

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00611 vom 5. Juni 2025**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-06-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2024.00611](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00611)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00611 du 5 juin 2025

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00611 del 5 giugno 2025

## **Erwägungen**

### **E. 1**

5. März 2024 stellte sie der Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht ( Urk. 9/89), wogegen diese am 29.

April 2024 Einwand erhob ( Urk. 9/96). Nach Rücksprache mit dem regionalen ärztlichen Dienst (RAD; Stellungnahme vom 12.

August 2024, Urk. 9/100/2) verfügte die IV-Stelle am 26. September 2024 im angekündigten Sinne ( Urk.

#### **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 Oktober 2022 anhängig gemachten Anmeldung bei der Invalidenversicherung könnten allfällige Leistungen frühestens ab April 2023 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**

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

### **E. 1.3**

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

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

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

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1 bis und 1 ter nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1 bis IVG). Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt.

### **E. 1.4**

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je m.w.H.).

## **E. 2**

S. 2).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung vom 26. September 2024, gemäss den vorliegenden Unterlagen bestehe bei der Beschwerdeführerin seit November 2021 eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit. Diese habe jedoch nicht während eines Jahres durchschnittlich mindestens 40 % betragen, weshalb kein Anspruch auf eine Invalidenrente habe entstehen können (Urk.

### **E. 2.2**

In ihrer Beschwerdeschrift vom 25. Oktober 2024 bestritt die Beschwerdeführerin, dass die B.\_\_\_\_-Gutachter das Post-COVID-Syndrom in ihrer Beurteilung angemessen

berücksichtigt hätten, wobei sie insofern an ihren Ausführungen im Einwand festhalte. Die in den Akten befindlichen medizinischen Berichte widersprechen zudem klar der Auffassung, die angestammte Tätigkeit als Kita-Betreuerin sei noch in einem 70%-Pensum zumutbar. Es werde auch bestritten, dass in Bezug auf eine angepasste Tätigkeit praktisch eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe (Urk.

1 S. 4). Das psychiatrische Teilgutachten und somit auch die Schlussfolgerungen in der Konsensbeurteilung seien nicht verwertbar. Namentlich unter Berücksichtigung des Berichts der D.\_\_\_\_ vom 15. April 2024 sei die Anamneseerhebung nur oberflächlich erfolgt. Die seit der COVID-Infektion im Jahr 2020 wieder vermehrt aufgetretenen Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung hätten schliesslich zu einem Zusammenbruch geführt, wobei sie [die Beschwerdeführerin] nun seit dem 7. Oktober 2024

voraussichtlich für zwölf Wochen in der D.\_\_\_\_

hospitalisiert sei. Das Einholen eines unabhängigen Gerichtsgutachtens dränge sich auf (Urk. 1 S. 5-8).

### **E. 2.3**

Mit Beschwerdeantwort vom 11. Dezember 2024 betonte die Beschwerdegegnerin, dass sich die B.\_\_\_\_-Gutachter mit der Diagnose Long-COVID bzw. Post-COVID-Syndrom genügend auseinandergesetzt hätten. Dem Erschöpfungszustand der Beschwerdeführerin sei Rechnung getragen worden. Für die Belange der Invalidenversicherung komme es nicht auf die Diagnose, sondern einzig auf die Auswirkungen einer Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit an. Diesbezüglich sei auf das B.\_\_\_\_-Gutachten sowie die im Auftrag des Krankentaggeldversicherers durchgeführte Evaluation der funktionellen Arbeitsfähigkeit (EFL) zu verweisen. Anhand der EFL hätten die geltend gemachten Funktionseinschränkungen nicht bestätigt werden können. Im Lichte der Standardindikatoren sei ferner plausibel, dass die Gutachter keine über 30% hinausgehende Arbeitsunfähigkeit attestierten. Namentlich liessen die vorhandenen persönlichen und sozialen Ressourcen auf ein konstant hohes Aktivitätsniveau schliessen (Urk. 8 S. 2 f.). Der mit der Beschwerde vorgelegte Bericht der D.\_\_\_\_ benenne keine wichtigen Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. In Bezug auf die festgestellte Adipositas sei angesichts der Praxisänderung des Bundesgerichts festzuhalten, dass diese von den Gutachtern im konkreten Einzelfall dahingehend gewürdigt worden sei, dass sie sich in Bezug auf die Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nicht relevant auswirke. Gesamthaft erweise sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Hinblick auf die Beurteilung des strittigen Rentenanspruchs als hinreichend abgeklärt

(Urk. 8 S. 3 f.).

