

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00242 vom 4. August 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-08-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00242

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00242 du 4 août 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00242 del 4 agosto 2025

Erwägungen

E. 1

) ersuchte die Versicherte aufgrund einer neu hinzugetretenen Diagnose um Wiedererwägung der Verfügung vom 8. März 2024, was die IV-Stelle mit Schreiben vom 25. April 2024 (Urk.

7/84) ablehnte.

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

September

2021

anhängig

gemachten

Anmeldung

bei

der

Invalidenversicherung könnten allfällige Leistungen frühestens ab März 2022 ausgerichtet werden (vgl. Art.

29 Abs.

1 IVG). In dieser übergangsrechtlichen Konstellation ist die seit 1.

Januar 2022 geltende Rechtslage massgebend, die im Folgenden soweit nichts anderes vermerkt ist jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet wird.

E. 1.2

Erw erbsunfähigkeit ist gemäss Art.

E. 1.3

).

Die

Arbeitsfähigkeit

kön ne nicht durch medizinische Massnahmen verbessert werde n. Der Verlauf und die Prognose würden durch folgende Faktoren beeinflusst: Schwere und teilweise Chronifizierung

der

Störungen,

geringes

Allgemeinwissen,

geringe

Introspektionsfähigkeit, geringe Resilienz und Ressourcen, vielfältige widrige Umstände und geringe Motivation zur Therapie (Urk. 7/19/6 f. Ziff. 2.7). Auch eine angepasste Tätigkeit sei nicht zumutbar .

Die Beschwerdeführerin sei nicht in der Lage, ihren Alltag zu bewältigen (Urk. 7/19/7 Ziff. 3.1; Ziff. 3.4). 3. 6

Dr. Z.____ nahm am 28. Dezember 2021 (Urk. 7/29/43-52) Stellung zur Beurteilung durch Dr. C.____ (Urk. 7/18) und hielt bei unveränderter Diagnose (Urk. 7/29/48) fest, er gehe nicht von einer Anpassungsstörung aus . Die von ihm gestellten Diagnosen seien ausgewiesen (Urk. 7/29/ 48- 49). 3. 7

Dr . C.____

äusserte sich am 15. Februar 2022 (Urk. 7/29/37-41) erneut zur Beurteilung durch Dr. Z.____

und führte aus, anhand der subjektiven Angaben und des objektiven Befundes sei die Diagnose einer Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (ICD-10 F43.25) zu stellen. Die Beschwerdeführerin habe zwei mal angerufen und nach der Beurteilung der Referentin gefragt, zudem habe sie bei der Krankentaggeldversicherung angerufen und mitgeteilt, sie sei unzufrieden mit der Referentin und wolle zu einem anderen Arzt. Sie stehe morgens zwischen halb sieben und neun auf und bringe an mehreren Tagen die Tochter in die Kita. Eine wie beschrieben schwer depressive und traumatisierte Patientin sei nicht imstande, früh aufzustehen und sich um die kleine Tochter zu kümmern, die Behandler zu wechseln, zu telefonieren und für ihre Rechte einzustehen (Urk. 7/29/41).

3. 8

Dr. Z.____ hielt mit Verlaufsbericht vom 17. Oktober 202 2 (Urk. 7/45) fest, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich verschlechtert; es seien Symptome einer schweren depressiven Störung aufgetreten (Urk. 7/45/1). Sie sei zu 100 % arbeitsunfähig und nicht in der Lage, eine leichte Tätigkeit auszuführen. Dr. Z.____ diagnostizierte

erneut eine depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2), eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, ICD-10 F43.1), eine Angststörung (ICD-10 F41.0) und eine anhaltende Schmerzstörung (ICD-10 F45.40 ; Urk. 7/45/2).

Es finde zweimal monatlich eine Einzeltherapie statt (Urk. 7/45/4). 3.

E. 1.4

Die

Annahme

eines

psychischen

Gesundheitsschadens

im

Sinne

von

Art.

4

Abs.

1 IVG sowie Art.

3 Abs.

1 und Art.

6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die

Vorgaben

eines

anerkannten

Klassifikationssystems

abgestützte

Diagnose

vor aus (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. 1.5

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_16/2025 vom 24. April 2025 E. 4.3.1).

Den

von

Versicherungsträgern

im

Verfahren

nach

Art.

44

ATSG

eingeholten,

den

Anforderungen

der

Rechtsprechung

entsprechenden

Gutachten

externer

Spezialärzte (sog. Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete

Indizien

gegen

die
Zuverlässigkeit
der
Expertise
sprechen
(BGE
137
V
210 E.
1.3.4,
135
V
465
E.
4.4;
Urteil
des
Bundesgerichts
8C_77/2021
vom
20.
April
2021 E. 3 m.w.H.). 2.

E. 2

Am 25. April 2024 erhob die Versicherte Beschwerde gegen die Verfügung vom 8. März 2024 (Urk. 2) und beantragte deren Aufhebung sowie

die
Rückweisung
der Sache
an
die
Beschwerdegegnerin
zur
Vornahme
weiterer
Abklärungen .

In

prozes sualer Hinsicht beantragte sie die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels (Urk.

1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 30. Mai 2024 (Urk. 6) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde , wovon die Beschwerdeführerin am 19. Juni 2024 (Urk. 9) in Kenntnis gesetzt und gleichzeitig ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet wurde. Mit Replik vom 21. August 2024 (Urk. 12) hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest und reichte einen medizinischen Fachartikel (Urk. 13) ein . Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 23. September 2024 auf die Einreichung einer Duplik (Urk. 15), was der Beschwerdeführerin am 24. September 2024 (Urk. 16) mitgeteilt wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt: Es sei keine längerdauernde gesundheitliche Einschränkung ausgewiesen, die sich negativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei es der Beschwerdeführerin zumutbar, jegliche angepassten Tätigkeiten vollwertig auszuüben (S. 1). Die Beschwerdeführerin sei als zu 60 % im Erwerbs- und zu 40 % im Haushalt s bereich tätig zu qualifizieren. Die Abklärungen hätten ergeben, dass zwar gewisse Einschränkungen im Haushalt bestünden, aber zusammenfassend keine neuen Tatsachen vorgebracht würden, welche eine längerdauernde gesundheitliche Einschränkung begründeten (S. 2).

