

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01039 vom 3. Juni 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-06-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.01039

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01039 du 3 juin 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01039 del 3 giugno 2013

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1966, meldete sich am 15. Januar 2013 unter anderem unter Hinweis auf seit einem Motorradunfall im Jahr 2004 bestehende Beschwerden

zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 10/7). Mit Verfügung vom 3. Juni 2013 (Urk. 10/31)

verneinte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, einen Anspruch der Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung. Dieser Entscheid wurde vom hiesigen Gericht mit Urteil vom

3. November 2014 im Prozess-Nr. IV.2013.00608 (Urk. 10/42) und

vom Bundesgericht mit Urteil vom 23. Juli 2015 (Urk. 10/47) bestätigt.

E. 1.1

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

E. 1.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). 1. 3

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte 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 (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).

E. 1.4

Nach der allgemeinen Beweisregel (Art.

E. 2

9. November 2018 Beschwerde gegen die Verfügung vom 1. November 2018 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben, und es sei der Anspruch auf eine halbe Rente zu prüfen (Urk. 1 S. 2 Mitte).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 21. Januar 2019 (Urk. 9) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Verfügung vom 9. April 2019 (Urk. 11) holte das hiesige Gericht beim Hauptgutachter eine ergänzende Stellungnahme ein, welche dieser am 24. April 2019 erstattete (Urk. 13). Am 9. Mai 2019 teilte die Beschwerdegegnerin den Verzicht auf eine Stellungnahme mit (Urk. 19). Die Beschwerdeführerin äusserte sich am 21. Mai 2019 (Urk. 20) und reichte einen weiteren medizinischen Bericht sowie ein Zeugnis (Urk. 21-22) ein. Diese wurden der Beschwerdegegnerin am 3. September 2019 zur Kenntnis gebracht. Gleichzeitig wurde der Beschwerdeführerin antragsgemäss (vgl. Urk. 4, Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf das von ihr eingeholte Gutachten davon aus, bei der Beschwerdeführerin liege eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) vor. Als Liegenschafts-Verwaltungsassistentin sei sie zu 80 % arbeitsfähig. In einer angepassten Tätigkeit mit klar strukturierten Aufgaben ohne Leitungsfunktion und ohne Tätigkeiten, die eine Daueraufmerksamkeit respektive –konzentration erfordere

n, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 90 % . Die depressive Störung sei zurzeit remittiert und die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung sei lediglich im Sinne einer Verdachtsdiagnose genannt worden. Beide Diagnosen wirkten sich nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit aus. Somit liege keine Erkrankung vor, welche die Erwerbsfähigkeit auf längere Dauer von mindestens einem Jahr und fortdauernd durchschnittlich 40 % einschränke (Urk. 2) .

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte in ihrer Beschwerde (Urk. 1) demgegenüber geltend, der Verdacht auf das Vorliegen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung habe sich nach Auffassung ihres behandelnden Arztes erhärtet und sei somit durchaus einschränkend sowie für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Relevanz . Das von der Beschwerdegegnerin eingeholte

Gutachten weise sodann erhebliche Mängel bezüglich Wahrheitsgehalt und Vollständigkeit auf.

In ihrer Stellungnahme vom 21. Mai 2019 (Urk. 20)

bekräftigte die Beschwerdeführerin ihren Standpunkt, wonach das psychiatrisch-neurologische Gutachten

unzulänglich sei , und erhob Kritik an der ergänzenden Stellungnahme des Gutachters. Sie machte im Wesentlichen geltend, dieser habe

die bei ihr bestehenden Probleme verkannt und das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung zu Unrecht verneint . Es sei auf die Beurteilung der sie behandelnden Personen abzustellen, welche ihr eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestierten.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob sich ihr Gesundheitszustand seit der abschlägigen Rentenverfügung vom 3. Juni 2013 (Urk. 10/31)

anspruchrelevant verschlechtert hat (vgl. vorstehend E. 1.1- 2) . 3. 3.1

Im Rahmen der ersten IV-Anmeldung vom Februar 2013 (Urk. 10/7) hatte die Beschwerdeführerin unter anderem angegeben, an sich seit dem Motorradunfall im Jahr 2004 manifestierenden Symptomen wie stark verminderte, auf maximal vier Stunden beschränkte Konzentrationsfähigkeit, schneller Ermüdung und Erschöpfung, eingeschränkte geteilte Aufmerksamkeit, fehlende Stresskompensation bei Zeitdruck und Unruhe am Arbeitsplatz zu leiden.

Im Urteil vom

3. November 2014 (Urk. 10/42) hatte das hiesige Gericht unter anderem ausgeführt , es erscheine unwahrscheinlich, dass sich die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalls im Jahr 2004 eine relevante Kopfverletzung zugezogen habe. Die ärztliche Auffassung, wonach die geklagten Beschwerden im Rahmen eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma zu sehen seien, überzeuge nicht (S.

E. 7

) die unentgeltliche Prozessführung bewilligt (Urk. 25). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 8

ZGB) hat die versicherte Person die invalidisierenden Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung mit dem Beweis grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Gelingt dieser Nachweis nicht, verfügt sie über keinen Leistungsanspruch. Mit anderen Worten wird bei Beweislosigkeit vermutet, dass sich der geklagte Gesundheitsschaden nicht invalidisierend auswirkt: Vermutet wird Validität, nicht Invalidität. An diesem Nachweis kann es unter mehreren Aspekten mangeln: Die Einschränkung ist nicht gesundheitlich, sondern sozial/soziokulturell bedingt (1); die gesundheitliche Einschränkung ist nicht evident, wiegt nicht schwer, sodass sie überwindbar und der versicherten Person die Verrichtung einer adaptierten Tätigkeit dennoch zumutbar ist (2); die Einschränkung ist medizinisch angeh- oder gar heilbar (3); die Einschränkung ist nur vorübergehender Natur, sei es, weil sie von selbst oder nach einer medizinischen Behandlung abklingt (4). Die entsprechenden Elemente (gesundheitlicher Charakter, Evidenz und Erheblichkeit, Unheilbarkeit und Dauerhaftigkeit der Beeinträchtigung) sind stets - auch ausserhalb der unklaren Beschwerdebilder - nachzuweisen, damit ein Anspruch auf eine Dauerleistung der Invalidenversicherung geltend gemacht werden kann (BGE 139 V 547 E. 8.1). 2.