### **E. 3.1**

Der Beschwerdeführerin wurde nach einer Corona-Infektion von verschiedenen behandelnden Arztpersonen vom 5. November 2020 bis 31. Januar 2021 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 9/13/1-10). Danach wurde ihr eine 50- bzw. 20%ige Arbeitsunfähigkeit bis 14. März 2021 bescheinigt (Urk. 9/13/11-14). Mit Ausnahme kurzzeitiger Phasen

( Urk. 9/13/15-19) bestand in der Folge eine 100%ige Arbeitsfähigkeit und die Beschwerdeführerin nahm ihre Tätigkeit als stellvertretende Kita-Leiterin wieder auf ( Urk. 9/81/7). Ab 4. April 2022 wurde ihr ärztlicherseits wieder eine Arbeitsunfähigkeit von 25 bis 35 % attestiert (Urk. 9/13/20-22), woran sich ab 1. August 2022 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit anschloss ( Urk. 9/13/23-25 ).

### **E. 3.2**

Vom 10. November bis 31. Dezember 2022 befand sich die Beschwerdeführerin in der Klinik A. in stationärer Behandlung, wobei im Austrittsbericht vom 3. Januar 2023 folgende Diagnosen gestellt wurden ( Urk. 9/29/1): - postvirales Müdigkeitssyndrom (ICD-10 G93.3) bei Post-C OVID -19-Erkrankung (ICD-10 U09.9) - arterielle Hypertonie - leichte obstruktive Schlafapnoe - chronische Spannungskopfschmerzen.

Bei Eintritt habe die Beschwerdeführerin den typischen Verlauf einer Post-C OVID -19-Erkrankung geschildert, wobei die Erschöpfung, die kognitiven Einschränkungen, die Schmerzen, die Kurzatmigkeit sowie die Schlafstörungen im Vordergrund gestanden hätten . Diese belastenden Symptome hätten einen grossen Einfluss auf das Sozial- und Arbeitsleben. Die internistische klinische Untersuchung habe einen unauffälligen Herz-Lungen-Befund ergeben. Die neurologische Untersuchung habe keine fokalen neurologischen Defizite gezeigt. Die diagnostischen Kriterien für eine Myalgic Encephalomyelitis bzw. ein Chronic Fatigue Syndrome seien erfüllt ( Urk. 9/29/3). Von der Rehabilitation habe die Beschwerdeführerin objektiv und subjektiv nur mässig profitiert. Es bestünden weiterhin körperliche, psychische und kognitive Funktionseinschränkungen mit einer minimalen körperlichen Leistungsfähigkeit. Ebenso bestehe weiterhin eine rasche Erschöpfbarkeit mit der Notwendigkeit, im Alltag öfters Pausen einzulegen. Es bestehe noch ein grosses Rehabilitationspotential, welches noch einiges an Zeit und Aufwand erfordere, nun aber ambulant weitergeführt werden könne. Vom 10. November 2022 bis 28. Januar 2023 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen ( Urk. 9/29/

### **E. 6**

7). 3. 3 3. 3 .1

Am 3. und 4. April 2023 wurde die Beschwerdeführerin im Auftrag des Krankentaggeldversicherers von der E. AG mittels Funktionsorientierter Medizinischer Abklärung (FOMA) untersucht. Dem Bericht vom 24. April 2023 ist folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen ( Urk. 9/50/2): - postvirales Müdigkeitssyndrom bei Post - C OVID -19 - Erkrankung am 6. November 2020.

In Bezug auf folgende Diagnosen wurden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit demgegenüber verneint ( Urk. 9/50/2): - arterielle Hypertonie - leichte obstruktive Schlafapnoe - chronische Spannungskopfschmerzen - Adipositas Klasse II (156 cm, aktuelles Gewicht: 95 kg, BMI 40 kg/m<sup>2</sup> ).

