischer Sicht keine entsprechenden klinischen Korrelate. Gleiches gelte bezüglich der geschilderten belastungsabhängigen Schmerzen und leichten Schwellungen des linken Kniegelenks, wobei die sonographische Untersuchung beider Kniegelenke im November 2022 unauffällig gewesen sei. Eine Auswirkung der entsprechend angegebenen Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit ergebe sich deshalb nicht (S. 46).

Ebenso

wenig bestehe für die angegebenen schubweisen Schwellungen und Schmerzen in beiden Sprunggelenken aus orthopädisch- traumatologischer Sicht ein pathologisches Korrelat, wobei insbesondere die Röntgenaufnahmen vom 13. Oktober 2022 einen regelrechten radiologischen Befund gezeigt hätten (S. 46).

Anhand der Druckschmerzangaben plantär am linken Fersenbein sei von einer Fasziiitis plantaris links auszugehen, von deren Abheilung unter entsprechender Behandlung ausgegangen werden könne. Die entsprechenden Röntgenaufnahmen vom 13. Oktober 2022 zeigten einen regelrechten Befund, insbesondere ohne Hinweis auf feinen ossären Fersensporn. Die Fasziiitis plantaris links erkläre die Schmerzen im Bereich der linken Ferse, nicht jedoch die angegebenen starken Schmerzen in der linken Fußsohle. Eine relevante Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe die Fasziiitis plantaris links nicht (S. 46).

Im Zusammenhang mit dem Belastungsprofil nannte die Gutachterin körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen der HWS und LWS. Bis zur Ausheilung der Epikondylitis humeri

radialis rechts bestehe eine vorübergehende Einschränkung für repetitive Tätigkeiten mit Streckung der Finger und der rechten Hand. Aufgrund der subklavikulären Kaliberminderung der A. und V. subclavia links und der Abflussbehinderung rechts seien Überkopftätigkeiten zu vermeiden (S. 48).

In der bisherigen Tätigkeit als Sekretärin sowie in einer angepassten Tätigkeit liege eine 100%ige Arbeitsfähigkeit seit dem 5. August 2019 vor (S. 49 f.). 3. 2

RAD-Arzt Dr. med. J.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, nahm am 29. März 2023 Stellung zum D.____-Gutachten und hielt insbesondere fest, dass gestützt auf die Expertise von folgender Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (einer optimal angepassten Tätigkeit entsprechend) auszugehen sei: ab 5. August 2019: 50 % ; ab August 2020: 0 % ; ab Mai 2021: 20 % ; ab 23. Dezember 2022 (Konsensbesprechung der D.____-Experten): 70 % (vollständige/ganztägige Präsenz mit Leistungsminderung von 30 %). Unter dem Titel Belastungsprofil nannte der RAD-Arzt eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Zwangshaltungen der HWS und LWS, ohne repetitive Tätigkeiten mit Streckung der Finger und der Hand rechts (bis zur Ausheilung der Epicondylitis

humeri

radialis rechts), mit klar umrissenen Aufgaben und ohne Zeitdruck, mit der Möglichkeit zu regelmäßigen und flexiblen Pausen und eventuelle auch mit flexiblen Arbeitszeiten und ortsunabhängigen Arbeiten (Urk. 7/168/8).

RAD-Ärztin Dr. med. K.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in ihrer Stellungnahme vom 29. März 2023 (Urk. 7/168/8) fest, der psychiatrisch-neuropsychologische Gutachtenteil der D.____-Expertise sei umfassend und nachvollziehbar, weshalb darauf abgestellt werden könne.

E. 3.1.2

Dr. F.____ hielt in ihrem neurologischen Gutachten vom 28. September 2022 (Urk. 7/164/57-71) fest, der Neurostatus sei regelrecht und die von der Beschwerdeführer in geklagten Schmerzen am ganzen Körper könnten neurologisch nicht erklärt werden. Unter Einbezug

aller Befunde in den Akten und der Ergebnisse der aktuellen neurologischen Begutachtung könne auf neurologischem Gebiet keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Bereits in dem (vom Berufsvorsorgeversicherer der Beschwerdeführerin eingeholten) Gutachten vom Februar 2021

(Urk. 7/99) sei festgestellt worden, dass vermutlich eine Enzephalopathie stattgefunden habe, welche jedoch abgeheilt sei. Die noch vorhandenen Marklagerläsionen seien ohne funktionelle Relevanz. Die von der Beschwerdeführerin beschriebene rezidivierende Schwellung und Verfärbung des linken Arms und der linken Hand habe bei der aktuellen Untersuchung nicht beobachtet werden können. Aufgrund der vorliegenden Befunde (aktuell unauffälliger neurologischer Befund, unauffälliges MRI der oberen

Thoraxapertur mit MR-Angiographie) liege keine neurologische Ursache dieser Beschwerden vor (S.

63).

In der bisherigen sowie einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % , retrospektiv vermutlich seit 2013, da die Beschwerdeführerin ab diesem Zeitpunkt wieder zu 100 % arbeitsfähig gewesen sei (S. 65 f.) . Auf neurologischem Gebiet bestehe schliesslich seit Juni 2020 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 67).

E. 3.1.3

In seiner internistischen Expertise vom 16. Oktober 2022 (Urk. 7/164/ 72-83) führte Prof. Dr. G. ___ aus, dass aus internistischer Sicht ein offenes Foramen ovale sowie Übergewicht bestünden. Es seien häufige Beinödeme angegeben worden, die möglicherweise Symptom einer venösen Insuffizienz seien, eine explizite Diagnose sei diesbezüglich aber nicht gestellt worden. In den Unterlagen sei ein Verdacht auf ein Thoracic Outlet-Syndrom geäussert worden, wo bei dieses von internistischer Seite keine über die orthopädische Problematik hinausgehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bedinge. Aktuell zeigten sich gut tastbare Pulse an beiden oberen Extremitäten und keine Schwellungen an den unteren Extremitäten (S. 76).