E. 13

f. E. 4.3). Die vom RAD-Arzt geäusserten Zweifel in Bezug auf die diagnostische Einordnung der von Dr. med. Z.____, Fachärztin für Neurologie, und Prof. Dr. phil. A.____, Neuropsychologin, objektivierten neuropsychologischen Dysfunktionen im Rahmen einer frühkindlich erworbenen zerebralen Funktionsstörung bei Frühgeburt, welche phänomenologisch einer ADHS entsprechen (vgl. S. 8 E. 3.4, S. 12 E. 4.1), erschienen mit Blick darauf, dass die diversen aktenkundigen Arbeitszeugnisse seit dem Jahr 1985 nicht auf eine in der Vergangenheit relevant beeinträchtigte Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin schliessen lassen, plausibel (S. 14 E. 4.4). Betreffend die geltend gemachten neuropsychologischen Defizite seien aber insbesondere auch aus an deren - näher dargelegten - Gründen grosse Zweifel angezeigt (S.

E. 14

f. E. 4.5). Weiter ergäben sich aus den Akten keine Anhaltspunkte dafür, dass bei der Beschwerdeführerin bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses im Juni 2013 eine relevante psychische Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit vorgelegen habe. Abgesehen davon ergäben sich aus den Akten klare Hinweise auf invaliditätsfremde psychosoziale Faktoren (S. 15 E. 4.6). 3.2

Das Bundesgericht führte in seinem Urteil

vom 23. Juli 2015 (Urk. 10/47) unter anderem aus, es sei nicht zu beanstanden, dass das kantonale Gericht die geklagten Beschwerden mangels hinreichend ausgewiesener hirnganischer Beteiligung nicht im Rahmen eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma gesehen habe (S. 6 oben). Dem kantonalen Gericht sei sodann darin bei zupflichten, dass es an Anzeichen für eine sich in den letzten knapp dreissig Jahren auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende ADHS fehle. Mangels einer anlässlich des Unfalls vom 1. August 2004 nachgewiesenen Hirnverletzung sei auch ein Auslöser des solcherart diagnostizierten Beschwerdebilds durch den Sturz nicht als überwiegend wahrscheinlich zu werten. Wie die Vorinstanz schliesslich zu treffend - jedenfalls aber nicht als Ergebnis einer willkürlichen Beweiswürdigung - festgestellt habe, spreche für diesen Schluss vor

allem der Umstand, dass die Beschwerdeführerin trotz der geltend gemachten gravierenden neuropsychologischen Defizite unbestrittenermassen weiterhin Motorrad fahre und seit 2010 mit tels eigener Homepage gar begleitete, anspruchsvolle Motorradtouren von durchschnittlich sechs bis acht Stunden reiner Fahrzeit täglich anbiete. Die Annahme eines zwar die beruflich-erwerblichen, nicht aber die im Strassenverkehr erforderlichen kognitiven Fähigkeiten beeinträchtigenden Beschwerdebildes über zeuge nicht, zumal gerade für ein Motorradfahren auf diesem Niveau eine ungeteilte Aufmerksamkeit und Konzentration unabdingbar sei

(S. 6 f. E. 5.2.2).

Eine fachärztlich schlüssig ausgewiesene, invalidisierende psychische Störung lasse sich gestützt auf den Bericht des behandelnden Psychotherapeuten lic . phil. B.____ nicht ableiten (S. 7 E. 6.1). Überdies bestünden, wie im angefochtenen Entscheid korrekt vermerkt worden sei, Anhaltspunkte für Invalidität s fremde psychosoziale Faktoren wie

die lange Abstinenz vom Arbeitsmarkt,

eine geschiedene Ehe, die alleinige Verantwortung für ein Kind sowie finanzielle

Probleme

(S. 7 f. E. 6.1) . 4 . 4 . 1

In der Verschlechterungsmeldung vom 18. Dezember 2014 (Urk. 10/45) hatte die Stadt Y.____ unter

Hinweis auf eine am 25. November 2014 durchgeführte neuropsychologische Untersuchung (vgl. nachstehend E. 4.2) neuropsychologische Defizite geltend gemacht. Die Beschwerdeführerin machte im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung geltend. Zu keinem Zeitpunkt geltend gemacht wurde

dagegen eine invaliditätsrelevante Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustands, wes halb nachstehend keine den somatischen Gesundheitszustand betreffenden Berichte angeführt werden. 4.2

Am 6. Dezember 2014 berichteten Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und der Psychologe lic . phil. D.____, E.____, F.____, über die am 25. November 2014 durchgeführte neuropsychologische

Untersuchung der Beschwerdeführerin mit der Testbatterie «kognitive Basistestung» (COGBAT) und ergänzenden Tests (Urk. 10/44). Sie führten aus, aus diagnostischer Sicht sei von extrem ausgeprägten neuropsychologischen Defiziten im Bereich der Aufmerksamkeit auszugehen. Die ebenso deutlich beeinträchtigte Inhibitionsfähigkeit, die mit einer deutlich erhöhten Impulsivität einhergehe, und die

im Grenzbereich liegende kognitive Flexibilität zeigten Hinweise auf eine mögliche hirnorganische Störung. Aus den Befunden ergebe sich das Bild einer mittel schweren neuropsychologischen Störung (S. 4) . 4 . 3

