

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00332 vom 7. Juli 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-07-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00332

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00332 du 7 juillet 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00332 del 7 luglio 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren

1969, hat eine Anlehre als Coiffeuse absolviert. Sie war zwei mal verheiratet, die Ehen wurden 2004 und 2011 geschieden (Urk. 9/3, 9/2).

Sie arbeitete ab dem 1. Mai 2012 bei der Genossenschaft Y.____ als Kassiererin in Teilzeit. Am 17. Dezember 2015 kündigte sie ihre Stelle per 29. Februar

2016 (Urk. 9/1, Urk. 9/15/2 f., Urk. 9/15/8 f.). Danach war sie nicht mehr erwerbstätig (Urk. 9/3/6). Unter Hinweis auf eine rezidivierende depressive Störung, mit einer Episode, eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) sowie chronische Schmerzen an der Lendenwirbelsäule (LWS) meldete sie sich am 10. Mai 2017 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 9/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die erwerbliche Situation ab (Urk. 9/13, Urk. 9/15) und holte Berichte der behandelnden Ärzte ein (Urk. 9/16, Urk. 9/19). Gestützt darauf stellte sie der Versicherten mit Vorbescheid vom 4. September 2017 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht und wies sie gleichentags auf ihre Schadenminderungspflicht hin (Urk. 9/24, Urk. 9/22). Dagegen liess die Versicherte am 4. Oktober 2017, ergänzt am 2. November 2017, Einwand erheben (Urk. 9/29, Urk. 9/32). Daraufhin tätigte die IV-Stelle weitere medizinische und erwerbliche Abklärungen und liess die Versicherte durch die Medizinische Abklärungsstelle Z.____ (fortan: MEDAS) polydisziplinär begutachten (MEDAS-Gutachten vom 27. Dezember 2018, Urk. 9/72). Am 4. März 2019 nahm die Versicherte Stellung zu ergänzenden Abklärungen im Rahmen des Vorbescheidverfahrens

und reichte einen Bericht des Zentrums A.____ vom 26. Februar 2019 ein (Urk. 9/78 -79). Mit Verfügung vom 27. März

2019 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab (Urk. 9/81 = Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 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). 1.

E. 2

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierte 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, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung damit, dass zwar der Beschwerdeführerin

seit dem 1. August 2016 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert werde. Die Abklärungen hätten ergeben, dass sich belastende äussere Faktoren negativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden. Diese Umstände seien jedoch als invaliditätsfremd einzuordnen und könnten deshalb nicht berücksichtigt werden. Trotz der psychischen Einschränkungen weise die Beschwerdeführerin genügend Ressourcen für eine aktive Alltagsgestaltung auf (Urk. 2 S. 1). Nach erhobenem Einwand seien weitere Arztberichte angefordert und ein Gutachten in mehreren Fachrichtungen in Auftrag gegeben worden. Es sei weiterhin keine Diagnose mit massgebender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen. Das Gutachten sei schlüssig, nachvollziehbar und berücksichtige die gesamte Aktenlage, weshalb darauf abgestellt werden könne (Urk. 2 S. 2). Demzufolge sei kein langandauernder beziehungsweise invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen.

Das Gesuch um Ausrichtung von Leistungen der Invalidenversicherung sei daher abzuweisen (Urk. 2 S. 1).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte demgegenüber vor, das MEDAS-Gutachten weise erhebliche Mängel auf. Das psychiatrische Teilgutachten sei – aus näher dargelegten Gründen (Urk. 14 S. 4-7)

– aufgrund der unsorgfältig erhobenen Anamnese und Symptomaufnahme mangelhaft (Urk. 14 S. 7). Zudem werde – ebenfalls aus näher ausgeführten Gründen (Urk. 14 S. 7-10) – die Verwertbarkeit der neuropsychologischen Abklärung angezweifelt (Urk. 14 S. 7). Im Ergebnis sei das Gutachten widersprüchlich, da unter anderem Verhaltensbeobachtungen nicht in die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit aufgenommen worden seien (Urk. 14 S. 10). Zudem würden sich das psychiatrische Teilgutachten und die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung widersprechen (Urk. 14 S. 11). Des Weiteren sei die Begründung betreffend Konsistenz und Plausibilität alles andere als ausführlich (Urk. 14 S. 12). Die Behandler, Dr. med. B.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,

sowie Dr. phil . C.____ , klinischer Psychologe vom Zentrum A.____ , hätten ihre Diagnosen der

rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD

E. 3

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 3.1

Dem Austrittsbericht des Universitätsspitals D.____ , Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 11. Dezember 2016 (Urk. 9/16/14 f.) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin am 12. Dezember 2016 (richtig wohl: 11. Dezember 2016) dort in Behandlung war. Die behandelnden Ärzte diagnostizierten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) sowie ein multilokuläres und zervikospondylogenes Schmerzsyndrom. Die Beschwerdeführerin habe vor zwei Monaten einen Suizidversuch begangen (Sprung vor die S-Bahn), dies aufgrund anhaltender Depressivität und familiärer Probleme. Sie habe heute die Wohnung der Mutter nach einem Streit und ständigen Auseinandersetzungen sowie Überlastung und Hilflosigkeit verlassen und sich in die Behandlung des D.____ begeben (Urk. 9/16/14). Da die Versicherte sich nicht glaubhaft von Suizidgedanken zu distanzieren vermochte, wurde sie in das Spital E.____ zur Krisenintervention und Etablierung einer adäquaten Therapie überwiesen (Urk. 9/16/15).

Dort

wurde die Beschwerdeführerin vom 11. bis 15. Dezember 2016 stationär behandelt. Die behandelnden Ärzte stellten im Bericht vom 16. Dezember

2016 die

Diagnosen einer Anpassungsstörung bei längerer depressiver Reaktion (ICD

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 1. 4

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) ab gegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag ge gebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125

V

351 E. 3a). 2.

E. 10

F33.1), eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extremer Belastung (ICD-10 F62.0), eine leichte Intelligenzminderung (Intelligenzquotient [IQ] von 65) sowie einen Status nach Suizidversuchen (2006, 2016) fest. Die Beschwerde führerin sei geistig eingeschränkt. Die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistung seien unterdurchschnittlich. Psychisch sei sie unsicher und labil, sie leide unter einem permanenten Gefühl der Bedrohung. Sie berichte über Albträume, Schreckhaftigkeit und häufige Angstzustände sowie negatives Gedankenkreisen und Antriebslosigkeit. Sie sei gedanklich oft abgelenkt und könne sich nicht gut konzentrieren. Dadurch sei die psychische und körperliche Belastbarkeit reduziert, es könne ihr weder eine lange Arbeitszeit noch eine Aufgabe mit viel Verantwortung zugemutet werden. Gut sei eine einfache und klare Aufgabe, welche körperlich nicht anstrengend sei und sie in ihrem Tempo erledigen könne (Urk. 9/19/7). Betreffend die Arbeitsfähigkeit ergänzten die Behandler, die Beschwerdeführerin sei seit Oktober 2016 bis heute zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 9/19/6). Es gehe ihr mit der Therapie soweit gut und die Depression habe bereits reduziert werden können. Allerdings bleibe die Persönlichkeitsveränderung nach der traumatischen Belastung beständig. Die Gewalterfahrungen (in den beiden Ehen, vgl. Urk. 9/16/6) hätten ihr Leben für immer verändert und es sei ein bleibender Schaden vorhanden. Durch die Intelligenzminderung seien ihre Bewältigungsstrategien beschränkt. Es könne davon ausgegangen werden, dass sie sich nicht mehr voll re-integrieren werde. Sie sei unsicher, verwirrt und labil. Sie sei motiviert zu arbeiten und werde vermutlich ab September 2017 versuchen, einer 20%igen Arbeit nachzugehen. Dazu brauche sie jedoch einen bleibenden Rahmen, eventuell sogar auf langfristige Sicht (Urk. 9/19/7).

3. 3

Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, nannte in seinem Bericht vom 5. Juli 2017 (Urk. 9/16) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine psychosoziale Belastungssituation mit rezidivierenden depressiven Episoden sowie eine posttraumatische Belastungsstörung. Dem Vitamin D3-Mangel mass er keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu (Urk. 9/16/1). Die Beschwerdeführerin sei aufgrund ihrer psychischen Einschränkungen seit Oktober 2016 und bis auf Weiteres in ihrer angestammten Tätigkeit als Verkäuferin zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 9/16/2). Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ebenfalls nicht möglich (Urk. 9/16/3). Ferner verwies er auf weitere Berichte des A.____ (Urk. 9/16/2).