Aus internistischer Sicht liege sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit vor und es habe für die Zeit ab dem 5. August 2019 zu keinem Zeitpunkt eine längerfristige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden (S. 77 f.) .

E. 3.1.4

Dr. phil. I. ___ hielt in seiner neuropsychologischen Expertise vom 21. November 2022 (Urk. 7/164/106-117) fest, dass sich im Bereich der Aufmerksamkeit vereinzelt unterdurchschnittliche und teilweise überdurchschnittliche Leistungen gezeigt hätten. Im Bereich des verbalen Gedächtnisses habe sich beim Wortlernaufbau eine durchschnittliche Leistung präsentiert. Die Leistung beim unmittelbaren Behalten von Zahlen und das verbale Arbeitsgedächtnis seien durchschnittlich. Die figurale Gedächtnisleistung sei überdurchschnittlich. Im Bereich höherer Denkleistungen und Exekutivfunktionen fänden sich überwiegend durchschnittliche respektive teilweise auch überdurchschnittliche Leistungen. Insgesamt handle es sich unter ausschliesslicher Berücksichtigung der Testresultate in der vorliegenden Untersuchung um altersentsprechende Befunde (S. 9 f.).

Die durchschnittlichen kognitiven Leistungen seien mit dem Vorliegen von Schmerzen vereinbar, da kognitive Einschränkungen kein invariantes Merkmal einer Schmerzsymptomatik darstellen würden. Im Vergleich zur Voruntersuchung vom 12. März 2012 würden die aktuellen Befunde auf eine gewisse Leistungsverbesserung hinweisen, wobei geringe Leistungsunterschiede auch durch zufällige Leistungsschwankungen, Tagesform und Lern-/Übungseffekt bedingt sein könnten (S. 10).

Betreffend Arbeitsfähigkeit ergäben sich aus neurokognitiver Sicht keine Einschränkungen (S. 10). Bezüglich des zeitlichen Verlaufes der Arbeitsfähigkeit hielt der Gutachter fest, dass die neurokognitiven Einschränkungen im Krankheitsverlauf in der Vergangenheit ausgeprägter hätten sein können, wobei eine zuverlässige retrospektive Beurteilung nicht möglich sei (S. 11).

E. 3.1.5

Der psychiatrische Gutachter H.____ führte in seinem Gutachten vom 26. November 2022 (Urk. 7/164/84 - 105) aus, dass mit gedrückter Stimmung und vermindertem Antrieb respektive schneller Erschöpfung zwei von drei Hauptkriterien einer depressiven Störung erfüllt seien. Die Diagnose einer solchen Störung könne indes bei Fehlen von jedwelchen Nebenkriterien nicht gestellt werden. Die Beschwerdeführerin präsentiere aber deutliche Angst bezogen auf ihre Gesundheit und daraus resultierend auch auf ihre Zukunft mit teilweise auftretenden panikartigen Zuständen, so dass die Diagnose Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) gerechtfertigt sei. Die in der Aktenlage genannte somatische Belastungsstörung gemäss DSM-5 sei ebenfalls plausibel, da die somatischen Symptome als belastend empfunden

und zu Störungen des Alltagslebens führen würden, anhaltende Gedanken über die Ernsthaftigkeit der Symptome sowie ein anhaltend hohes Angstniveau bezüglich Gesundheit vorliegen würden und die Symptombelastung persistierend sei. Das entsprechende Pendant der ICD-10 sei am ehesten die ebenfalls bereits in der Aktenlage vergebene chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Die mehrjährigen körperlichen Beschwerden – insbesondere die schwere Urosepsis mit der Notwendigkeit einer intensivmedizinischen Versorgung – seien als Belastungen zu gross und die für die Beschwerdeführerin zu kompensierende Schwelle sei überschritten worden, so dass es nach November 2010 zur affektiven Symptomausbildung respektive zum Krankheitsausbruch gekommen sei. Auch wenn in den Akten im August 2019 zwischenzeitlich wieder eine Arbeitsfähigkeit von 80% beschrieben worden sei, scheine diese nur kurzzeitig gewesen zu sein, da die Beschwerdeführerin am 24. Juni 2019 und 3. Oktober 2020 wieder zu 50% krankgeschrieben worden sei. Am 4. Juni 2020 sei zudem eine seit knapp 15 Monaten bestehende Stagnation des Gesundheitszustands beschrieben worden (S.

96). Eine ungewisse gesundheitliche Zukunft, insbesondere das als persönlich empfundene wiederholte berufliche Scheitern und die Zunahme an respektive die zunehmende Beschäftigung mit körperlichen Einschränkungen mit zunehmender Ohnmacht, habe aus gutachterlicher Sicht auch eine ausreichende Potenz, affektive und Angstsymptome bis heute zu fördern (S. 97).

Im Zusammenhang mit dem Belastungsprofil führte der Sachverständige aus, dass gemäss Mini-ICF eine leicht- bis mittelgradige Beeinträchtigung der Teilhabe, insbesondere im Bereich der Durchhaltefähigkeit bestehe. Unter Berücksichtigung der fehlenden somatisch

bedingten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit seien allein intrapsychische Faktoren für die schnellere Erschöpfung ursächlich. Unter kritischer Synopse der Aktenlage

sowie der aktuellen neuropsychologischen und psychiatrischen Untersuchung ergebe sich lediglich die Notwendigkeit von flexiblen Arbeitszeiten. Zusätzlich sinnvoll seien Tätigkeiten ohne grosse körperliche Anstrengung und ohne zu grosse n Multitasking-Anteil, da diese die bestehenden maladaptiven Kognitionen (gedankliche Einengung auf das Schmerzerleben, Grübeln über schmerzassoziierte Inhalte, Katastrophisieren von Körperempfindungen/Krankheitsfolgen) verstärken könnten (S. 98).