Bei der aktuellen klinischen Untersuchung hätten sich keinerlei berufsrelevante und/oder klinische Befunde eruieren lassen. Im Rahmen der EFL sei die Beschwerdeführerin nur bis zur minimalen Performance belastbar gewesen , teilweise gar darunter . Sie habe ein sehr demonstratives Verhalten gezeigt. In Momenten, in denen sie sich unbeobachtet gefühlt habe, habe ein normales Verhalten hinsichtlich Konzentration und Aufmerksamkeit beobachtet werden können; ihr seien auch schnelle Bewegungen ohne Beeinträchtigungen möglich gewesen. Aufgrund des ausgeprägten und demonstrativen Schmerz- und

Schonverhaltens bei der EFL müsse die Beurteilung ärztlich-medizinisch erfolgen. Aus rein rheumatologisch-orthopädischer Sicht sei die angestammte Tätigkeit als Fachfrau Betreuung und stellvertretende Kita-Leiterin ganztags zumutbar (Urk.

9/50/2- 5 ). 3. 3 .2

Ergänzend zur FOMA untersuchten Dr. med. F.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. G.\_\_\_\_ , Fachärztin für Neurologie, die Beschwerdeführerin am 2 8. April 202 3. In ihrem Bericht vom 16.

Juni 2023 gelangten sie zum Schluss, dass sich aus psychopathologisch-verhaltensneurologischer Sicht bei der interaktionell kooperativen Beschwerde führerin abgesehen von einer leichtgradigen affektbetonten Phänomenologie dysthymer Zeichnung kein relevantes depress ives Störungsbild habe objektive ren lassen. Ihre Gedankengänge seien kohärent und ihre Angaben seien sehr detailliert gewesen. Über den gesamten Verlauf der Exploration hätten sich keine Antriebs-, Initiations- oder Impulskontrollstörungen sowie keine anderweitigen affektpathologischen Störungsbilder feststellen lassen. Die berufsbezogene verhaltensneurologisch-leistungspsychologische Abklärung habe im kognitiven Bereich unter Berücksichtigung eines prämorbid mittleren Leistungsprofils lediglich eine leichte (anamnestisch vorbestehende) Rechenschwäche bei ansonsten durchwegs intakter kognitiver Leistungsfähigkeit ergeben. Aktuell lasse sich für die angestammte Tätigkeit als Kleinkinderzieherin, Gruppenleiterin sowie stellvertretende Kita-Leiterin keine Beeinträchtigung des geistig-mental/neurokognitiven Leistungsprofils feststellen; insgesamt liessen sich keine Einschränkungen an die in diesem Beruf gestellten Anforderungen an die kognitive Belastbarkeit, die kognitive Flexibilität und die Fehlerkontrolle ableiten. Es bestehe eine relevante Diskrepanz zwischen der subjektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und den objektiv fehlenden leistungseinschränkenden Befunden ( Urk. 9/75/9-10). 3. 4

Vom 2. Oktober bis 2 9. November 2023 nahm die Beschwerdeführerin erneut in der Klinik A.\_\_\_\_

eine stationäre Behandlung in Anspruch , wobei im Austrittsbericht vom 6. Dezember 2023 im Unterschied zu demjenigen vom 3. Januar 2023 (vgl. vorstehende E. 3.2) von einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) bei Post- COVID -19-Erkrankung (ICD-

## **E. 10**

U09.9) ausgegangen wurde (Urk. 9/81/17 ). 3. 5

Dem polydisziplinären B.\_\_\_\_ -Gutachten vom 7. Februar 2024 sind folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen ( Urk. 9/81/9): - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9) - Zustand nach postviralem bzw. multifaktoriellem Erschöpfungszustand (ICD-10 R53) - leichte neuropsychologische Funktionsstörung (Aufmerksamkeit, exekutive Funktionen, Verarbeitungstempo, kognitive Belastbarkeit).

Demgegenüber wurden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in Bezug auf folgende Diagnosen verneint ( Urk. 9/81/9): - metabolisches Syndrom - Adipositas (BMI 38 kg/m<sup>2</sup> ; ICD-10 E66.0) - arterielle Hypertonie, medikamentös behandelt (ICD-10 I10) - Dyslipidämie, unbehandelt (ICD-10 E78.2) - erhebliche körperliche Dekonditionierung (Kurzatmigkeit bei Adipositas) - anamnestisch leichtes obstruktives Schlafapnoe-Syndrom

(CPAP-Therapie bei fehlendem Effekt wieder sistiert) - C OVID -19-Erkrankung mit PCR-Diagnose November 2020 (ICD-10 U09.9) - anamnestisch Begleithepatitis, vorübergehend - anamnestische Einordnung als Post-C OVID .