Dr. med. G.____, stellvertretender Oberarzt, H.____, berichtete am 5. Juni 2015 (Urk. 10/48/3), die Beschwerdeführerin stehe seit dem 18. September 2012 am Institut in Behandlung. Sie leide an erheblichen Folgeschäden eines 2004 erlittenen Motorradunfalls. Dies äussere sich hauptsächlich in einer starken Einschränkung der Belastbarkeit. Als

Diagnosen nannte Dr. G.____ ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (ICD-10 F07.2) sowie eine rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) . Er attestierte der Beschwerdeführer eine bereits seit mehreren Monaten bestehende Arbeitsunfähigkeit. 4 .4

Am 6. Oktober 2016 (Urk. 10/61) beantwortete Dr. G.____ , H.____ ,

die ihm von der Beschwerdegegnerin unterbreiteten Fragen (vgl. 10/53 S. 2 f.) . Er führte unter anderem aus, bei der Beschwerdeführerin bestünden als wesentlichste Einschränkungen eine rasche Ermüdbark eit und eine verminderte Konzentrationsfähigkeit. Geistige Tätigkeiten führten nach maximal eineinhalb bis zwei Stunden zu einer deutlichen Reduktion der Leistungsfähigkeit, insbesondere der Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Entscheidungsfähigkeit . Nach einer solchen Anstrengung benötige sie zwei bis drei Stunden Zeit zur Verbesserung der kognitiven Funktionen (Ziff. 4). Die Beschwerdeführer in sei alleinerziehende Mutter eines neunjährigen Sohnes es mit einer ADHS, welcher viel Aufmerksamkeit und Unterstützung bei den Hausaufgaben benötige, insgesamt drei bis vier Stunden am Tag. Die Bewältigung des Alltags und des Haushalts sowie die Erziehung ihres Sohnes forderten die Beschwerdeführerin und brächten sie wiederholt an ihre Belastungsgrenzen (Ziff. 6). Mit einer Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit sei vor erst nicht zu rechnen (S. 2 oben). 4.5

Prof. Dr. rer . nat.

I.____ , Leiter Neuropsychologie, und Dr. sc. nat.

J.____ , Neuropsychologin, K.____ , L.____ , berichteten am 28. November 2017 über die am 2. November 2017 erfolgte neuropsychologische Untersuchung (Urk. 10/73/103-116) und stellten bei einem durchschnittlichen kognitiven Leistungsvermögen partielle leichte bis mittelgradige attentionale und exekutive Beeinträchtigungen (mit unter anderem Hinweisen auf ein verlangsamtes Arbeitstempo bei einer monotonen, selbstgesteuerten Aufgabe zu Gunsten einer guten Fehlerkontrolle, Einschränkungen der geteilten Aufmerksamkeit, einem atypischen Belohnungsver halten und in der Beobachtung eines leicht impulsiven Antwortstils) fest. Sie führten aus, die Ergebnisse in einem Fragebogen zum Vorliegen von Symptomen einer ADHS im Alter von acht bis zehn Jahren hätten Hinweise darauf ergeben, dass die Symptome bereits im Kindesalter bestanden hätten. Die Biographie der Beschwerdeführerin habe zudem ebenfalls Hinweise auf Verhaltensweisen ergeben, die als typisch für eine ADHS gelten würden, wie beispielsweise Risikoaffinität (sensation seeking , mit dem Motorrad zügig kurvenreiche Strecken fahren), eine Aversion gegen monotone Tätigkeiten (delay

aversion , Stellenprofil mit abwechslungsreichen, vielfältigen Tätigkeiten sei zentral) und in jüngeren Jahren häufige Wechsel der Arbeitsstellen und der Partner. Das aktuelle Leistungsprofil unter Berücksichtigung der Anamnese sei aus rein neuropsychologischer Sicht vereinbar mit der Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter (S. 12 unten).

Die kognitiven Defizite wirkten sich auf die Arbeitsfähigkeit aus. Aus dem aktuellen Leistungsprofil lasse sich aufgrund des erhöhten Kontrollaufwandes eine Minderung der Arbeitsfähigkeit von 20 %

ableiten. Auch bei einer dem Leiden gut angepassten Tätigkeit bestehe eine Minderung der Arbeitsfähigkeit von 10 %

(S. 13 Mitte). 4.6

Im Auftrag der Beschwerdegegnerin erstattete Dr. med. M.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, am 5. Dezember 2017 ein Gutachten (Urk. 10/73/1-99) , dies nach am 17. August 2017 und 29. September 2017 erfolgter psychiatrischer (S. 59 ff.) und neurologischer (S. 81 ff.) Untersuchung. Er stützte sich auf die ihm überlassene n

und zusätzlich eingeholte n Akten (S. 5 ff.), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 45 ff.)

sowie

die von ihm erhobene n

psychiatrische n (S. 63 ff.) und neurologische n (S. 85 ff.) Befunde (vgl. S. 4 f.).

Als psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. M.____ eine ADHS im Erwachsenenalter (ICD-10 F90.0). Als psychiatrische Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er Probleme, verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung im Sinne von perfektionistisch und zwanghaft akzentuierten Persönlichkeitszügen (S. 68 Ziff. 4.5.1-2).

Neurologische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit konnte Dr. M.____ nicht stellen. Als neurologische (Ober-) Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen Status nach Motorradunfall vom 1. August 2004 (S. 91 f. Ziff. 5.7.1-2).