Aufgrund der schnelleren Erschöpfung bestehe ein erhöhter Pausenbedarf bei eingeschränkter Durchhaltefähigkeit, so dass in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 30 % bestehe. Retrospektiv sei ab Juni 2019 deckungsgleich mit der Aktenlage aus psychiatrischer Sicht von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen. Auch wenn in der Aktenlage im August 2019 ein Pensum von 80 % beschrieben werde, scheine dieses Pensum nicht überdauernd gehalten worden zu sein, da bereits im Juni 2020 wieder eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % vorgelegen habe. Nervenärztlich sei ab August 2020 sodann sogar eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert worden. Eine Eingliederungsmassnahme mit einem 20 % -Pensum im Mai 2021 sei frustriert verlaufen und im Oktober 2021 abgebrochen worden. Im Januar 2022 sei zuletzt eine 20 % ige Arbeitsfähigkeit als realistisch angesehen worden. Der psychische Anteil der chronischen Schmerzstörung sei dominant und die gemischt affektiven und phobischen Symptome seien Folge dieser Schmerzstörung (S. 98). Im Gegensatz dazu würden sich die aktuellen Ergebnisse der neuropsychologischen und psychiatrischen Untersuchungen präsentieren, in denen sich jeweils keine kognitiven Defizite offenbart hätten. Auch sei die Beschwerdeführerin in der Lage gewesen, die jeweils über 1.5 Stunden dauernden Begutachtungen ohne sichtbare Einbusse der Leistungsfähigkeit durchzuführen. Somit schein e es seit Januar 2022 zu einer progredienten Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 70 % gekommen zu sein (S. 99).

Zukünftig sollten zunächst Aufgaben ohne erhöhten Zeitdruck sowie mit klar umrissenen Aufgabengebieten durchgeführt werden, und es sollte die Möglichkeit zu regelmässigen und flexiblen Pausen bestehen, wobei auch flexible Arbeitszeiten respektive ortsunabhängiges Arbeiten vorteilhaft sein könnten. Auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % aufgrund der schnelleren Erschöpfung bei eingeschränkter Durchhaltefähigkeit. Der Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit sei analog zur angestammten Tätigkeit, da die Limitierung ubiquitär in sämtlichen Tätigkeiten auftrete (S. 99).

E. 3.3

Der behandelnde Neurologe Dr. med. L.____, Facharzt für Neurologie FMH und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führt e in seinem Bericht vom 26. Juni 2023 (Urk. 7/186) insbesondere aus, dass trotz der progredienten degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule (vor allem HWS und LWS) unter Therapie zeitweise noch eine Arbeitstätigkeit im teilzeitigen Pensum möglich gewesen sei. In den letzten beiden Jahren habe die Beschwerdeführerin indes lediglich noch ein sehr kleines Arbeitspensum und auch dieses nicht mehr zuverlässig bewältigen können. So sei es trotz sehr hoher Motivation bei einem IV-geschützten Versuch der beruflichen Wiedereingliederung als Arzthelferin nicht gelungen, das Pensum über 30 % zu steigern, weshalb die Massnahme im September 2021

habe abgebrochen werden müssen. Nachfolgend und bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt bestehe durchgehend eine Arbeitsunfähigkeit, wobei vom 1. Januar bis 30. Juni 2022 (nochmaliger Arbeitsversuch) eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % und sonst von 80 bis 100 % bestanden habe (S. 1 f.).

Die Einschätzung im D.____-Gutachten, wonach ab dem 1. Januar 2023 kein Rentenanspruch mehr bestehe, sei aus medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich in diesem Zeitraum nicht verbessert, sondern im Gegenteil verschlechtert. In Anbetracht der medizinischen Fakten könne auch für die Zukunft keine wegweisende Verbesserung angenommen werden. Zudem sei zu ergänzen, dass zwischenzeitlich eine zusätzliche rheumatologische Diagnose gestellt und eine entsprechende immunmodulatorische Behandlung begonnen worden sei (S. 2).

E. 3.4

Der behandelnde Rheumatologe Dr. med. M.____, Facharzt FMH Rheumatologie und Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Facharzt FMH Allgemeine Medizin, stellte in seinem Bericht vom 17. August 2023 (Urk. 7/185) folgende Diagnosen (S. 1) : - HLAB27-negative Spondyloarthritis, Erstdiagnose 2004 - anamnestisch Diagnose Spondyloarthritis

Universitätsspital N.____ 2014 - Klinik: partiell entzündlicher Rückenschmerz, Enthesitis Kniegelenk ventral rechts, Ferse links, Ellbogen rechts, Synovitis SC-Gelenke beidseits - BSR 7mm/h, CRP 1.0 mg/l. RF leicht positiv, ACPA, HLA B 27 negativ, ANA 1:320, ENA negativ Mai 2023 - Zöliakie-AK negativ, korr.

Ca, Ph, TSH, PTH normwertig Mai 2023 - Rö

Barsony 10. Mai 2023: fragliche Mehrsklerosierung links als fragliches Zeichen einer Sarkoidose. Keine Erosionen, keine ISG Gelenkspalterweiterung, keine eindeutigen Akylosen - MRI BWS/Thorax 2. August 2023: leichte degenerative Veränderungen der BWS, vor allem mit aktivierter Osteochondrose BWK10-12 rechts ventral und überbrückenden Spondylophyten auf gleicher Höhe, rechtsbetont.