In ihrer interdisziplinären Konsensbeurteilung hielten die Gutachter fest, sämtliche von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden seien in verschiedenen somatischen Fachrichtungen validiert worden. In allen Fachrichtungen hätten weder aktuell klinisch noch labormässig oder akutenmässig Befunde erhoben werden können, welche die Beschwerden begründen könnten. Hinsichtlich der per se unspezifischen Long-C OVID -Situation sei anzumerken, dass diese Diskussion versicherungsmedizinisch bereits aufgrund des Verlaufs nicht plausibilisierbar sei angesichts der nach aufgetretenem Infekt im November 2020 bereits ab Ende März 2021 wieder während mehr als einem Jahr bestandenen vollen Arbeitsfähigkeit. Erst eineinhalb Jahre später sei dann eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Aus psychiatrischer Sicht sei unter Einbezug der somatischen Erhebungen von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren auszugehen. Die Belastungsfähigkeit sei dadurch reduziert, was sich auch in einer Leistungsreduktion niederschlage. Entsprechend dem Belastungsprofil der angestammten Tätigkeit in der Kita oder der früher gelernten Tätigkeit als Köchin seien diese Arbeiten aufgrund des damit verbundenen Multitaskings als erheblich belastend einzuordnen. Dadurch sei die Leistungsfähigkeit mehr eingeschränkt als beispielsweise an einem ruhigen Arbeitsplatz mit höherer Zeitautonomie hinsichtlich Abarbeitung der gestellten Pflichten ( Urk. 9/81/8).

In Bezug auf die bisherige Tätigkeit sei von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit infolge einer reduzierten Leistungsfähigkeit bei erhöhtem Pausenbedarf und reduziertem Rendement auszugehen, wobei dies ab April 2022 angenommen werden könne. Für eine angepasste Tätigkeit bestehe hingegen eine 90%ige Arbeitsfähigkeit seit genanntem Zeitpunkt. Somatisch seien alle leichten bis mittelschweren Tätigkeiten möglich. Aus psychiatrischer Sicht sei ein Arbeitsplatz ohne Schichtarbeit, ohne Zeitdruck, ohne Multitasking und ohne Lärmbelastung zu empfehlen ( Urk. 9/81/10). 3. 6

Die RAD-Ärztin Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Infektiologie, äusserte sich mit Stellungnahme vom 9. Februar 2024 dahingehend, dass ihres Erachtens auf das B.\_\_\_\_ -Gutachten abgestellt werden könne. Sie schloss sich denn auch der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die Gutachter an mit der Anmerkung, die Beschwerdeführerin verfüge insgesamt über adäquate berufliche, familiäre und psychosoziale Ressourcen, die es ermöglichen müssten, eine Erwerbstätigkeit umzusetzen ( Urk. 9/88/5-7). In einer weiteren Stellungnahme vom 12. August 2024 empfahl Dr. H.\_\_\_\_ unverändert, auf das B.\_\_\_\_ -Gutachten abzustellen ( Urk. 9/100/2). 3. 7

Dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht der D.\_\_\_\_ vom 15. April 2024 sind folgende Diagnosen zu entnehmen ( Urk. 3/4 S. 1): - posttraumatische Belastungsstörung (PTBS ; ICD-10 F43.1) - komplexe PTBS nach ICD-11 - Verdacht auf depressive Störung - postvirales Fatigue-Syndrom.

Die Beschwerdeführerin leide an einer Traumafolgestörung nach zahlreichen und anhaltenden Bindungstraumata, emotionaler Vernachlässigung und Parentifizierung in der Kindheit und Jugend. Zudem leide sie noch immer an posttraumatischem Stress als Folge eines Überfalls im Alter von 19 Jahren. Es sei anzunehmen, dass sie bereits in der Kindheit unter den zahlreichen und anhaltenden Beziehungsabbrüchen gelitten und später versucht

habe, sich mit Hilfe von Drogen und Alkohol zu regulieren. Das negative Selbstbild sei möglicherweise im Kontakt zur stark abwertenden Stiefmutter entstanden. Erstaunlicherweise sei es der Beschwerdeführerin über lange Zeit gelungen, sich durch harte Arbeit abzulenken und Beruf und Alltag zu bewältigen. Als sie schliesslich durch die Symptomatik der Long-C OVID -Erkrankung ausgebremst worden sei, seien auch die Symptome der PTBS wieder vermehrt aufgetreten und hätten schliesslich zum Zusammenbruch geführt. Angesichts der Schwere der Störung und des sozialen Rückzugs sei eine stationäre Behandlung angezeigt, auch weil das ambulante Setting teilweise überfordernd zu sein scheint ( Urk. 3/4 S. 2 f.). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich zur Beurteilung des strittigen Rentenanspruchs in medizinischer Hinsicht zur Hauptsache auf das polydisziplinäre