Im psychiatrischen Teilgutachten führte Dr. M.____

unter anderem aus, im objektiven psychopathologischen Befund in Anlehnung an die AMDP-Richtlinien hätten keine psychopathologischen Auffälligkeiten bestanden (S. 69 unten). Analog der Parameter der funktionellen Leistungsfähigkeit in Anlehnung an das Mini-ICF-APP bestünden keine Störungen der Aktivität und Partizipation (S. 70 Mitte). Die im Rahmen der Abklärung am 15. September 2017 durchgeführte testpsychologische Untersuchung SKID-II habe gemäss Bericht von Frau lic. phil. N.____ , Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, vom 29. September 2017 (vgl. Urk. 10/73) bei keiner der 12 erfassten Persönlichkeitsstörungen gemäss SKID-II auffällige Werte ergeben. Bis auf anlässlich der Exploration festgestellte leicht leistungsorientierte und zwanghaft akzentuierte Persönlichkeitszüge könne die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht gestellt werden. Gemäss neuropsychologischen Zusatzgutachten (vorstehend E. 4.5) sei das aktuelle Leistungsprofil unter Berücksichtigung der Anamnese aus rein neuropsychologischer Sicht vereinbar mit der Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter (S. 70 unten). Die Diagnose einer depressiven Episode nach den ICD-10-Kriterien lasse sich gegenwärtig nicht stellen (S. 78 oben).

Zur Arbeitsfähigkeit führte der Gutachter aus, aus psychiatrischer und neuropsychologischer Sicht sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit aufgrund der diagnostizierten ADHS im Erwachsenenalter und erst im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung objektivierbaren kognitiven Defizite allenfalls eine 20%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit bei voller Präsenz in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit ausgewiesen. Der Grund dafür sei ein erhöhter Kontrollaufwand. Auch in einer dem Leiden optimal angepassten Tätigkeit mit klar strukturierten Aufgaben, ohne Tätigkeiten, die eine

Daueraufmerksamkeit oder Dauerkonzentration erforderten und ohne Leitungsfunktion sei allenfalls eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 10 % bei voller Präsenzzeit ausgewiesen (S. 98 Ziff. 7.3). 4. 7

Am 12. Juli 2018 berichteten Dr. med.

O.____, Leitender Arzt, und die Psychologin P.____, Q.____, über die Abklärungsuntersuchung der Beschwerdeführerin in der Zeit vom 24. April bis 17. Juli 2018 (Urk. 10/90). Sie führten aus, die ausführlich erhobene Eigenanamnese weist auf eine rezidivierende depressive Störung hin, welche gegenwärtig jedoch remittiert sei. Ebenfalls könnten die beschriebenen Symptome einer Aufmerksamkeitsstörung, eines Drangs nach intensivem Erleben, eines impulsiven Verhaltens, von Wutausbrüchen sowie einer hohen Grundanspannung, wie bereits in den Vorberichten beschrieben, einer ADHS im Erwachsenenalter, ICD-10 F 90.0 (S. 1 unten), zugeordnet werden. In der klinischen Beobachtung seien interaktionelle Besonderheiten aufgefallen, welche für eine Persönlichkeitsstörung mit zwanghaften und paranoiden Anteilen sprächen. Die Beschwerdeführerin beschreibe das Grundgefühl, ständig auf der Hut zu sein und sich gegen Angriffe anderer wehren zu müssen, welches sie mit negativen Kindheitserfahrungen in Verbindung bringe. In Beziehungen falle sie durch hohe Ansprüche und hartnäckiges, rechthaberisches Verhalten auf. Der von der Beschwerdeführerin formulierte Verdacht auf eine Borderline - Persönlichkeitsstörung habe nicht bestätigt werden können. Aufgrund der zeitlich limitierten Beobachtung im Rahmen des Abklärungssettings sei die Verdachtsdiagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit zwanghaften und paranoiden Anteilen, ICD-10 F61 (S. 1 unten), gestellt worden (S. 3). 4.8

Mit Email vom 29. November 2018 (Urk. 3/4) teilte Dr. O.____, Q.____, der Beschwerdeführerin mit, das Gutachten von Dr. M.____

sei aus seiner Sicht gesamtheitlich sorgfältig ausgearbeitet und die fachliche Diskussion in sich schlüssig und nachvollziehbar. Nach einer Besprechung mit der behandelnden Psychologin Frau

P.____ (vgl. vorstehend E. 4.7) ergäben sich in Bezug auf zwei Aspekte aber auch unterschiedliche Einschätzungen. Zum einen habe Dr. M.____

zwanghafte und perfektionistische Persönlichkeitszüge als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eingeordnet. Aufgrund der Erfahrungen im bisherigen Therapieverlauf seien er und Frau P.____ zum Schluss gelangt, dass die bestehenden Schwierigkeiten im interaktionellen Bereich das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung hätten, welche diagnostisch einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit zwanghaften und paranoiden Zügen (ICD-10 F61) zuzuordnen sei. Auch die früheren Schwierigkeiten und Konflikte an verschiedenen Arbeitsstellen seien vor dem Hintergrund dieser Diagnose zu sehen, welche für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit also durchaus relevant sei. Damit verbunden sei zum anderen ein weiterer Aspekt: Das im Gutachten anhand des Mini-ICF beschriebene Funktionsniveau entspreche quasi dem einer psychisch gesunden Person. Aus ihrer Sicht müssten die bekannten und weiterhin bestehenden interaktionellen Schwierigkeiten unter den entsprechenden Funktionskategorien (Selbstbehauptung, Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit, Fähigkeit zu familiären und intimen Beziehungen) beschrieben und bei der Gesamtbeurteilung berücksichtigt werden. 4.9