Leichte Synovialitis des Sternoklavikulargelenks beidseits rechtsbetont. Am ehesten aktivierte AC-Gelenksarthrose links. In erster Linie prominente Lymphknoten suprahilär rechts. - Status nach MTX November 2022 bis Januar 2023 (Schwindel, Bauchschmerzen), Leflunomid 19mg/Tag (Durchfall, Bauchkrämpfe), seit Februar 2023 Hyrimoz einmalig Juni 2023 (Stopp bei ausgeprägtem Schwindel) Enbrel 50 mg 7. August 2023 und 25 mg 14. August 2023 (Stopp bei Kopfschmerzen Dyspnoe) - chronische Abdominalsymptomatik - chronische Zervikobrachialgie links, EM 2013 - DD wahrscheinlich multifaktoriell (spondylogene C6/7 links), myofaszial, zusätzlich auch Irritation des sympathischen Nervensystems/CRPS, radikuläre Reizung C6/7 nicht auszuschliessen - Status nach akuter Radikulopathie links bei Diskushernie 2013 - Status nach HWS-Distorsion 1992 mit links betonter Symptomatik - Angiologie März 2023: kein Hinweis auf ein vaskuläres Kompressionssyndrom - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - rezidivierende depressive Störung - multifaktorielle psychosoziale Belastungsfaktoren - Entwicklung eines Erschöpfungssyndroms - seit Jahren bestehende Schmerzsymptomatik - Status nach wahrscheinlich Parotitis links mit Weichteilinfekt zirka 2017 - Status nach Urosepsis zirka 2009

Dr. M. ___ hielt fest, dass sich eine HLAB27-negative Spondyloarthritis nach Vor diagnose aus dem Jahre 2014 vom N. ___ bestätigend diagnostizieren lasse. Es bestehe die klinische Situation eines partiell entzündlichen Rückenschmerzes, einer Enthesitis am Kniegelenk rechts sowie an der Ferse links sowie ein Befall im Sinne einer Synovitis der SC-Gelenke beidseits. Zusammenfassend bestehe somit die Spondylarthritis mit einem axialen Befall seit Jahren sowie einem peripheren Befall aktuell detektiert. Es bestünden zusätzlich multisegmentale degenerative Veränderungen am Bewegungsapparat, insbesondere bei der HWS und LWS (S.

2).

Aufgrund der bestätigten entzündlichen Erkrankung und der degenerativen Veränderungen sowie der daraus resultierenden klinischen Befunde und klinischen Einschränkungen respektive der reduzierten Belastbarkeit und dem erhöhten Pausenbedarf bestehe aus rheumatologischer Sicht eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % (S. 2).

E. 3.5

Dr. med. O. ___ , FMH Allgemeinmedizin, führte in seinem Bericht vom 25. August 2023 (Urk. 7/187) aus, die Beschwerdeführerin leide seit Jahren an Schmerzen diverser Ursachen. Dieses Jahr habe sich herauskristallisiert, dass es sich um eine spezielle rheumatologische Krankheit handle. Aktuell arbeite die Beschwerdeführerin mit einem Pensum von 20 % in einer Einzelarztpraxis als einzige MPA und sei gesundheitlich und psychisch am Rand. Mittel- bis langfristige erachte er eine halbe Invalidenrente als realistisch, sehe aber keine Möglichkeit, dass sie wieder zu 100 % arbeitsfähig sein werde. 3. 6

Am 29. September 2023 nahm RAD-Arzt Dr. J. ___ zu den Berichten der behandelnden Ärzte vom 26. Juni

sowie vom

17. und 25. August 2023 (Urk. 7/185 -187) Stellung (Urk. 7/203/3-5) und führte aus, im Bericht von Dr. L. ___ seien keine neuen oder bislang unbekanntenen objektiven medizinischen Befunde in neurologischer oder psychiatrischer Sicht genannt, weshalb die vom

D. ___ -Gutachten abweichende Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit aus versicherungsmedizinischer Sicht einer anderen Beurteilung desselben medizinischen Sachverhalts entspreche. Zum Zeitpunkt der dem D. ___ - Gutachten vorausgegangenem RAD-Stellungnahme vom 19. Januar 2022 habe es in den Akten keine Hinweise auf eine laufende, medikamentöse, fachärztlich-rheumatologische Behandlung einer laut Angabe im Bericht von Dr. M. ___ schon im Jahre 2004 erstmalig diagnostizierten und im Jahre 2014 durch das N. ___ bestätigten Erkrankung aus dem Bereich der systemischen, entzündlich-rheumatischen Erkrankungen gegeben. Ansonsten wäre selbstverständlich auch dieses Fachgebiet in die Begutachtung miteinbezogen worden. Bei der gutachterlichen Untersuchung seien auf orthopädischem Fachgebiet folgende, zusätzlich von den Experten angeforderten Berichte vorgelegen: MRT der HWS vom 10. Mai 2022 (vgl. Urk. 7/138), MRT der LWS und des ISG vom 17. November 2022 (Urk. 7/131-132) und Bericht von Dr. med .

P. ___ (Fachärztin für Rheumatologie und Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin) vom 17. November 2022 (vgl. Urk. 7/164/128-130). In keinem dieser Berichte seien eindeutige

für eine systemische Erkrankung des entzündlich-rheumatischen Formenkreises sprechende Befunde beschrieben worden. In den radiologischen Berichten seien einzig degenerative Veränderungen der HWS und LWS genannt worden und im rheumatologischen Bericht von Dr. P. ___ sei sogar eindeutig festgehalten worden, dass sich weder eine Spondylitis noch ein Hinweis auf eine schon länger bestehende Spondyloarthritis

finden lassen und sich somit weder die Diagnose eines M. Bechterew stellen lassen noch die einer Psoriasisarthritis. Lediglich « wegen des enormen Leidens druck s » habe man zeitlich limitiert Steroide gegeben und das Ansprechen abwarten wollen, um dann in weiterer Folge in eine immunmodulierende Therapie zu diskutieren. Der RAD-Arzt wies abschliessend darauf hin, dass die funktionelle Leistungsfähigkeit einer versicherten Person im Rahmen einer medizinischen Begutachtung unabhängig von der zugrundeliegenden Ursache beurteilt werde, weshalb sich vorliegend keine Änderung der gutachterlichen Bewertung ergebe (Urk. 7/203/5).