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 6) hielt die Beschwerdegegnerin fest, es seien hinsichtlich der neu hinzugetretenen Diagnose eines Hypophysen-Makroadenoms zwar gemäss Einschätzung des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) bleibende Einschränkungen möglich, diese hätten jedoch überwiegend wahrscheinlich keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Dem entsprechenden Bericht seien keine funktionellen Einschränkungen zu entnehmen. Es werde auf mögliche Nebenwirkungen bezüglich der medikamentösen Therapie hingewiesen. Ansonsten werde die Beschwerdeführerin als oligosymptomatisch - mit wenigen Symptomen - beschrieben (S. 1).

E. 2.2

Die

Beschwerdeführerin

machte

geltend

(Urk.

1),

bei

ihr

sei

am

1.

Februar

2024

ein Makroprolaktinom

(Hypophysen-Tumor)

diagnostiziert

worden.

Dies

beschlage

den medizinischen Sachverhalt vor Erlass der Verfügung. Ein Zusammenhang mit der somatischen Erkrankung und den geklagten psychischen Beschwerden könne nicht

ausgeschlossen

werden.

Der

entscheidrelevante

Sachverhalt

sei

daher

in

medizinischer Sicht nicht rechtsgenügend abgeklärt worden (S. 4 Ziff. 9). Replizierend (Urk. 12) hielt die Beschwerdeführerin fest, die Beschwerdegegnerin habe den neu eingereichten Bericht betreffend das Makroprolaktinom dem RAD nicht vorgelegt,

sondern

dort

lediglich

eine

telefonische

Rückfrage

getätigt

(S.

3

Ziff.

5). Der RAD-Arzt komme ohne substantiierte medizinische Begründung zum Schluss, dass bleibende Einschränkungen möglich, jedoch ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien . Ein Makroadenom könne jedoch zu erheblichen Nebenwirkungen führen.

Diesbezüglich

nenne

der

Behandlungsbericht

ausdrücklich

auch

psychische Beschwerden

und

Müdigkeit.

Ein

Zusammenhang

zwischen

den

beklagten

psychischen

Beschwerden

und

der

somatischen

Erkrankung

und

somit

ein

langdauernder Gesundheitsschaden könnten somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Die Oligosymptomatik dürfte sich lediglich auf die Leitsymptome der Erkrankung beziehen, nicht jedoch auf mögliche Begleiterkrankungen, zumal im Behandlungsbericht ein depressives Geschehen bestätigt werde (S. 4 Ziff. 7). Zudem könne auf das psychiatrische Gutachten von Dr. A.____ nicht abgestellt werden, da er ohne eingehende Diskussion und pauschal das Vorliegen einer Schmerz- und Angststörung verneine (S. 4 Ziff. 9). Dies entspreche nicht einem sorgfältigen differentialdiagnostischen und leitlinienkonformen Vorgehen. Bezüglich des Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit bemerke der Gutachter, dass eine rückwirkende Beurteilung aufgrund der widersprüchlichen Berichte des behandelnden Arztes nicht möglich sei. Allerdings erkenne er dabei, dass sie bereits im Jahr 2021 bei Dr. B.____ in Behandlung gewesen sei. Deren Berichte habe er nicht gewürdigt. Der medizinische Sachverhalt sei somit nicht rechtsgenüßlich abgeklärt worden (S. 5 Ziff. 10-12).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen sind der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin und in diesem Zusammenhang die Frage, ob die medizinischen Akten eine entsprechende Prüfung erlauben. 3. 3.1

Dr. med. B.____, Praktisch Ärztin, diagnostizierte in ihrem am 3. Juni 2021 (Urk. 7/29/83-84) zuhanden der Krankentaggeldversicherung erstatteten Bericht eine mittelgradige depressive Episode mit einem somatischen Syndrom (ICD-10 F32.11) und einen Status nach Cholezystektomie im Februar 2021. Die Beschwerdeführerin sei seit 8. Februar 2021 in jeder Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (Urk.

7/29/83). 3.2

Dr. med. C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und

Allgemeine

Innere

Medizin,

Vertrauensärztin

der

Krankentaggeldversicherung der Beschwerdeführerin, diagnostizierte in ihrem nach eigener Untersuchung der Beschwerdeführerin verfassten Bericht vom 6. Juli 2021 (Urk. 7/29/76-82) eine Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (ICD-10 F43.25; Urk. 7/29/80). Die Beschwerdeführerin habe berichtet, sie habe starke

Depressionen ;

der

Grund

dafür

seien

der

grosse

Druck
und
das
Mobbing
am Arbeitsplatz.

Zum
Tagesablauf

habe
sie
mitgeteilt,

sie
stehe

mit
der

Tochter
zwischen

halb
sieben

und
neun

Uhr
morgens

auf
und

bringe
sie

jeden
Tag

in
die

Krippe , danach gehe sie wieder nach Hause und schlafe. Mehrheitlich hole der Ehemann
die

Tochter
aus

der
Krippe.
Einen
Tag
nach
der
Exploration
habe
sie
die

Referentin zweimal angerufen, eine Kopie des Berichtes verlangt und sich nach der Beurteilung erkundigt. Einen Tag später habe sie um sieben Uhr fünfzehn am Morgen bei der Krankentaggeldversicherung angerufen und mitgeteilt, mit der Referentin nicht zufrieden zu sein und zu einem anderen Arzt zu wollen (Urk. 7/29/79). Es bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 8. Februar bis 31. Juli 2021. Habe sich die Anpassungsstörung als Reaktion auf Konflikte am Arbeitsplatz entwickelt, sei es für die Genesung wichtig, die Patientin krank zu schreiben. Es handle sich um eine rein arbeitsplatzbezogene Arbeitsunfähigkeit; eine Rückkehr an den Arbeitsplatz sei aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr zumutbar (Urk. 7 / 29/81). 3.3

Der
behandelnde
Psychiater
Dr.
Z.____
diagnostizierte
in
seinem
am
15.
Oktober
2021
zuhanden
der
Krankentaggeldversicherung
erstatteten
Bericht

(Urk.