Am 24. April 2019 (Urk. 13) nahm Dr. M.____ Stellung zum Bericht von Dr. O.____ und P.____ vom 12. Juli 2018 (vorstehend E. 4.7) und zur Email von Dr. O.____ vom 29. November 2018 (vorstehend E. 4.8). Er führte unter anderem aus, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei auch im Falle einer diagnostizierten Persönlichkeitsstörung immer die konkrete psychopathologische Symptomatik entscheidend. Solange die pathologischen Reaktions- und Verhaltensmuster sozial verträglich seien, bestehe Arbeitsfähigkeit. Im objektiven psychopathologischen Befund in Anlehnung an die AMDP-Richtlinien anlässlich der Untersuchung am 17. August 2017 hätten keine psychopathologischen Auffälligkeiten bestanden. Mit Verweis auf die Untersuchungsbefunde im Gutachten und die Dokumentation in der Versicherungsakte sowie unter Berücksichtigung der Biographie der Beschwerdeführerin könne in ihrem Fall sicherlich kein pathologisches Reaktions- und Verhaltensmuster erkannt werden, das sozial unverträglich wäre und infolgedessen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen würde. Darüber hinaus zeigten sich Frühsymptome von Persönlichkeitsstörungen häufig in der Kindheit, differenzierten sich in der Adoleszenz und manifestierten sich in typischer Form im frühen Erwachsenenalter, was bei der Beschwerdeführerin sicherlich nicht der Fall sei (S. 8 Mitte). Die – näher dargelegten – für alle Persönlichkeitsstörungen obligaten diagnostischen Eingangskriterien seien bei der Beschwerdeführerin nicht erfüllt (S. 9 unten, S. 10 oben) und es seien auch die operationalisierten Kriterien für die Diagnose einer bestimmten Persönlichkeitsstörung (vgl. S. 9 unten) nicht beziehungsweise nicht in der geforderten Anzahl erfüllt. Bis auf ein situationsangemessenes Bestehen auf eigenen Rechten könnten bei der Beschwerdeführerin keine weiteren Hinweise auf eine paranoide Persönlichkeitsstörung gefunden werden (S. 11 unten). Bis auf einen Perfektionismus und gegebenenfalls eine Beschäftigung mit unbedeutenden Details seien auch die diagnostischen Kriterien einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung nicht ausgewiesen (S. 12 Mitte).

Zusammenfassend lasse sich im Fall der Beschwerdeführerin die Verdachtsdiagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung nicht ohne Weiteres bestätigen. Bis auf Probleme bei der beruflichen Integration, die im Falle der Beschwerdeführerin aus seiner Sicht auf nicht versicherungsmedizinisch relevante psychosoziale Belastungsfaktoren zurückzuführen seien, seien keine weiteren Auffälligkeiten, die auf eine Persönlichkeitsstörung hinwiesen, zu erkennen. Im Weiteren lägen auch in der Vergangenheit keine schweren psychopathologischen Störungen mit Behandlungen vor und auch keine Suchterkrankung. Gesamthaft sei bei den durch die behandelnden Personen beschriebenen zwanghaften und paranoiden Persönlichkeitszügen und dem geäusserten Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung von einer allenfalls leichten psychischen Störung, die kaum von einer Persönlichkeitsakzentuierung im Sinne der Z-Diagnose abgegrenzt werden könne, auszugehen (S. 12 f.).

Schliesslich sei darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin über viele positive Ressourcen verfüge, was bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen sei. Hervorzuheben sei unter anderem die persönliche und berufliche Zielklärung (Abschluss einer Handelsschule mit eidgenössischem Zertifikat, Arbeitsstelle bei der R.____, langjährige Tätigkeit - vom 1. April 2000 bis 30. Juni 2007 – als Verwalterin bei der S.____ in einem 100%-Pensum). Des Weiteren bestehe eine gute kognitive Leistungsfähigkeit. Trotz der diagnostizierten und unbehandelten ADHS habe die Beschwerdeführerin eine berufliche Ausbildung absolviert und jahrelang gearbeitet. An weiteren Ressourcen bestehe eine ausgezeichnete soziale Kompetenz. Auch hervorzuheben seien die Hobbies und

Interessen der Beschwerdeführerin wie Motorradfahren und ihr Organisationstalent, sie habe entsprechend seit Mai 2010 als Inhaberin eines Anbieters für Motorradtouren entsprechende Touren organisiert. Die Beschwerdeführerin verfüge über Ziele, Ideen und Visionen und über gute Fähigkeiten und Kompetenzen. An negativen Ressourcen liege allenfalls eine geringe ökonomische Stabilität vor. An der im Gutachten vorgenommenen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit werde festgehalten (S. 13 f.). 4.10

Dr. O.____ und P.____, Q.____, führten in ihrer Stellungnahme vom 16. Mai 2019 (Urk. 21) aus, bei der Beschwerdeführerin bestünden mindestens seit dem Jugendalter starre Wahrnehmungs- und Denkmuster, welche zu intensiven emotionalen Reaktionen und Schwierigkeiten in Beziehungen zu Mitmenschen führten. Um eine Persönlichkeitsstörung professionell diagnostizieren zu können, sei es notwendig, eine Patientin über einen längeren Zeitraum zu beobachten. In der nun mehr als zwölfmonatigen Behandlungsdauer habe der ursprünglich formulierte Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung aufgrund der klinischen Verhaltensbeobachtungen, den ausführlichen biographischen Erzählungen und zusätzlich durch fremdanamnestiche Informationen zweier unabhängiger Personen bestätigt werden können. Dr. M.____ habe in seiner Beurteilung sowohl auf einen längeren Beobachtungszeitraum als auch auf fremdanamnestiche Informationen verzichtet (S. 1). Die Beschwerdeführerin habe fast in jeder therapeutischen Sitzung von schwierigen interaktionellen Situationen im Zusammenhang mit rigiden Wahrnehmungs- und Denkmustern aus ihrem Alltag berichtet, welche für eine Persönlichkeitsstörung sprächen. Die Beschwerdeführerin erfülle deutlich mehr der Kriterien für die paranoide und die zwanghafte Persönlichkeitsstörung als von Dr. M.____ angenommen. Zudem genüge es, wenn einzelne Kriterien aus den jeweiligen Teilbereichen erfüllt seien, sofern langlebige, dauernde, seit der Jugend bestehende, sich in verschiedenen Lebenssituationen auswirkende und zu Leid führende Verhaltensmuster vorlägen, was bei der Beschwerdeführerin deutlich der Fall sei (S. 1 unten, S. 2).