B.\_\_\_\_-Gutachten vom 7. Februar 2024 (Urk. 9/81 ). Die Beschwerdeführerin spricht dieser Expertise

demgegenüber die Beweiskraft ab (vgl. vorstehende E. 2.1-2.3 ). 4.2

Das Gericht darf den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete

Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteile des Bundesgerichts 9C\_174/2020 vom 2. November 2020 E. 8.1 [in

BGE 147 V 79 nicht publiziert] und

8C\_424/2024 vom 6. Februar 2025 E. 5.3.1). 4.3 4.3.1

Die Beschwerdeführerin vertritt - unter Hinweis auf ihre im Vorbescheidverfahren erhobenen Einwände - den Standpunkt, die B.\_\_\_\_-Gutachter hätten der Long-C OVID -Symptomatik nicht hinreichend Rechnung getragen bzw. deren Vorliegen nicht ansatzweise erörtert. Im Gegensatz dazu sei die Symptomatik von den behandelnden Fachpersonen mehrfach als Hauptdiagnose aufgeführt worden ( Urk. 1 S. 4, Urk. 9/96 S. 5). Moniert wird überdies eine mangelhafte Anamneseerhebung im psychiatrischen Teilgutachten, namentlich in Bezug auf erlittene Traumata ( Urk. 1 S. 6). 4.3.2

In der Invalidenversicherung ist für die Bestimmung des Rentenanspruchs letztlich grundsätzlich unabhängig von der diagnostischen Einordnung eines Leidens und unbeschaffen der Ätiologie ausschlaggebend, ob und in welchem Ausmass eine Beeinträchtigung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit vorliegt (vgl. BGE 148 V 49 E. 6.2.2, 143 V 409 E. 4.2.1 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C\_555/2024 vom 4. April 2025 E. 8.2.1 mit Hinweis). Es besteht grundsätzlich auch keine Korrelation zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit (BGE 140 V 193 E. 3.1). Letztere ergibt sich vielmehr aus den vorhandenen objektivierten und plausibilisierten Funktionseinschränkungen (vgl. BGE 140 V 290 E. 3.3.1; Urteil des Bundesgerichts 8C\_660/2022 vom 25.

Mai 2023 E. 5.2).

Zu beachten ist überdies, dass die

psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem oder der Begutachtenden daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen

möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern dabei lege artis vorgegangen wird (Urteil des Bundesgerichts 8C\_424/2024 vom 6. Februar 2025 E. 5.3.2 mit Hinweisen). 4.3. 3

Dies vorausgeschickt erweist sich die Diskussion über die zutreffende (Haupt-)Diagnose grundsätzlich als müssig und nicht zielführend. Nichtsdestotrotz ist der Kritik der Beschwerdeführerin entgegenzuhalten, dass die Long-COVID-Symptomatik nicht nur Eingang in die von den Gutachtern gestellten Diagnosen fand (Urk. 9/81/9). Vielmehr wurde sie auch in der psychiatrischen Teilexpertise von Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,

b berücksichtigt.

Er legte nachvollziehbar dar, dass die vordergründig durch die geklagte Erschöpfbarkeit gekennzeichnete Symptomatik (Urk. 9/81/32), welche anamnestisch auch mit Schmerzen verbunden sei (vgl. Urk. 9/29/3, 9/50/8), vor dem Hintergrund der biographisch erlittenen Traumatisierungen und der Vulnerabilität für eine psychische Symptomatik zu sehen sei. Dr. I.\_\_\_\_ hatte somit nicht nur nachweislich Kenntnis von den berichteten Traumata in der Kindheit und Jugend (Einbruch zweier bewaffneter Männer, Bindungstraumata aufgrund der Trennung ihrer Eltern; Urk. 9/81/32), sondern bezog diesen Umstand auch in seine Beurteilung und seine Herleitung der Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) mit ein, indem er die intrapsychischen Konflikte als Grundlage für die aktuell geäußerten Beschwerden, nicht aber als eigenständige psychische Störung interpretierte (Urk. 9/81/36-37). Dass er entgegen den behandelnden Fachpersonen der D.\_\_\_\_ keine (komplexe) PTBS feststellen konnte, leuchtet einerseits mit Blick auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin und die erhobenen objektiven Befunde ein, welchen keine typischen Anhaltspunkte für eine derartige psychische Störung wie namentlich Flashbacks, vegetative Übererregtheit oder Vermeidungsverhalten (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.],

ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 207)

zu entnehmen sind. Andererseits hat die Beschwerdeführerin auch im Rahmen der in Anspruch genommenen stationären Behandlungen und der in der E.\_\_\_\_ durchgeführten Abklärung nicht über derartige Symptome geklagt (Urk. 9/29/2, 9/50/2 und 9/75/3-4).