Am 4. Oktober 2023 (Urk. 7/203/6) äusserte sich Dr. J. ___ erneut zu den genannten Berichten der behandelnden Ärzte und hielt fest, dass es sich bei dem Bericht von Dr. M. ___ um eine unterschiedliche Zuordnung derselben objektiven, klinischen und radiologischen Befunde zu verschiedenen Gesundheitsstörungen/Diagnosen des Stütz-/Halte- und Bewegungsapparates handle. Neue objektive Befunde seien im Bericht indes nicht genannt worden. Ebenso

wenig beschreibe die Stellungnahme von Dr. L. ___

unbekannte objektive Befunde, sondern halte eine von der D. ___ -Expertise abweichende Bewertung der funktionellen Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Schliesslich lägen auch weiterhin keine beweisenden

(Labor-) Befunde für eine eindeutig systemische Erkrankung des entzündlich-rheumatischen Formenkreises vor. 4.

E. 4

-6) am 19. März 2024 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, es sei die Verfügung vom 19. Februar 2024 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr die gesetzlichen Leistungen nach IVG, namentlich eine Invalidenrente auch ab 1. Januar 2023 zu gewähren. Eventuell sei die Verfügung aufzuheben und an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen mit der Verpflichtung, ein polydisziplinäres Gutachten einzuholen und danach neu über den Leistungsanspruch zu verfügen. Subeventuell sei die Verfügung aufzuheben und zur Beurteilung des Leistungsanspruchs ein gerichtliches polydisziplinäres Gutachten einzuholen und danach neu über den Leistungsanspruch zu entscheiden (S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 18. April 2024 (Urk. 6) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 19. April 2024 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Das D. ___ -Gutachten vom 6. Februar 2023 (vgl. E. 3.1) entspricht den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise. So ist es für die streitigen Belange umfassend, gibt es doch Antwort auf die Frage nach dem Gesundheitszustand und der verbleibenden Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Es beruht sodann auf den notwendigen internistischen, neurologischen, orthopädischen, psychiatrischen und

neuropsychologischen Untersuchungen. Die Gutachter berücksichtigten detailliert die geklagten Beschwerden und setzten sich damit auseinander (Urk. 7/164 S. 34, S. 44 ff., S. 47, S. 56, S. 71, S. 76, S. 82 ff., S. 96; Urk. 7/164/106-117 S. 2 f., S. 9 f.). Die Expertise wurde sodann in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben, wobei sich die Gutachter zur Krankheitsentwicklung äusserten und Bezug auf die medizinischen Vorakten nahmen (S. 8 f., S. 17 ff., S. 32 f., S. 63 f., S. 91 ff.; Urk. 7/164/106-117 S. 10). Sie kommentierten insbesondere abweichende Einschätzungen anderer Arztpersonen und würdigten diese in einleuchtender Weise (S. 60 ff., S. 96; Urk. 7/164/106-117 S. 10). Schliesslich leuchtet die Expertise in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen im Gutachten sind begründet.

In diesem Sinne ging Dr. E.____ nachvollziehbar von einem belastungsabhängigen pseudoradikulären beidseitigen Zervikal- und Lumbalsyndrom, einer Epicondylitis humeri

radialis rechts, einer Fasziiitis plantaris links und Übergewicht aus, welche indes keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Sekretärin haben (Urk. 7/164 S. 47, S. 49). Die neurologische Gutachterin legte einleuchtend dar, dass den multiplen cMRI-Signalveränderungen unklarer Ursache bezüglich der Arbeitsfähigkeit keine Relevanz zukommen (S. 64 ff.). In internistischer Hinsicht diagnostizierte Prof. Dr. G.____ in schlüssiger Weise ein Foramen ovale apertum, Übergewicht sowie einen Verdacht auf eine ausgeheilte Hepatitis C, welchen er keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beimass (S. 76 ff.). Der psychiatrische Gutachter H.____

beschrieb eingehend, dass aufgrund einer Angst und depressiven Störung gemischt sowie einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren die Arbeitsfähigkeit aufgrund einer herabgesetzten Durchhaltefähigkeit zu 30 % eingeschränkt ist (S.

97 ff.). Unter neuropsychologischen Gesichtspunkten ging Dr. phil.

I.____ nachvollziehbar von altersentsprechenden Befunden aus, weshalb die Arbeitsfähigkeit nicht reduziert ist (Urk. 7/164/106-117 S. 10). Die Expertise erfüllt demnach die praxisgemässen Kriterien an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens (BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c), weshalb für die Entscheidungsfindung grundsätzlich darauf abzustellen ist.

E. 4.2

An dieser Beurteilung vermag der Hinweis der Beschwerdeführerin, im D.____-Gutachten sei das Zusammenwirken der verschiedenen Krankheits- und Störungsbilder mit gegenseitiger Verstärkung sowie die Krankheitsentwicklung nicht genügend berücksichtigt worden (Urk. 1 S. 5

Ziff. 1 mit Hinweis auf Urk. 3/4), nichts zu ändern. Vorliegend hat eine polydisziplinäre Begutachtung in fünf Fachdisziplinen stattgefunden, wobei die vier medizinischen Experten am 23. Dezember 2022 eine interdisziplinäre Gesamtbeurteilung vorgenommen haben und der Zusammenhang zwischen den somatischen Beschwerden und dem psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin angemessen berücksichtigt wurde (Urk. 7/164 S. 1 ff.). Gleiches gilt mit Bezug auf den Krankheitsverlauf, der sowohl in der interdisziplinären Konsensbeurteilung als auch in den einzelnen Teilgutachten eingehend

thematisiert und dem bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wesentliche Bedeutung zugemessen wurde (S. 8 f., S. 11, S. 47 f., S. 63 f., S. 76, S. 91 ff., S. 96, S. 98).