7/15) eine depressive Störung, gegenwärtig schwer gradige Episode, ohne psychotische Symptome

(ICD-10

F32.2),

eine

posttraumatische

Belastungsstörung

(PTBS,

ICD-10

F43.1),

eine

Angststörung

(ICD-10

F41.0)

und

eine

anhaltende

Schmerzstörung (ICD-10 F45.40; Urk. 7/ 15 /6). Die Beschwerdeführerin sei als Kind häufig vom Vater geschlagen und gedemütigt worden und der Vater habe auch die Mutter geschlagen (Urk. 7/15/2). Die Beschwerdeführerin habe Ideen, Vorstellungen und Impulse sowie Wasch- und Putzwänge beklagt, zudem gehe sie nach Verlassen des Hauses zurück, um zu kontrollieren, ob sie das Gas abgedreht und den Wasserhahn geschlossen habe , und es falle ihr schwer, Dinge zu berühren, wenn sie wisse , dass diese von anderen Personen berührt worden seien. Sie fühle sich verfolgt und höre Stimmen, die kommentierend und dialogisch seien (Urk. 7/ 15 / 3). Dr. Z.____ hielt zum Psychostatus

fest, die Urteils- und Kritikfähigkeit seien eingeschränkt gewesen und es bestünden Interessen- und Lustlosigkeit, Verlust der Freude, geringes Selbstwertgefühl, Resignation, Hilflosigkeit, Perspektivlosigkeit, Ein- und Durchschlafstörungen (Urk. 7/ 15/4 unten f.). Die Stimmung sei gedrückt, traurig, schwermütig und hoffnungs- und freudlos, die Affektivität sei eingeengt, apathisch und weinerlich gewesen, der Antrieb vermindert. Es hätten keine Hinweise auf psychotische Symptome, Halluzinationen, Wahn oder Ich-Störungen bestanden, jedoch

Apathie und Anhedonie. Die Aufmerksamkeit, Konzentration und Merkfähigkeit seien reduziert gewesen. Die weiteren geschilderten Symptome entsprächen denjenigen einer Angststörung . Es hätten sich keine Hinweise auf das Vorliegen von Handlungs-, Kontroll- oder Gedankenzwängen ergeben. Die Kritik- und Urteilsfähigkeit seien nicht beeinträchtigt gewesen. Da die beschriebenen Schmerzen teilweise körperlich und psychisch bedingt seien, seien diese als chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen

Faktoren zu bezeichnen (Urk. 7/ 15 / 5). A usserdem bestünden typische Symptome einer PTBS .

Die Beschwerdeführerin sei nicht in der Lage, eine leichte Tätigkeit auszuführen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % (Urk. 7/ 15 /6).

3. 4

Dr.

C.____

hielt

in

ihrer

Aktenbeurteilung

vom

8.

November

2021

(Urk.

7/18)

fest,

es

habe

sich

bei

beruflicher

Konfliktsituation

eine

Anpassungsstörung entwickelt. Die Arbeitsunfähigkeit bestehe seit 8. Februar 2021; ab 1.

August

2021

sei

von

voller

Arbeitsfähigkeit

auszugehen

(Urk.

7/18/3).

Zum

Bericht

von

Dr.

Z.____

vom

15.

Oktober

2021

führte

Dr.

C.____

aus ,

dieser Bericht

besteht

aus

vielen

Wiederholungen

und

es

seien

Unstimmigkeiten

vorhanden. So habe die Beschwerdeführerin Stimmenhören berichtet, gleichzeitig werde im Psychostatus festgehalten, dass keine Hinweise auf psychotische Zustände,

Halluzinationen, Wahn oder Ich-Störungen vorhanden seien. Trotz anamnestisch berichtete

n
stereotypen

Ideen

und

Vorstellungen

sowie

Wasch-,

Kontroll-

und

Gedankenzwängen würden im Befund keine Hinweise auf solche Zwänge genannt (Urk. 7/18/4) . Die Diagnose einer Schmerzstörung werde nicht korrekt hergeleitet und bei der Codierung ICD-10 F41.0 handle es sich nicht um eine Angst- , sondern um eine Panikstörung . Die Diagnosen und die beschriebenen Einschränkungen seien deshalb nicht nachvollziehbar (Urk. 7/18/ 5). 3. 5

Mit

Bericht

vom

26.

November

2021

(Urk.

7/19)

hielt

Dr.

Z.____

bei

unveränderter

Diagnose

(Urk.

7/19/6

Ziff.

2.5)

fest,

die

Beschwerdeführerin

sei

seit

8.

Februar

2021

zu

100

%

arbeitsunfähig

(Urk.

7/19/1

Ziff.

E. 7

ATSG 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 ausgleichenen Arbeitsmarkt (Abs. 1). 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. 8

Abs.

1bis und 1ter nicht ausgeschöpft sind (Art.

28 Abs.

1 bis IVG). Gemäss Art.

28b Abs.

1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt.

E. 9

Dr. A.____ stellte in seinem am 18. August 2023 nach Berücksichtigung der Akten (Urk.

7/65 /4-7),

Erhebung

der

Anamnese

(Urk.

7/65/8 -13)

und

Durchführung

einer psychiatrischen (Urk. 7/65/1 4 -22) und laborchemischen (Urk. 7/65/31)

Untersuchung erstatteten Gutachten (Urk. 7/65) folgende Diagnosen (Urk. 7/65/24): -

Dysthymie (ICD-10 F34.1) - anamnestisch rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) Die gutachterliche Untersuchung sei am 16. August 2023 erfolgt (Urk. 7/65/1). Dr.