Dem Bericht der D.\_\_\_\_ vom 15. April 2024 (Urk. 3/4) sind insgesamt keine Aspekte zu entnehmen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind. Der Bericht enthält keine Hinweise auf eine nach der Begutachtung allenfalls eingetretene gesundheitliche Verschlechterung. Die abweichende diagnostische Einordnung der unbestrittenermassen vorliegenden psychischen Erkrankung ist nicht geeignet, begründete Zweifel am psychiatrischen Teilgutachten zu wecken. Es ist in diesem Zusammenhang daran zu erinnern, dass 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 zulässt, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapiekräfte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen

(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.). Hinzu kommt im vorliegenden Fall, dass der Bericht der

D.\_\_\_\_ zwar die Bemerkung

enthält, dass die Beschwerdeführerin derzeit zu 100 % arbeitsunfähig sei ( Urk. 3/4 S. 2). Dies wurde jedoch im Anamnese-Teil des Berichts festgehalten, weshalb es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um kein eigentliches Attest der Fachpersonen der D.\_\_\_\_ handelt . Mit dem Bericht wurde denn auch lediglich ein Vorgespräch dokumentiert ( Urk. 3/4 S. 1) . Mangels Feststellungen zur Arbeitsunfähigkeit vermag die Beschwerdeführerin daraus nichts zu ihren Gunsten abzuleiten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_790/2023 vom 3. April 2024 E. 5.1 mit Hinweisen).

Unklar bleibt mangels substantiierter Begründung (vgl. Urk. 1 S. 7 f.) , was die Beschwerdeführerin aus dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Zeitungsartikel vom 17. Oktober 2024 ( Urk. 3/5) für den konkreten Fall ableiten möchte. Die in der Beschwerdeschrift erwähnte Hospitalisation in der D.\_\_\_\_ ab 7.

Oktober 2024 ( Urk. 1 S. 6) stellt im Übrigen eine Tatsache dar, die sich nach Erlass der angefochtenen Verfügung zugetragen hat.

Sie hat unbeachtet zu bleiben, da das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit der Verfügungen in der Regel nach dem Sachverhalt beurteilt, der zur Zeit des Abschlusses des Verfahrens gegeben war ( BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). 4.3.4

Einzugehen bleibt auf die von gutachterlicher Seite bescheinigte Arbeitsunfähigkeit. Praxismässig liegt es nicht allein in der Zuständigkeit der mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztpersonen, abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt (BGE 140 V 193 E. 3.1).

Zu beachten ist, dass Arbeitsfähigkeitsschätzungen von der Natur der Sache her ein Ermessensspielraum inhärent ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_14/2021 vom 3. Mai 2021 E. 11.2.1 mit Hinweis).

Im Zuge der interdisziplinären Konsensdiskussion welcher grosses Gewicht beizumessen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_481/2024 vom 4. März 2025 E.

5.2.2.1 mit Hinweisen) gelangten die Gutachter zum Schluss, dass aus somatischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege (Urk.

9/81/10) . Dies überzeugt mit Blick auf die allgemein-internistischen, orthopädischen und neurologischen Telexpertisen ohne Weiteres . Die involvierten medizinischen Sachverständigen stimmten dahingehend überein, dass der Beschwerdeführerin leichte bis mittelschwere Tätigkeiten wie die angestammte Arbeit als Kleinkinder zieherin uneingeschränkt möglich seien (Urk.

9/81/28-29, 9/81/47 und 9/81/53-54). Namentlich von orthopädischer Seite wurden auch die Ergebnisse der vorangegangenen Abklärung in der E.\_\_\_\_ miteinbezogen ( Urk. 9/81/46), welche ebenso eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ergeben hatte ( Urk. 9/50/5 ; vgl. ferner auch Urk. 9/29/3 ).