Betreffend den Einwand der Beschwerdeführerin, im

D. ___ - Gutachten

fehle

eine rheumatologische Expertise (Urk. 1 S. 5

Ziff. 2 mit Hinweis auf Urk. 4/ 5 -6), ist Folgendes festzuhalten: Im Rahmen der Begutachtung

wurde zwar kein rheumatologisches Teilgutachten eingeholt, es

liegt aber eine orthopädische Expertise vor, in welchem sich die orthopädische Sachverständige - welche über einen Facharztstitel für Orthopädische Chirurgie verfügt (Urk. 7/164 S. 16) - mit dem einzigen in den Akten vorliegenden rheumatologischen Arztbericht (Bericht von Dr. P. ___ vom 22. November 2022, Urk. 7/164/128-130)

auseinandersetzte und diesbezüglich insbesondere festhielt, dass sich aufgrund fehlender Gelenkschwellungen, fehlender Schwellungen der Sehnencheiden sowie der vorhandenen radiologischen Untersuchungen keine Hinweise auf eine erhöhte humorale Entzündungsaktivität oder entzündlich-rheumatische Erkrankungen im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparates zeigen würden

(Urk. 7/164 S. 43 f.). Dr. P. ___ stellte die Diagnose einer Enthesitis im Bereich des Ellbogens, der Plantarfaszien und Achillessehnen und verneinte unter anderem einen auffälligen Befund an den Knien, Zeichen einer aktivierten ISG-Arthritis sowie Hinweise auf eine

Sacroiliitis

oder auf eine länger bestehende chronische Spondylarthritis der Wirbelsäule und der ISG-Gelenke.

Damit ist nachvollziehbar, dass sie

die Diagnose eines M. Bechterew nicht stellte. Gleiches gilt auch für die Diagnose einer Psoriasisarthritis, nachdem nur zwei der geforderten drei Punkte für eine solche Diagnose vorlagen. Ungeachtet dessen wurden wegen des enormen Leidensdrucks zeitlich limitiert Steroide verschrieben und das Ansprechen wurde abgewartet (Urk. 7/164/128-130 S. 2). Vor diesem Hintergrund ist der Umstand, dass seitens der Beschwerdegegnerin keine rheumatologische Expertise

eingeholt wurde, nicht zu beanstanden.

Dies umso mehr, als Gegenstand der Rheumatologie - als Teildisziplin der Inneren Medizin - (chronische) Schmerzen des Bewegungsapparates sind, was unter anderem auch auf die Orthopädie zutrifft (Urteil des Bundesgerichts 8C_682/2017 vom 14. Februar 2018 E. 6.2 mit Hinweisen). Die fachliche Kompetenz war demnach gegeben. Im Übrigen wurde auch seitens der D. ___ keine Notwendigkeit gesehen, zusätzlich zu den von der Beschwerdegegnerin festgelegten Fachdisziplinen eine rheumatologische Begutachtung durchzuführen, ansonsten die Gutachterstelle - wie sie es vorliegend betreffend die neuropsychologische Untersuchung gemacht hat (Urk. 7/149) - eine entsprechende Exploration

in die Wege geleitet hätte.

Gleichermassen zielt der Einwand der Beschwerdeführerin, die Beschwerdegegnerin hätte ohne die gutachterliche Beantwortung der Rückfrage vom 2. Oktober 2023 (Urk. 7/199/1) an die D.____-Experten die Rentenprüfung nicht vornehmen dürfen (Urk. 1 S. 5 f. Ziff. 6), ins Leere. Die Rückfrage wurde zwar nicht von den Sachverständigen der D.____ beantwortet (vgl. Urk. 7/201), jedoch hat sich der RAD-Arzt Dr. J.____ am 29. September und 4. Oktober 2023 (Urk. 7/203/3-6) eingehend mit den in Frage stehenden Berichten der behandelnden Ärzte Dresden.

M.____, L.____

und

O.____ vom 26. Juni sowie 17. und 25. August 2023 (Urk. 7/185-187) auseinandergesetzt. Die an die D.____-Experten

gerichtete Frage

betrifft sodann keine Unklarheit oder Widersprüchlichkeit in den Angaben und Schlussfolgerungen der Gutachter, sondern einzig deren Vereinbarkeit mit den nach der Gutachtenserstellung vorgelegten neuen Berichten

der behandelnden Ärzte.

Der RAD-Arzt hielt diesbezüglich fest, dass es sich beim Bericht von Dr. M.____ (Urk. 7/185) um eine unterschiedliche Zuordnung derselben objektiven, klinischen und radiologischen Befunde zu verschiedenen Gesundheitsstörungen des Stütz-/Halte- und Bewegungsapparates handelt und keine neuen

objektiven Befunde beschrieben

wurden. In den Akten fanden sich zudem weder

Hinweise auf eine wie von Dr. M.____ erwähnt

im 2004 erstmals diagnostizierte

respektive im Jahre 2014 vom N.____ bestätigte Erkrankung aus dem systemischen, entzündlich-rheumatischen Formenkreis noch (Labor-)Befunde für eine solche Erkrankung.