A.____

stellte

fest,

dass

die

Anamnese

aufgrund

der

vagen

Antworten

der

Beschwerdeführerin und den zum Teil widersprüchlichen Angaben nur unsicher erhebbar gewesen sei (Urk. 7/65/22). Unter der regelmässigen fachärztlichen und pharmakologischen

Behandlung

sei

die

rezidivierende

depressive

Störung

remittiert. Die aktuelle Restsymptomatik sei im Rahmen einer chronifizierten leichten

depressiven

Entwicklung

beziehungsweise

einer

Dysthymie

einzuordnen

(Urk. 7/65/23). Der Ausprägungsgrad der diagnoserelevanten Befunde sei klinisch aktuell leichtgradig. Die Compliance bezüglich der Medikamenteneinnahme sei gut. Es persistiere eine chronifizierte leichte depressive Verstimmung, die jedoch nicht das Ausmass einer depressiven Episode erreiche. Die Beschwerdeführerin erlebe sich als subjektiv vollständig arbeitsunfähig, scheine völlig auf ihre Krankenrolle fixiert zu sein und übe auch im Haushalt gemäss eigenen Angaben kaum eine Tätigkeit aus. Dies lasse sich mit den zu erhebenden Befunden nicht in Einklang bringen und sei nicht plausibel. Von einer gleichmässigen Einschränkung in allen vergleichbaren Lebensbereichen sei aus psychiatrischer Sicht nicht auszugehen. So sei die Beschwerdeführerin in der Lage gewesen, im Juli 2023 gemeinsam mit ihrer sechsjährigen Tochter Ferien in Spanien zu verbringen und an einem organisierten Zeltlager teilzunehmen, was sie jedoch anlässlich der Untersuchung zunächst nicht, sondern erst nach entsprechender Konfrontation mitgeteilt habe (Urk. 7/65/23). Die Berichte von Dr. Z. ___ seien teilweise widersprüchlich.

So beschreibe er im gleichen
Bericht ,
dass
die
Urteils-
und
Kritikfähigkeit
der
Beschwerdeführerin
eingeschränkt
beziehungsweise
nicht
eingeschränkt
sein ,
was
Zweifel
an
der
übrigen Befunderhebung
aufkommen
lasse.
Die
früher
beschriebenen
depressiven
Episoden
sein
möglicherweise
unter
der
adäquaten
psychopharmakologischen
Behandlung

zwischenzeitlich abgeklungen, womit diagnostisch von einer «double depression » mit gegenwärtig remittierter rezidivierender depressiver Störung in Kombination mit

einer

seit

Jahren

bestehenden

leichten

chronifizierten

depressiven

Symptomatik im Sinne einer Dysthymie auszugehen sei. Dies unter der Voraussetzung, dass man trotz der Widersprüche auf die früheren Beschreibungen von Dr. Z.____ abstütze

und

im

Verlauf

tatsächlich

mittelgradige

bis

schwere

depressive

Phasen

bestanden hätten. Völlig unklar sei, worauf sich die von Dr. Z.____ gestellte Diagnose einer PTBS abstütze. Die Beschwerdeführerin habe bei der gutachterlichen Untersuchung explizit traumatisierende Erfahrungen verneint und weise auch keine Symptome einer PTBS auf (Urk. 7/65/24). Diese Diagnose sei klar zu verwerfen. Ebenso wenig sei die Diagnose einer anhaltenden Schmerzstörung zu stellen. Die Beschwerdeführerin habe keine spontanen Klagen über Schmerzen vorgebracht. Auch die Kriterien einer Panikstörung seien gemäss ICD-10 nicht erfüllt (Urk. 7/65/26). Die zuletzt im Schichtdienst ausgeübte Tätigkeit bei der Y.____

sei ungünstig und nicht mehr zumutbar . Bei Schicht- und Nachtarbeit wäre innert Kürze eine erneute Dekompensation zu erwarten. Im Tagdienst sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bei der Y.____ medizinisch-theoretisch ohne zeitliche Einschränkung ausübbar . Aufgrund der Dekonditionierung bestehe auch im Tagdienst eine leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit von zirka 20 % , womit die Arbeitsfähigkeit zirka 80 % betrage . Diese Beurteilung gelte ab der aktuellen gutachterlichen Untersuchung. Eine sichere rückwirkende Beurteilung sei aufgrund der widersprüchlichen Berichte von Dr. Z.____ nicht sicher möglich (Urk. 7/65/27). Eine dem Ausbildungsstandard der Beschwerdeführerin und ihren sprachlichen Einschränkungen angepasste Routinetätigkeit ohne Schicht- und Nachtarbeit sei ihr medizinisch-theoretisch acht Stunden täglich zumutbar (Urk. 7/65/27). Aufgrund der Dekonditionierung bestehe auch in angepassten Tätigkeiten eine leichte

Einschränkung der Leistungsfähigkeit von zirka 20 %. Mithin sei die Beschwerdeführerin in angepassten Tätigkeiten zu 80 % arbeitsfähig. Auch diese Beurteilung gelte ab der aktuellen gutachterlichen Untersuchung. Überwiegend wahrscheinlich sei die Beschwerdeführerin aber bereits nach der Untersuchung durch die Vertrauensärztin der Krankentaggeldversicherung ab August 2021 zumindest wieder

in

ihrem

zuletzt

ausgeübten

Pensum

von

40

%

in

einer

adaptierten

Tätigkeit medizinisch-theoretisch arbeitsfähig gewesen (Urk. 7/65/28). Im Haushalt bestünden aufgrund der leichten depressiven Symptomatik im Sinne einer Dysthymie keine Einschränkungen (Urk. 7/65/29). Es sei von einer ausgeprägten Selbstlimitierung auszugehen (Urk. 7/65/30). 3.

E. 10

Mit

Stellungnahme

vom

24.

August

2023

empfahl

Dr.

med.

D.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie vom RAD der IV-Stelle ,

auf das Gutachten von Dr. A.____ abzustellen (Urk. 7/66/7). 3.