Mit Zeugnis vom 21. Mai 2019

(Urk. 22) attestierten Dr. O.____ und P.____ der Beschwerdeführerin vor dem Hintergrund der Diagnosen einer ADHS, einer rezidivierenden depressiven Störung und einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit zwanghaften und paranoiden Anteilen seit Behandlungsbeginn am 24. April 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50%. 5. 5. 1

Im Zeitpunkt der abschlägigen Rentenverfügung vom Juni 2013 (Urk. 10/31) lagen insbesondere der Bericht der Neurologin Dr. Z.____ und der Neuropsychologin Prof. A.____ vom 29. August 2012 (Urk. 10/5/32-33), des behandelnden Psychotherapeuten

B.____ (Bericht ohne Datum, Urk. 10/13) sowie der Bericht von Dr. med. T.____, Facharzt für Allgemeinmedizin (D), Stellvertretender Oberarzt Psychiatrie und Psychotherapie, H.____, vom 23. September 2013 (Urk. 10/36/1-4) vor.

Dr. Z.____ und Prof. A.____ interpretierten die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden im Rahmen einer frühkindlich erworbenen zerebralen Funktionsstörung bei Frühgeburt und ordneten sie phänomenologisch einer ADHS zu. Dr. T.____ ging dagegen vom Vorliegen eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma aus. B.____ berichtete darüber hinaus von depressiven Episoden.

Das Bundesgericht bestätigte in seinem Urteil vom 23. Juli 2015 die Auffassung des hiesigen Gerichts (vgl. vorstehend E. 3.1), wonach die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich im Rahmen eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma gesehen werden können. Ferner, dass es an Anzeichen für eine sich in den letzten knapp dreissig Jahren auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende ADHS fehlt und das Beschwerdebild der Beschwerdeführerin mangels einer anlässlich des Unfalls vom 1. August 2004 nachgewiesenen Hirnverletzung auch nicht überwiegend wahrscheinlich als durch den Sturz ausgelöst zu werten ist. Das Bundesgericht gelangte zum Schluss, dass ein die beruflich-erwerblich erforderlichen kognitiven Fähigkeiten beeinträchtigendes Beschwerdebild nicht ausgewiesen ist, und wies in diesem Zusammenhang mit dem kantonalen Gericht insbesondere auf die – mit den geltend gemachten gravierenden neuropsychologischen Defiziten nicht vereinbare – (Freizeit-) Beschäftigung der Beschwerdeführerin im Bereich des Motorradfahrens hin. Schliesslich verneinte (auch) das Bundesgericht das Vorliegen einer schlüssig ausgewiesenen, invalidisierenden psychischen Störung und hob das Vorliegen in validitätsfördernde psychosoziale Faktoren hervor (vgl. vorstehend E. 3.2). 5.2

In ihrem im Rahmen des Neuanmeldungsverfahrens ergangenen Bericht vom 6. Dezember 2014 (vorstehend E. 4.2) berichteten Dr. C.____ und D.____ von extrem ausgeprägten neuropsychologischen Defiziten im Bereich der Aufmerksamkeit, und dass sich Hinweise auf eine mögliche hirnorganische Störung ergeben hätten. Betreffend die Möglichkeit des Vorliegens einer hirnorganischen Störung ist ohne Weiterungen auf die diesbezüglichen Erwägungen des hiesigen Gerichts anlässlich des Urteils vom 3. November 2014

(Urk. 10/42 E. 4.2-3) und des Bundesgerichts anlässlich des Urteils vom 23. Juli 2015

(Urk. 10/47 E. 5.2.1) zu verweisen. Das Gleiche gilt hinsichtlich der beschriebenen neuropsychologischen Defizite, nachdem aus den neu aufliegenden Akten hervorgeht, dass die Beschwerdeführerin zumindest privat weiterhin Motorradtouren unternimmt und in der Lage ist, vier bis fünf Pässe am Tag bei einer reinen Fahrzeit von bis zu sechseinhalb Stunden zu bewältigen (Urk. 10/73/46 unten, Urk. 10/73/108 Mitte, Urk. 10/80/3 Mitte), wobei dabei das Einlegen von zwei Pausen, welche gemäss Angaben der Beschwerdeführer in notwendig seien,

bereits aus allgemeinen Sicherheitsgründen als selbstverständlich gelten darf. Die von Dr. C.____ und

D.____ genannten extrem ausgeprägten neuropsychologischen Defizite im Bereich der Aufmerksamkeit lassen sich mit dieser Freizeitbeschäftigung der Beschwerdeführerin jedenfalls nicht Einklang bringen.

G stützt auf den Bericht von Dr. C.____ und

D.____

ist eine Verschlechterung des (neuropsychologischen) Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. 5.3

Soweit Dr. G.____ in seinem Bericht vom 5. Juni 2015 (vorstehend E. 4.3) ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma diagnostizierte, hat es ebenfalls mit einem Verweis auf die genannten (vorstehend E. 5.2) gerichtlichen Erwägungen sein Bewenden. Die von Dr. G.____ darüber hinaus diagnostizierte rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradige Episode, ist sodann nicht befunduntermauert.

Ferner beschrieb Dr. G.____ in seinem Bericht vom 6. Oktober 2016 (vorstehend E. 4.4) eine (anhaltende) psychosoziale Belastungssituation, wie sie in den Gerichtsentscheidungen unter Hinweis auf deren invaliditätsfremden Charakter bereits thematisiert worden war (vgl. Urk. 10/42 E. 4.6, Urk. 10/47 E. 6.2).

Insgesamt erweisen sich

auch die Berichte von Dr. G.____

als nicht geeignet, eine Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit darzutun. 5.4

Im Rahmen der von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen Begutachtung erstatteten Prof. I.____ und Dr. J.____ am 28. November 2017 ein neuropsychologisches (Teil-) Gutachten (vorstehend E. 4.5). Dieses basiert auf einer knapp siebenstündigen persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin, wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben und berücksichtigt die geklagten Beschwerden (vgl. Urk. 10/73/104 ff.).