Die Beschwerdeführerin erhebt daher zu Recht keine (substantiierten) Einwände gegen die einzelnen somatischen Teilgutachten.

Von psychiatrischer Seite wurde für die angestammte Tätigkeit eine 70%ige und für angepasste Tätigkeiten eine 90%ige

Arbeitsfähigkeit attestiert. Die 30%ige Minderung der Leistungsfähigkeit im angestammten Bereich wurde auf einen vermehrten Pausenbedarf und eine dadurch verringerte Präsenzzeit zurückgeführt (Urk. 9/81/39). Diese Einschätzung fand wiederum Eingang in die Konsensbeurteilung (Urk. 9/81/10). Sie überzeugt einerseits unter Berücksichtigung der Resultate der mehrstündigen neuropsychologischen Untersuchung, welche bei konsistentem Verhalten der Beschwerdeführerin (Urk. 9/81/63) eine leichte neuropsychologische Hirnfunktionsstörung mit Einschränkungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, exekutive Funktionen, Verarbeitungstempo und kognitive Belastbarkeit ergeben hatte (Urk. 9/81/65). Im Vorfeld hatte die verhaltensneurologisch-leistungspsychologische Untersuchung durch Dr. G.\_\_\_\_

gar durchwegs unauffällige Werte bei intakter kognitiver Leistungsfähigkeit geliefert (Urk. 9/75/11, 9/75/14-15). Eine schwerwiegende

Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen ist vor diesem Hintergrund nicht ausgewiesen. Andererseits erscheint

die psychiatrische Einschätzung insbesondere auch in Anbetracht des von der Beschwerdeführerin gelebten Aktivitätsniveaus, des intakten sozialen Umfelds sowie der fehlenden Inanspruchnahme regelmässiger psychiatrischer Behandlungen als plausibel (Urk. 9/81/24, 9/81/33-34; vgl. zu den grundsätzlich für sämtliche psychischen Leiden massgebenden Standardindikatoren BGE 141 V 281 E. 4.1.3, 143 V 418 E. 7.1). Auf eine umfassende Abhandlung derselben von der Rechtsprechung implementierten strukturierten Beweisverfahrens kann vorliegend jedoch aus Gründen der Verhältnismässigkeit verzichtet werden, da die Prüfung der Indikatoren

unmittelbar zu keiner höheren als der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit führen kann (Urteile des Bundesgerichts 9C\_486/2024 vom 6.

März 2025 E.

4.2.2.3 und 8C\_230/2022 vom 23. September 2022 E. 5.2.3.2, je mit Hinweisen). 4.3. 5

Nach dem Gesagten kommt dem umfassenden und in allen Teilen überzeugenden polydisziplinären B.\_\_\_\_-Gutachten volle Beweiskraft zu, da sich die fachärztlichen Schlussfolgerungen als nachvollziehbar begründet erweisen und keine konkreten Indizien gegen deren Zuverlässigkeit bestehen. Von den beschwerdeweise beantragten weiteren medizinischen Abklärungen in Form eines Gerichtsgutachtens sind keine anderen entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon in antizipierter Beweiswürdigung abgesehen werden kann (BGE 144 V 361 E. 6.5, 136 I 229 E.

5.3, 124 V 90 E. 4b).

5.

Auf der Grundlage der obigen Erkenntnisse ist der Beschwerdegegnerin beizupflichten, dass die Voraussetzungen für die Zusprechung einer Invalidenrente nicht erfüllt sind.

So ist gestützt auf das B.\_\_\_\_-Gutachten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ab April 2022 von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auszugehen. Zuvor war die Arbeitsfähigkeit zwischen November 2020 und Januar 2021 vollständig

aufgehoben; bis April 2021 lag sodann eine 50%ige Einschränkung vor. In der Periode von April 2021 bis April 2022 bestand keine Arbeitsunfähigkeit (Urk.

9/81/10, 9/88/5; vgl. auch vorstehende E. 3.1). Es lag demnach

im gesamten Beurteilungszeitraum zu keinem Zeitpunkt während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch (vgl. hierzu Art. 29 ter IVV) eine durchschnittlich mindestens 40%ige Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG vor (vgl. vorstehende E. 1.3). 6.

Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin in der angefochtenen Verfügung vom 26. September 2024 zu Recht verneint. Die dagegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und abzuweisen. 7.

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. 700.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

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

Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber  
Fehr Würsch

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