E. 11

Anlässlich der Haushaltabklärung (Urk. 7/7 5)

am 23 . Januar 2024 teilte die Beschwerdeführerin mit, dass sie zu Beginn ihrer Tätigkeit zu 100 % gearbeitet habe. Dann sei ihr Pensum auf 70 % , später auf 60 % heruntergestuft

worden. Noch während ihrer Schwangerschaft habe sie aus gesundheitlichen Gründen auf 40 % reduziert. Bei guter Gesundheit hätte sie ihr Pensum nie auf 40 % reduziert. Nach der Geburt ihrer Tochter hätte sie zu 60 % gearbeitet, die Betreuung der Tochter wäre und sei über die Krippe und den Hort gewährleistet. Auch aus finanziellen Gründen hätte sie im entsprechenden Rahmen gearbeitet. Dazu hielt die Abklärungsperson fest, es sei im Auszug aus dem individuellen Konto ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin vor der Reduktion ihres Pensums auf 40 % über Jahre hinweg mehr als das angegebene Pensum gearbeitet habe. Die Tochter sei zudem ein wenig älter und ein höheres Pensum sei machbar. Somit sei die Beschwerdeführerin als zu 60 % im Erwerb und zu 40 % im Haushalt tätig zu qualifizieren (Urk. 7/75/4). Ermittelt wurde n eine Einschränkung im Haushalt von 11.40 % und ein Teil-Invaliditätsgrad von 4.56 % (Urk. 7/75/9). 3.

E. 12

Die Ärzte der Praxis E.____ stellten mit Bericht vom 2. April 2024 über die Konsultation vom 26. März 2024 (Urk. 7/81-82) folgende, hier teilweise gekürzt wiedergegebene Diagnosen: - Makroprolaktinom bis 11

mm mit Infiltration des Sinus cavernosus , Erstdiagnose 1. Februar 2024 - oligosymptomatisch, Erstdiagnose im Rahmen einer Übergewichtsabklärung - keine substitutionsbedürftige Hypophyseninsuffizienz oder Diabetes insipidus - primäre

Hypothyreose,

Erstdiagnose

Februar

2024,

Beginn

einer

Substitutionstherapie aufgrund der Beschwerden - Prädiabetes - Dyslipidämie mit Hypercholesterinämie - Depression seit Jahren Nach Aufklärung über Nebenwirkungen (inklusive sehr seltene Herzklappenveränderungen, psychische Veränderungen, Lungenfibrose, Müdigkeit) sowie über Alarmsymptome (unter anderem starke Kopfschmerzen, Visusprobleme , Rhinoliqorrhoe) erfolge der Therapiebeginn mit Cabergolin . Möglicherweise stehe die relativ frühe Menopause in Zusammenhang mit dem Makroadenom. Ansonsten sei die Beschwerdeführerin oligosymptomatisch (Urk. 7/81/2). 4. 4.1

Dr. B.____ diagnostizierte mit Bericht vom 3. Juni 2021 (Urk. 7/29/83-84) eine mittelgradige depressive Episode mit einem somatischen Syndrom (ICD-10 F32.11) und ein en Status nach C h o l e z ystektomie . Sie

attestiert der Beschwerdeführerin ab 8. Februar 2021 eine volle Arbeitsunfähigkeit in jeder Tätigkeit (Urk. 7/29/83). Dr.

B.____

verfügt,

obwohl

sie

gemäss

ihrer

Adresse

psychiatrische

Beratungen

anbietet (vgl. Urk. 7/29/83), nicht über einen Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie. Für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und

seiner

Auswirkungen

auf

die

Arbeitsfähigkeit

sind

jedoch

in

der

Regel

psychiatrische Fachärzte beizuziehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_989/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.4.2 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch Urteil

des

Bundesgerichts

8C_880/2015

vom

30.

März

2016

E.

4.2.4).

Mangels

fachärztlicher Qualifikation kann deshalb auf den Bericht von Dr. B.____ nicht abgestellt werden. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Urk. 12 S. 5 Ziff. 11) war Dr. A.____ deshalb nicht gehalten, diesen Bericht zu würdigen. 4.2

Der

behandelnde

Psychiater

Dr.

Z.____

verfügt

zwar

über

die

notwendige

fachärztliche Qualifikation, jedoch fehlt es seinen Beurteilungen an Schlüssigkeit und Nachvollziehbarkeit .

So

diagnostizierte

er

eine

PTBS,

ohne

das

auslösende

Trauma genauer zu prüfen. Die Herleitung und Begründung der Diagnose einer

PTBS

bedarf jedoch einer besonderen Achtsamkeit. Nebst der für die Bejahung einer

PTBS

bedeutsamen Schwere des Belastungskriteriums erfordert die Latenzzeit zwischen initialer Belastung und Auftreten der Störung eine eingehende Prüfung. Diese beträgt nach ICD-10 wenige Wochen bis (sechs) Monate. Besondere Begründung braucht es dabei in jenen Fällen, in denen ganz ausnahmsweise aus bestimmten Gründen ein späterer Beginn berücksichtigt werden soll (Urteil des Bundesgerichts 9C_571/2023 vom 11. Januar 2024 E. 6.2 mit Hinweisen). Erst nach entsprechender Kritik durch Dr. C.____ (Urk. 7/18 /4)

hielt Dr. Z.____ zum Kriterium der aussergewöhnlichen Bedrohung fest, die Beschwerdeführerin sei von ihrem Vater öfter s geschlagen und körperlich misshandelt und eingesperrt worden, was lebensbedrohliche Ereignisse gewesen seien (Urk. 7/29/50). Ob es sich bei den geschilderten Erlebnissen um solche in der für die Bejahung einer PTBS erforderlichen Schwere handelt, ist fraglich. Dr. Z.____

nahm zudem keine Stellung zur gemäss ICD-10 geforderten Latenzzeit. Auf diese Unstimmigkeiten

wies auch Dr. A.____ hin und hielt zudem fest, dass diese Diagnose klar zu verwerfen ist , da unklar ist , worauf Dr. Z.____ diese Diagnose abstützt. Zudem hat die Beschwerdeführerin

gemäss Dr. A.____

bei der Begutachtung traumatisierende Erfahrungen

ausdrücklich

verneint

und

keine

Symptome

einer

PTBS

gezeigt

(Urk. 7/65/24 ; Urk. 7/65/26).