Die Gutachter bestätigten die im Jahr 2012 bereits von Dr. Z.____ und Prof. A.____ (Urk. 10/5/32-33) in den Raum gestellte Diagnose einer ADHS, wobei sie eine ADHS im Erwachsenenalter diagnostizierten, dies unter Hinweis auf das aktuelle Leistungsprofil und unter Berücksichtigung der Anamnese. Die Gutachter erhoben partielle leichte bis mittelgradige attentionale und exekutive Beeinträchtigungen und leiteten daraus aufgrund des damit verbundenen erhöhten Kontrollaufwandes eine um 20 % geminderte Arbeitsfähigkeit in der angestammten und eine um 10 % geminderte Arbeitsfähigkeit in einer gut angepassten Tätigkeit ab. Die gutachterliche Einschätzung erweist sich insgesamt als schlüssig und vermag zu überzeugen. Im Gutachten findet sich insbesondere auch eine Erklärung dafür, wie sich die – in den Gerichtsurteilen thematisierte – Erwerbsbiographie der Beschwerdeführerin mit der Diagnose einer ADHS vereinbaren lässt. So führten die Gutachter aus, dass die Beschwerdeführerin in jüngeren Jahren durch eine überobligatorische Mobilisation kompensatorischer Ressourcen trotz der bestehenden neuropsychologischen Einschränkungen die beruflichen Anforderungen zu erfüllen vermocht habe. Eine Exazerbation der Symptome in den letzten Jahren könne nicht ausgeschlossen werden. Einerseits könnte eine altersbedingte Abnahme kompensatorischer Ressourcen zu den Schwierigkeiten beim beruflichen Wiedereinstieg beitragen. Darüber hinaus erfordere die Bewältigung des Alltags aufgrund der komplexen psychosozialen Situation als alleinerziehende Mutter mit einem Kind, bei dem ebenfalls eine ADHS diagnostiziert worden sei, viel Energie (S. 13 Mitte).

Was die Vereinbarkeit der ADHS-Diagnose mit der Freizeitbeschäftigung der Beschwerdeführerin angeht, hielten die Gutachter fest, grobe Störungen kognitiver Funktionen, welche die Fahrtauglichkeit prinzipiell in Frage stellen, hätten nicht beobachtet werden können. Abschliessend sei die Fahrtauglichkeit jedoch verkehrsmedizinisch zu beurteilen (Urk. 10/73/ 115 unten).

Gestützt auf das Gutachten von Dr. I.____ und Dr. J.____ kann es als erstellt gelten, dass bei der Beschwerdeführerin eine ADHS besteht, die mittlerweile eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im gutachterlich attestierten Umfang begründet. Insofern ist eine Verschlechterung des Gesundheitszustands ausgewiesen. Da mit ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin allseitig zu prüfen (vgl. vorstehend E. 1.2) und es stellt sich die Frage, ob sie – wie von ihr geltend gemacht (vgl. vorstehend E. 2.2) – (auch) an einer die

Arbeitsfähigkeit einschränkende Persönlichkeitsstörung leidet. 5.5

Dr. M.____ verneinte in seinem Gutachten vom 5. Dezember 2017 (vorstehend E.

4.6) das Vorliegen einer die Arbeitsfähigkeit einschränkende Persönlichkeitsstörung. Dr. M.____ hatte die Beschwerdeführerin im August und September 2017 persönlich untersucht. Er gab seine Einschätzung in Kenntnis der ausführlich aufbereiteten Vorakten ab (Urk. 10/73/5 ff.)

und führte eine gründliche Anamneseerhebung durch (Urk. 10/73/45 ff.). Zur Begründung seines Standpunkts verwies er unter anderem auf die im Rahmen der Abklärung durchgeführte testpsychologische Untersuchung SKID-II gemäss Bericht vom 29. September 2017 (Urk. 10/73/117-128).

Nachdem die Beschwerdeführerin im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens unter Hinweis auf die neuste

Beurteilung ihres behandelnden Arztes und ihrer behandelnden Psychologin (vgl. vorstehend E. 4.8) geltend gemacht hatte, der Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung habe sich erhärtet, und im Weiteren moniert hatte, im SKID-II-Test seien etwa $\frac{3}{4}$ der Fragen offen geblieben, da sie angewiesen worden sei, nur die anderen Fragen zu beantworten, wobei sie ihrer Eingabe einen von ihr selbständig vervollständigten SKID-II-Test beilegte (Urk. 3/5), holte das hiesige Gericht bei Dr. M.____ eine ergänzende Stellungnahme (vorstehend E. 4.9) ein. Darin hielt Dr. M.____ unter Hinweis auf das Fehlen psychopathologischer Auffälligkeiten anlässlich der durchgeführten Untersuchung an seiner Auffassung fest, wonach bei der Beschwerdeführerin keine Persönlichkeitsstörung vorliege. Als Argument gegen das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung führte er ferner an, dass sich bei der Beschwerdeführerin keine Anhaltspunkte dafür ergäben, dass bereits in der Kindheit einschlägige Symptome bestanden und diese sich in typischer Form im frühen Erwachsenenalter manifestiert hätten, was vor dem Hintergrund der im Gutachten dargelegten Familien-, Berufs- und Arbeitsanamnese plausibel erscheint (Urk. 10/73/47 ff.). Dr. M.____

wies weiter darauf hin, dass

sich die Beschwerdeführerin in der Vergangenheit auch nie aufgrund schwerer psychopathologischer Störungen in eine Behandlung begeben habe, was ebenfalls im Einklang mit der Aktenlage steht.