Ferner

hatte Dr. P.____ am 11. November 2022 das Vorliegen von Hinweisen für eine schon länger bestehende Spondyloarthritis sowie einen M. Bechterew ausdrücklich vermerkt (vgl. Urk. 7/164/128-130 S. 2). Des Weiteren enthielt auch der Bericht des behandelnden Neurologen Dr. L.____ (Urk. 7/186) lediglich eine vom D.____-Gutachten abweichende Bewertung der funktionellen Leistungsfähigkeit (Urk. 7/203/6, vgl. auch Urk. 7/203/3-4), ohne aus der beschriebenen Symptomatik konkrete funktionelle Einschränkungen abzuleiten. Unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag ist es nicht angängig, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte

vorbringen, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts 9C_338/2016 vom 21. Februar 2017 E).

5.5). Derartige Aspekte sind vorliegend nicht ersichtlich. Nichts anderes folgt aus dem Bericht des Hausarztes Dr. O.____ vom 25. August 2023 (Urk. 7/187), welcher ebenfalls keine neuen objektiven Befunde aufführte und sich lediglich auf eine andere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit beschränkte, ohne dies unter Bezugnahme auf die funktionellen Einschränkungen nachvollziehbar zu begründen. Was den hausärztlichen Bericht vom 6. März 2024 (Urk. 3/6) betrifft, so werden darin lediglich Diagnosen ohne jegliche Begründung

aufgeführt, welche offenkundig

vom Bericht von Dr. M.____ vom 17. August 2023 (Urk. 7/185 S. 1) übernommen wurden. In der Stellungnahme von Dr. L.____ vom 22. Februar 2024 (Urk. 3/4)

beschränkte sich der behandelnde Neurologe auf eine Wiederholung des Krankheitsverlaufs (S. 1 ff.)

und nannte keine medizinischen Aspekte, welche im Rahmen der Begutachtung nicht bereits berücksichtigt worden waren (S. 3 ff.).

Was schliesslich den von der Beschwerdeführerin erwähnten schweren Erschöpfungszustand und den Verdacht eines Burn-outs (Urk. 1 S. 3 Ziff. 1) betrifft, liegen keine entsprechenden

(fachärztliche) Berichte vor.

E. 4.3

Was den Verlauf der Arbeitsfähigkeit anbelangt, war die Beschwerdeführerin gemäss der D.____-Expertise im Zeitpunkt der Konsensbeurteilung im Dezember 2022 aus psychischen Gründen in jeglicher Tätigkeit zu 30% arbeitsunfähig (Urk. 7/164 S. 11

f.).

Für die Zeit davor ging die Beschwerdegegnerin zugunsten der Beschwerdeführerin von einer 80%igen Arbeitsunfähigkeit in jeder Tätigkeit aus (Urk. 2). Dies ist unter Berücksichtigung des psychiatrischen Gutachtens, wo

mit Verweis auf die Aktenlage eine Arbeitsunfähigkeit von 100% im August 2020, der Abbruch von Eingliederungsmassnahmen mit einem Pensum von 20% im Oktober 2021 sowie eine Arbeitsfähigkeit von 20% im Januar 2022 erwähnt wurden (Urk. 7/164 S. 98 ff.), nicht zu beanstanden (vgl. auch Urk. 7/168/8, Urk. 7/7/113, Urk. 7/85 S. 4 Ziff.

E. 4.4

Zusammenfassend steht fest, dass die Beschwerdeführerin in jeglicher Tätigkeit zu 70% arbeitsfähig ist. In Anbetracht der beweiskräftigen medizinischen Grundlage sind von weiteren Untersuchungen

keine anderen entscheidungsrelevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abzusehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E 4b, BGE 122 V 157 E. 1.d, BGE 136 I 229 E 5.3).

5. 5.1

Zu prüfen ist, ob sich die D.____ - Gutachter bei der Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben.

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen). 5. 2

Die Arbeitsfähigkeit von 70 % in jeglicher Tätigkeit begründete der psychiatrische Sachverständige unter Beachtung der massgebenden Indikatoren hinreichend und nachvollziehbar. Ein schwerer Ausprägungsgrad der Erkrankung liegt nicht vor, nachdem die Gutachterin einzig einen weitschweifigen und logorrhoischen Rapport, eine Grübelneigung betreffend berufliche und finanzielle Zukunft, einen zum depressiven Pol verschobenen Affekt sowie eine leichte Ängstlichkeit nannte

(Urk. 7/164 S. 86 f.) und zusammenfassend von einer milden psychischen Symptomlast ausging (S. 97). Eine Persönlichkeitsstörung sowie Hinweise auf eine Persönlichkeitsakzentuierung wurden von der Expertin verneint (S. 87). Die Beschwerdeführerin nimmt regelmässig Psychopharmaka ein, besucht jedoch gemäss eigenen Angaben nur einmal pro Monat die psychotherapeutische Therapie (S. 38), was nicht auf einen erheblichen Leidensdruck hinweist. Hinsichtlich des sozialen Kontexts ist zu berücksichtigen, dass sie über einen – wenn auch kleinen – Freundeskreis verfügt und zu ihren beiden erwachsenen Kindern eine sehr gute Beziehung besteht (S. 85). Die Beschwerdeführerin steht gemäss eigenen Angaben gegen 6 Uhr auf, macht sich Kaffee, meditiert oder hört Musik, geht danach zwischen 30 Minuten und zwei Stunden spazieren und isst dann etwas. Sie lese, male mit Acrylfarben oder gestalte etwas mit Pflanzen. Gegen 12.30/13 Uhr gebe es Mittagessen, um 15/16 Uhr Zvieri und um 18/19 Uhr Abendessen, manchmal koche sie oder esse auswärts. Ab und an gehe sie zu Besuch oder erhalte Besuch. Um 21/22.30 Uhr gehe sie ins Bett. Das Einkaufen erledige sie selbst mit dem öffentlichen Verkehr oder Taxi, wobei sie öfters einkaufe, damit sie nicht so viel tragen müsse. Als Hobbies nannte sie Malen, Tanzen, Yoga und Meditation, Töpfern oder in der Natur spazieren (S. 37). Unter Berücksichtigung des sozialen Rückhalts, der in verschiedenen Bereichen absolvierten Ausbildungen (Pharmaassistentin, Kosmetikerin, Abschluss Handelsschule), der vielfältigen beruflichen Erfahrung