Betreffend die Kritik von Dr. C.____ an der von Dr. Z.____

gestellte n Herleitung der

Diagnose einer anhaltenden Schmerzstörung (Urk. 7/18/5) führte dieser in seinem Bericht vom 28. Dezember 2021 aus wie die Diagnose begründet wurde (Urk. 7/29/51) . Berechtigt ist jedoch die Kritik von Dr. C.____ bezüglich der von Dr. Z.____ verwendeten Codierung ICD-10 F41.0 (Urk. 7/15/6 ; Urk.

7/18/5), denn dabei es handelt sich nicht um eine Angst-, sondern um eine Panikstörung.

Dr.

Z.____

führte

diese

Diagnose

dennoch

in

s einen

Berichten

unverändert

auf

(vgl.

Urk.

7/19/6

Ziff.

2.5;

Urk.

7/29/48;

Urk.

7/45/2).

Auch

Dr. A.____ wies auf diese Mängel hin (Urk. 7/65/26). Zudem enthalten die Berichte von

Dr.

Z.____

-

die

im

Übrigen

weitgehend

identisch

verfasst

sind

-

verschiedene Unstimmigkeiten. Dr. Z.____ verneinte das Vorliegen von Handlungs-, Kontroll- oder Gedankenzwängen sowie psychotische Symptome, Halluzinationen, Wahn oder

Ich-Störungen

(Urk.

7/15/5),

obwohl

die

Beschwerdeführerin

solche

Symptome

angab

(vgl.

Urk.

7/15/3).

Dabei

bleibt

unklar,

ob

Dr.

Z.____

damit

eine

eigene Beurteilung der geschilderten Symptome im Sinne einer objektiven Feststellung vornahm. Weiter war er im selben Bericht einmal der Ansicht, dass die Urteils- und Kritikfähigkeit der Beschwerdeführerin eingeschränkt waren (Urk. 7/15/4 unten), hielt aber auf der nächsten Seite fest, dass die Urteils- und Kritikfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht beeinträchtigt waren (Urk. 7/15/5

unten). Dies fiel sowohl Dr. A.____ als auch Dr. C.____

auf (Urk. 7/18/4; Urk. 7/65/24). Hinzu kommt, dass Dr. Z.____ in seinem Verlaufsbericht vom 17. Oktober 2022 (Urk.

7/45)

von

einer

Verschlechterung

in

dem

Sinne

ausging,

dass

die

Beschwerdeführerin nun Symptome einer schweren depressiven Störung aufweist (Urk. 7/45/1). Nebst dem Umstand, dass Dr. Z.____ bereits zuvor durchgehend eine schwere depressive Episode diagnostiziert hatte und eine Verschlechterung deshalb

nicht

schlüssig

erscheint,

findet

gemäss

Dr.

Z.____

nur

zweimal

monatlich eine Einzeltherapie statt (Urk. 7/45/4). Dies lässt sich mit der gestellten Diagnose kaum vereinbaren. Aufgrund dieser zahlreichen Unklarheiten kann auf die Berichte

von

Dr.

Z.____

nicht

abgestellt

und

seiner

Einschätzung

einer

vollen

Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in jeder Tätigkeit nicht gefolgt werden.

Es ist in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten auf die Erfahrungstatsache

hinzuweisen,

dass

diese

mitunter

im

Hinblick

auf

ihre

auftragsrechtliche

Vertrauensstellung

in

Zweifelsfällen

eher

zu

Gunsten

ihrer

Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag

der

therapeutisch

tätigen

(Fach-)Person

einerseits

und

Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE

124 I 170 E.

4) nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen

und

zum

Anlass

weiterer

Abklärungen

zu

nehmen,

wenn

die

behandelnden

Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (BGE

135 V 465 E.

4.5, 125

V

351

E.

3b/cc;

Urteil

des

Bundesgerichts

8C_77/2021

vom

20.

April

2021

E.

3 m.w.H.).

Solche Aspekte sind vorliegend nicht ersichtlich. 4.3

Dr.

C.____

diagnostizierte

in

ihrem

am

6.

Juli

2021

nach

eigener

Untersuchung der Beschwerdeführerin erstellten Bericht eine Anpassungsstörung mit gemischter

Störung

von

Gefühlen

und

Sozialverhalten

(ICD-10

F43.25;

Urk.

7/29/80). Anlässlich der Untersuchung hatte die Beschwerdeführerin berichtet, der Grund für

ihre

Depressionen

seien

der

starke

Druck
am
Arbeitsplatz
sowie
Mobbing
(Urk.
7/29/79).

Dass

Dr.

C.____

deshalb

von

einer

rein

arbeitsplatzbezogenen

Arbeitsunfähigkeit

(Urk.

7/29/81)

ausging,

vermag

zu

überzeugen.

Eine

solche ist jedoch invalidenversicherungsrechtlich grundsätzlich unbeachtlich (Urteil e des

Bundesgerichts 9C_543/2018 vom 21. November 2018). Dr. C.____

beurteilte

aufgrund

der

Anpassungsstörung ,

die

in

der

Regel

nicht

länger

als

sechs

Monate

andauert

(vgl.

Dilling / Mombour /Schmidt,

Internationale

Klassifikation

psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V, Klinisch-diagnostische Leitlinien,

10.

Auflage

2015 ,

S.

209)

-

weshalb

sie

als

langdauernde

und

damit

potentiell invalidisierende Krankheit ausser Betracht fällt (Urteil des Bundesgerichts
9C_436/2022

vom

26.

Januar

2023

E.

3.2.1

- ,

eine

vorübergehende

Arbeitsunfähigkeit

im
Umfang
von
wenigen
Monaten,
wobei
sie
eine
Rückkehr
an
den

bisherigen Arbeitsplatz ausschloss (Urk. 7/29/81). Sie wies darauf hin, dass die Beschwerdeführerin bereits zeitnah zur Untersuchung vom 22. Juni 2021 (Urk. 7/29/76) mehrfach anrufen und sich für ihre Rechte einsetzen, früh aufstehen und die Tochter betreuen sowie die Behandler wechseln konnte, wozu eine schwer depressive und traumatisierte Patientin nicht in der Lage ist. Sinngemäss bezog sich Dr.