Von zentraler und entscheidungswesentlicher Bedeutung ist aber letztlich insbesondere die überzeugende

Aussage des Gutachters, wonach auch bei einer diagnostizierten Persönlichkeitsstörung eine Arbeitsunfähigkeit nur dann angenommen werden könne, wenn ein sozial unverträgliches pathologisches Reaktions- und Verhaltensmuster erkennbar sei. Dr. M.____ verneinte dies im Falle der Beschwerdeführerin unter Hinweis auf die durch ihn erhobenen Untersuchungsbefunde, die Aktenlage sowie die Biographie der Beschwerdeführerin und beurteilte die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin dementsprechend als nicht eingeschränkt. Demgegenüber berichteten

Dr. O.____ und P.____

von mindestens seit dem Jugendalter bestehenden schwierigen interaktionellen Situationen im Zusammenhang mit rigiden Wahrnehmungs- und Denkmustern und massen diesen

Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei (vgl. vorstehend E. 4.7, E. 4.8, E.

4.10). Dies vermag jedoch bereits deshalb nicht zu überzeugen, weil die Beschwerdeführerin trotz der offenbar bereits seit dem Jugendalter bestehenden interaktionellen Schwierigkeiten in den Jahren vor der Geburt ihres Sohnes im Jahr 2007

eine relativ unauffällige Erwerbsbiografie vorweisen kann, wobei sie zuletzt während rund sieben Jahren in einem Pensum von 100 % als Liegenschaftsverwalterin bei der S.____

tätig war (vgl. Urk. 10/5/3, vgl. auch Urk. 10/73/52 f.). Dieser Umstand spricht dagegen, dass die Beschwerdeführerin aufgrund von interaktionellen Schwierigkeiten

in relevantem Ausmass in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war beziehungsweise diese im beruflich-erwerblichen Bereich zu einem sozial unverträglichen pathologischen Reaktions- und Verhaltensmuster geführt hätten. Den aktenkundigen Arbeitszeugnissen der S.____ ist denn auch zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihres freundlichen und zuvorkommenden Auftretens beliebt war (Urk. 10/5/5) und dass ihre ruhige Art und ihr einwandfreies Auftreten von Mitarbeitern und Vorgesetzten gelegentlich geschätzt wurde (Urk.10/5/9). Zudem scheint es unwahrscheinlich, dass sich die S.____ bereit erklärt hätte, der Beschwerdeführerin ab 1. Mai 2013 wieder eine Festanstellung anzubieten (vgl. Urk. 10/5/15, Urk. 10/73/53 unten), wären die interaktionellen Schwierigkeiten sozial unverträglich gewesen. Abgesehen davon wies Dr. M.____ in nachvollziehbarer Weise auf diverse sich positiv auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirkende Ressourcen hin, welche seitens der behandelnden Fachpersonen zu keinem Zeitpunkt thematisiert wurden. Desgleichen die nach wie vor bestehenden psychosozialen Belastungsfaktoren, welche die berufliche Reintegration der Beschwerdeführerin in nachvollziehbarer Weise behindern, wofür jedoch nicht die Invalidenversicherung einzustehen hat. 5.6

Nach dem Gesagten erweisen sich die Berichte des behandelnden Arztes und der behandelnden Psychologin als nicht geeignet, das Vorliegen einer invalidisierenden psychischen Störung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Gestützt auf das Gutachten von Dr. M.____, welches unter Berücksichtigung der ergänzenden Stellungnahme vom 24. April 2019 in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und begründete Schlussfolgerungen enthält, ist vielmehr davon auszugehen, dass die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Probleme und Schwierigkeiten unbeschrieben davon, wie sie diagnostisch einzuordnen sind, keine invaliditätsrelevante Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermögen.

Der SKID-II-Test ist somit nicht (allein) ausschlaggebend

für das vorliegende Ergebnis, weshalb davon abgesehen werden kann, auf die diesbezüglichen Beanstandungen der Beschwerdeführerin einzugehen. 5.7

Die von der Beschwerdeführerin in ihrer «Gegendarstellung» vom 22. Januar 2018 (Urk. 10/80/5-10) am Gutachten erhobene Kritik, auf welche sie in ihrer Beschwerdeschrift verwies (vgl. Urk. 1 S. 2), ist schliesslich ebenfalls nicht geeignet, die gutachterlichen Schlussfolgerungen in Frage zu stellen. Es ist nicht ersichtlich und auch nicht dargetan, inwiefern die dort als falsch gerügten gutachterlichen Angaben – etwa betreffend das Bestehen einer Bewusstlosigkeit nach dem Unfallereignis im Jahr 2004 (S. 1 oben, S. 4 unten, S. 5 unten), die Darstellung des Unfallhergangs (S. 6), die (angeblich zu Unrecht angeführten) Widersprüchlichkeiten im Zusammenhang mit dem Motorradfahren (S. 1

Mitte, S. 4 Mitte, S. 5 oben),

die (angeblich zu Unrecht nicht erwähnte n) traumatisch erlebte n Trennungen in der Vergangenheit und die Gründe für die Trennung von ihrem Partner

(S. 2 unten) sowie betreffend den Schlafbedarf und die

(angeblich zu Unrecht ange führte n) Widersprüchlichkeiten im Zusammenhang mit der Erledigung des Haus halts (S. 2 Mitte, S. 3 oben, S. 4 Mitte)

- im Hinblick auf die Kernfrage nach dem Vorliegen einer die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden psychischen Störung ent scheidwesentlich

s ein soll en. 5.8

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin aufgrund von aus einer ADHS-Erkrankung resultierenden kognitiven Defiziten in ihrer zuletzt aus geübten Tätigkeit als Liegenschaftsver w alterin zu 20 % und in einer o ptimal leidensangepassten Tätigkeit zu 10 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Damit aber kann sie ohne weiteres ein rentenausschliess endes Erwerbseinkom men erzielen und hat die Beschwerdegegne r i n einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung zu Recht verneint. Dies führt zur Abweisung der Be schwerde. 6.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis

IVG sind auf Fr. 1'000.-- anzuset zen und der unterliegenden Beschwerdeführerin auf zuerlegen, zufolge Gewäh rung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf

die Gerichtskasse zu nehmen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt ,
zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen
auf

die Gerichts kasse genommen. Die Beschwerdeführer in wird auf

die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - 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 Bundesge setzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannBarblan

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