(Urk. 7/13/5) und der guten Arbeitsmotivation sind bei der Beschwerdeführerin trotz der Belastungen aufgrund der körperlichen Beschwerden, der gedanklichen Einengung auf das Schmerzerleben und der finanziell unsicheren Situation hinreichend persönliche Ressourcen vorhanden (Urk. 7/164

S. 10), auf welche sie zurückgreifen kann. Damit ist angesichts des nicht erheblichen funktionellen Schweregrads der diagnostizierten Gesundheitsstörungen

bei weitgehend erhaltenen Ressourcen nicht zu beanstanden, dass der psychiatrische Experte auf eine Arbeitsfähigkeit von 70 % schloss. 6.

6.1

Schliesslich bleibt der Invaliditätsgrad im Zusammenhang mit der 70%igen Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit ab 1. Januar 2023 zu prüfen.

Bei 80%iger Arbeitsunfähigkeit vom 1. Oktober 2021 bis 31. Dezember 2022 ist ein Invaliditätsgrad über 70 % ausgewiesen. 6.2

6.2.1

Die Beschwerdegegnerin setzte den Status der Beschwerdeführerin auf 90 % Erwerb und 10 % Haushalt fest (Urk. 7/168/9), was nicht zu beanstanden ist und

seitens der Beschwerdeführerin auch nicht bestritten wird (vgl. Urk. 7/72, Urk. 7/164 S. 36). Entsprechend ist der Invaliditätsgrad gestützt auf die gemischte Methode (vgl. Art. 27 bis IVV) zu berechnen. Die Beschwerdegegnerin ermittelte für die Zeit nach dem

1. Januar 2023 einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von unter 40 % (Urk. 7/168/9-10). Dies ist nicht zu beanstanden, nachdem

– die Beschwerdegegnerin nahm einen Prozentvergleich vor – auch unter Berücksichtigung des bei der B.____ im Jahre 2020 erzielten Validenlohns (Fr. 73'628.65

[Fr. 72'992.70 : 103.3 x 104.2, Nominallohnindex Frauen 2016-2023 Tabelle T1.2.15, 2020-2022];

vgl. Urk. 7/72 S. 5) und des gestützt auf die vom Bundesamt für Statistik herausgegebene Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE) aus dem Jahre 2022 (Fr. 65'906.90

[Fr. 5'281.-- : 40 x 41.7 x 12], Tabelle TA1_Tirage_Skill_Level, Ziff. 86-88, Kompetenzniveau 2, Frauen) ermittelten hypothetischen Invalidenlohns (Fr. 46'134.85 [Fr. 65'906.90 x 0.7; die Beschwerdeführerin ist gemäss eigenen Angaben nicht erwerbstätig, Urk. 1 S. 6 Ziff. 1)

bei einer uneingeschränkten Leistungsfähigkeit im Haushaltsbereich

kein Invaliditätsgrad von über 40 % resultiert (37.3 % im Erwerbsbereich x 0.9 Erwerbsanteil = 33.6 %).

Der Hinweis der Beschwerdeführerin auf einen Pauschalabzug nach Art. 26 bis

Abs. 3 IVV (Urk. 1 S. 6 Ziff. 1) geht ins Leere, da ihre Arbeitsfähigkeit über 50 % liegt. Soweit sie zudem

geltend macht, es seien betreffend Einschränkungen im Haushalt weitere Abklärungen vorzunehmen

(Ziff. 2), kann darauf in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 127 V 491 E. 1b mit Hinweisen) verzichtet werden. Gemäss D.____-Gutachten erklärte die Beschwerdeführerin wiederholt, dass sie den Haushalt selbständig erledige respektive die Haushaltsarbeiten allein bewältigen könne (Urk. 7/164 S. 42, S. 57, S. 73, S. 85). Die orthopädische Expertin verneinte sodann unter Hinweis auf das von ihr umschriebene Belastungsprofil eine Einschränkung im Zusammenhang mit der Ernährung, Wohnungspflege,

dem Einkauf und der Wäsche-/Kleiderpflege (S. 52).

Im Übrigen legte die Beschwerdeführerin in der Beschwerdeschrift auch nicht dar, in welcher Weise und welchem Umfang sie in der Haushaltsführung konkret beeinträchtigt sei (Urk. 1 S. 6 Ziff. 2). Von weiteren Abklärungen sind deshalb diesbezüglich keine weiteren Erkenntnisse zu erwarten. 7.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin ab

1. Oktober 2021 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat. Ab Dezember 2023 resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad, weshalb ab 1. April 2023 kein Anrecht mehr auf eine Rente besteht (Art. 88a Abs. 1 IV V , Urteil des Bundesgerichts

9C_23/2023 vom 21. August 2023 E. 5.1) . Dies führt zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde. 8.

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), auf Fr. 800.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen , obsiegt sie doch in vernachlässigbarem Umfang . Entsprechend ist ihr auch keine Parteientschädigung zuzusprechen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 19. Februar 2024 dahingehend abgeändert , als festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin vom 1. Oktober 2021 bis 31. März 2023 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat. 2.

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

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

Der Beschwerdeführerin wird keine Parteientschädigung zugesprochen. 4 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur . Alexander Müller - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5 .

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
GräubSchleiffer Marais

E. 4.7

).

E. 9

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

E. 11

f. , S. 14 f.).

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