C. ___ dabei wohl auch auf das bei psychischen Erkrankungen zum Nachweis einer rentenbegründenden Invalidität - mit wenigen Ausnahmen ; vgl. nachfolgend - durchzuführende strukturierte Beweisverfahren (BGE 143 V 418). Dieses

definiert
systematisierte
Indikatoren,
die
es
unter
Berücksichtigung
leistungshindernder
äusserer
Belastungsfaktoren
einerseits
und
von
Kompensationspotentialen
(Ressourcen)
andererseits

erlauben,

das

tatsächlich

erreichbare

Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE

141 V 281 E.

2, E.

3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler:

Urteil

des

Bundesgerichts

9C_590/2017

vom

E. 15

Februar

2018

E.

5.1).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn

die

funktionellen

Auswirkungen

der

medizinisch

festgestellten

gesundheitlichen

Anspruchsgrundlage

im

Einzelfall

anhand

der

Standardindikatoren

schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete

versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE

141 V 281 E.

6; vgl.

BGE

144

V

50

E.

4.3).

Beweisrechtlich

entscheidend

ist

der

verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE

141 V 281 E.

4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15.

März 2018 E.

7.4) , die aufgrund der Feststellungen von Dr. C.____

doch fraglich ist. 4.4

Das Gutachten von Dr. A.____

(Urk. 7/65) ist umfassend und beruhte auf den vorhandenen Akten , der Anamnese und einer eigenen Untersuchung. Es entspricht damit den beweisrechtlichen Anforderungen an eine medizinische Expertise, weshalb grundsätzlich darauf abzustellen ist. Dr. A.____ diagnostizierte eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) sowie eine anamnestisch vorhanden gewesene und nun remittierte rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.4; Urk. 7/65/24). Dies vermag zu überzeugen, sind doch bei dieser Diagnose einzelne vorübergehende depressive Störungen möglich (vgl. Dilling / Mombour /Schmidt, a.a.O. , S.

183) . Es bestand eine chronifizierte leichte depressive Verstimmung, die jedoch nicht das Ausmass einer depressiven Episode erreichte. Die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde war klinisch leichtgradig. Dr. A.____ wies darauf hin, dass sich das subjektive Erleben der Beschwerdeführerin als vollständig arbeitsunfähig nicht mit den zu erhebenden Befunden in Einklang bringen liess. Vielmehr waren bis auf die mittelgradig beeinträchtigten Items Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit und familiäre sowie intime Beziehungen keine beziehungsweise lediglich leichte Beeinträchtigungen feststellbar (Urk. 7/65/21).

Dies zeigt sich exemplarisch anhand des Umstands, dass die Beschwerdeführerin im Juli 2023, somit kurz vor der Begutachtung vom 16. August 2023, in der Lage war, gemeinsam

mit ihrer sechsjährigen Tochter an einem Zeltlager in Spanien teilzunehmen, was sie jedoch erst nach entsprechender Nachfrage des Gutachters mitteilte, nachdem sie zuvor als letzte Ferienreise einen Aufenthalt in der Türkei im Jahr 2022 angegeben hatte (Urk. 7/65/23). Dr. A. ___ wies auch darauf hin, dass die Beschwerdeführerin eine gewisse äussere Sicherheit und Stärke im Auftreten aufgewiesen hat und ihren Standpunkt während der gesamten Untersuchungszeit mit kräftiger Stimme vertreten konnte (Urk. 7/65/26).

Dr. A. ___ nahm weiter Stellung zu den Indikatoren (Urk. 7/65/23; Urk. 7/65/26).

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann jedoch dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE

141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist.

Insbesondere in Fällen, in welchen nach der Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, bedarf es in aller Regel keines strukturierten Beweisverfahrens (BGE

143

V

409

E.

4.5.3;

vgl.

Urteil

des

Bundesgerichts

9C_580/2017

vom

E. 16

Januar 2018 E.

3.1). So verhält es sich auch vorliegend.

Dr.

A. ___

erachtete

die

angestammte

Tätigkeit

bei

der

Y.____

als

nicht

mehr

zumutbar,

sofern

sie

im

Schicht-

oder

Nachtdienst

zu

verrichten

ist,

da

innert

Kürze

eine Dekompensation

zu

erwarten

ist.

Im

Tagdienst

bei

der

Y.____

und

anderen

Arbeitgebern

ist

die

Beschwerdeführerin

gemäss

gutachterlicher

Einschätzung

voll

arbeitsfähig, ebenso in sämtlichen dem Ausbildungsstandard und ihren sprachlichen Einschränkungen

angepassten

Routinetätigkeiten

(Urk.

7/65/27).

Die

Beschwerdeführerin

ist

jedoch

gemäss

Dr.

A.____

aufgrund

einer

Dekonditionierung

sowohl

in der

angestammten

wie

auch

in

angepassten

Tätigkeiten

zu

E. 20

%

in

der

Arbeitsfähigkeit

eingeschränkt

(Urk.

7/65/27-28).

Dr.

A.____

beurteilte

die

Durchhaltefähigkeit der Beschwerdeführerin, umschrieben als Fähigkeit, hinreichend ausdauernd und

während

der

üblicherweise

erwarteten

Zeit

an

einer

Tätigkeit

zu

bleiben

und

ein durchgehendes Leistungsniveau aufrechtzuerhalten, aufgrund der Dekonditionierung als mittelgradig eingeschränkt, wobei eine genaue Beurteilung aufgrund der vagen Angaben der Beschwerdeführerin und der Selbstlimitierung nicht möglich war

(Urk.

7/65/19).

Eine

eindeutig

krankheitsbedingte

Dekonditionierung

ist

damit

nicht

ausgewiesen.

Rechtsprechungsgemäss

stellt

eine

Dekonditionierung

kein

in der Invalidenversicherung versichertes Risiko dar (Urteil des Bundesgerichts 9C_755/2020 vom 8. März 2021 E. 5 mit Hinweisen).

Somit ist die attestierte Leistungseinschränkung von 20 % invalidenversicherungsrechtlich unbeachtlich und es ist von einer vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Sortiererin, sofern sie nicht im Nacht- oder Schichtdienst ausgeübt wird, und in allen zumutbaren angepassten Tätigkeiten auszugehen. Gestützt auf die Beurteilung von Dr. C.____ bestand nur von 8. Februar bis Ende Juli 2021 eine vorübergehende volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/29/81). 4.5

Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit der Verwaltungsverfügungen beziehungsweise der Einspracheentscheide in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). Jedoch sind Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verwaltungsverfügung beziehungsweise des Einspracheentscheides zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b, 99 V 98 E. 4; Urteil des Bundesgerichts 8C_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1 m.w.H.). 4.6

Die angefochtene Verfügung datiert vom 8. März 2024 (Urk. 2). Der Bericht der Ärzte der Praxis E.____ erging etwas später, am 2. April 2024; die Konsultation fand am 26. März 2024 statt (Urk. 7/81-82). Die darin genannten Informationen sind

nicht

geeignet,

die

Beurteilung

der

Arbeitsfähigkeit

der

Beschwerdeführerin

zu beeinflussen, wird darin doch keine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Das am 1. Februar 2024 erstmals diagnostizierte Makroprolaktinom ist oligosymptomatisch. Die Nebenwirkungen des zur Behandlung des Makroprolaktinoms verwendeten Wirkstoffs

Cabergolin

können

gemäss

dem

genannten

Bericht

unter

anderem

psychische Veränderungen und Müdigkeit umfassen. Solche Nebenwirkungen sind jedoch lediglich möglich und bei der Beschwerdeführerin nach Lage der Akten bislang nicht festgestellt worden. Bei dem von ihr beschwerdeweise eingereichte n medizinische n

Fachartikel (Urk. 13) handelt es sich nicht um einen Arztbericht im Rechtssinn, weshalb er für die Entscheidungsfindung nicht berücksichtigt werden kann. Zweifel an der Beurteilung durch Dr. C.____

und Dr. A.____ ergeben sich dadurch nicht. Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, der Bericht der Ärzte der Praxis E.____

sei dem RAD nicht vorgelegt worden, sondern die Beschwerdegegnerin habe lediglich eine telefonische Rückfrage getätigt (Urk. 1 S.

3 Ziff. 5; vgl. Urk. 7/83), ist festzuhalten, dass es rechtsprechungsgemäss zwar wünschenswert ist, fachärztliche Berichte, selbst wenn deren Relevanz nicht von vornherein verneint werden kann, dem RAD zur Stellungnahme zu unterbreiten. Ein unbedingter gesetzlicher Anspruch darauf besteht indessen nicht

(Urteil des Bundesgerichts 9C_858/2014 vom 3. September 2015) . 4.7

Nach dem Gesagten erweisen sich die vorhandenen Akten als zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin genügend. Es sind keine weiteren medizinischen Abklärungen notwendig. 5. 5.1

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

der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit; b.

der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich.

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

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

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

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

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

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

b.

der Anteil nach Buchstabe a anhand der Differenz zwischen dem Beschäftigungsgrad nach Absatz 2 Buchstabe c und einer Vollerwerbstätigkeit gewichtet. 5.2

Die im Haushaltbericht vom 30. Januar 2024 (Urk. 7/75) festgelegte Qualifikation als zu 60 % erwerbs- und zu 40 % haushalttätig beruht auf den eigenen Angaben der

Beschwerdeführerin

(Urk.

7/75/4)

und

ist

nicht

zu

beanstanden,

zumal

sie

diese Qualifikation beschwerdeweise nicht in Frage stellte. Inwieweit ihre weiteren Angaben

anlässlich

der

Haushaltabklärung

verlässlich

waren,

ist

fraglich,

hat

sie

doch gegenüber

der

Abklärungsperson

angegeben,

seit

Jahren

nicht

mehr

mit

der

Familie in den Ferien gewesen zu sein

(Urk. 7/75/8 Ziff. 6.5) , obwohl sie anlässlich der Begutachtung durch Dr. A.____ von Ferien im Jahr 2022 und 2023 berichtet hatte (Urk.

7/65/23).

Dr. A.____ erachtete die Beschwerdeführerin im Haushalt denn auch nicht als eingeschränkt (Urk. 7/65/29) und wies in diesem Zusammenhang auf ihre ausgeprägte Selbstlimitierung hin (Urk. 7/65/30). Dennoch ermittelte die Abklärungsperson aufgrund der von ihr vor Ort getätigten Beobachtungen eine Einschränkung von 11.40 % und bei einer Gewichtung von 40 % einen Teil-Invaliditätsgrad im Haushaltbereich von 4.56 % (Urk. 7/75/9) .

Nachdem der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit als Sortiererin vollumfänglich zumutbar

ist,

sofern

sie

nicht

in

Nacht-

oder

Schichtarbeit

auszuführen ist, besteht im Erwerbsbereich keine Invalidität (Teil-Invaliditätsgrad von 0 %). Mithin beträgt der Gesamt-Invaliditätsgrad 4.56 %, womit kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung besteht. 5.3

Der angefochtene Entscheid ist rechtmässig. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

Da

die

Bewilligung

oder

Verweigerung

von

Versicherungsleistungen

zu

beurteilen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr.

200.-- bis Fr.

1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind ermessensweise auf Fr.

600.--

anzusetzen

und

ausgangsgemäss

der

unterliegenden

Beschwerdeführer in aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Evalotta Samuelsson - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde

eingereicht

werden

(Art.

82

ff.

in

Verbindung

mit

Art.

90

ff.

des

Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis

und

mit

dem

15.

August

sowie

vom

18.

Dezember

bis

und

mit

dem

2.

Januar

(Art.

46

BGG).

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

Die

Beschwerdeschrift

hat

die

Begehren,

deren

Begründung

mit

Angabe

der

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

FehrLienhard

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