Mit Bericht vom 30. April 2018 (Datum Eingang Beschwerdegegnerin, Urk. 9/44)

statuierte Dr. F.____ einen stationären Gesundheitszustand und nannte ergänzend ein zervikospondylogenes Schmerzsyndrom als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin sei zu 100 % arbeitsunfähig in ihrer bisherigen sowie einer angepassten Tätigkeit (Urk. 9/44/1). 3. 4

Vom 20. August bis 14. September 2018 liess das Regionale Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) bei der Beschwerdeführerin eine arbeitsmarktliche Abklärung durchführen (Urk. 9/66). Dem Schlussbericht lässt sich entnehmen, dass die Beraterin Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung empfahl, ne mentlich Beschäftigungsmassnahmen zur Aufrechterhaltung der Tagesstruktur und der Restarbeitsfähigkeit bis zum Beginn von beruflichen Massnahmen (Urk. 9/66/1). Die Beschwerdeführerin habe manchmal in sich gekehrt und orientierungslos gewirkt. Wenn sie viel Zuwendung erhalten habe, sei sie für kurze Zeit aufgeblüht. Die Coaching-Gespräche hätten klar strukturiert sein müssen, damit sie sich nicht in Erinnerungen verloren habe. Ihr Arbeitsverhalten sei durch Willenskraft geprägt gewesen. Trotzdem sei es ihr gemäss Selbst- und Fremdeinschätzung nicht möglich, länger als 10 bis 15 Minuten zu arbeiten, um danach kurz (bis 5 Minuten) Pausen einzulegen. Im regulären Arbeitsmarkt würde n Effizienz und Wirtschaftlichkeit gefordert, was die Beschwerdeführerin während der Abklärungszeit nicht habe erbringen können. Somit sei es fraglich, ob sie die nötige Begleitung erhalten könne, um einem 50%igen Pensum nachzukommen (Urk. 9/66/5). 3. 5

3. 5 .1

Am 27. Dezember 2018 erstattete die

MEDAS Z.____ das polydisziplinäre Gutachten in den Bereichen Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie, Neuropsychologie sowie allgemein-internistische Medizin (Urk.

9/72). Darin hielten die Gutachter keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 9/72/4). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie die folgenden (Urk. 9/72/5): - Hypothyreose nach Hashimoto Thyreoiditis, Erstdiagnose (ED) 02/2013 - Status nach Hypovitaminose D, ED 02/2013 - Zervikospondylogenes Schmerzsyndrom ohne radikuläre Zeichen, M53.0 - Lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Zeichen, M54.9 - Beginnende Coxarthrosen beidseits bei fraglicher Impingement Konstellation - Leichte degenerative Veränderungen im Mittel- und Vorfuß rechts - Dependente Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.7), vorwiegend, jedoch bestehen auch andere, dieser untergeordnete Persönlichkeitsanteile - Anpassungsstörung in der Vergangenheit (remittiert, ICD-10 F43.2) - Schwierigkeiten in der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73) - ADHS in der Kindheit möglich (gegenwärtig ohne Relevanz) - In ihrer Ausprägung nicht-authentische kognitive Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Neugeächtnis, Exekutivfunktionen, Visu o konstruktion und Sprache mit/bei bewusster Leistungsverzerrung (= Aggravation, DD Simulation) 3. 5 .2

Im orthopädischen Teilgutachten vom 3. September 2018 hielt Dr. med. G.____, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, in der klinischen Untersuchung hätten sich ein normaler Barfussgang in allen drei Positionen, lokale Druckdolenzen in der HWS und der LWS über beide Sternoclaviculargelenken, in beiden Hüften und im rechten Mittelfuss

gefunden, wo der Beschwerdeführerin vor drei Tagen eine schwere Pet -F lasche da rauf gefallen sei. Die HWS - und die LWS-Beweglichkeit seien leicht vermindert. Radikuläre Zeichen würden fehlen. Der paravertebrale Hartspann sei minimal. Im MRI der HWS würden sich ausgeprägte degenerative Veränderungen der HWS ohne Kompression neuraler Strukturen finden, Das MRI der LWS sei bland. Das Fussröntgen zeige leichte degenerative Veränderungen im Mittel- und Vorfuss ohne eine traumatische Läsion. Im Bereich des Beckens finde sich eine leichte Coxarthrose beidseits mit fraglicher Impingement

Konstellation sowie eine leichte Degeneration des Iliosakralgelenks. Es seien daher die Diagnosen des zervikopondylo-genen und lumbovertebralen Schmerzsyndroms ohne radikuläre Zeichen, der beginnenden Coxarthrosen beidseits bei fraglicher Impingement Konstellation und der leichten degenerativen Veränderungen im Mittel- und Vorfuss rechts zu stellen.

Im Vordergrund stehe die psychiatrische Problematik. Die orthopädischen Probleme seien radiologisch nur teilweise nachvollziehbar. Radiologisch sei einzig der HWS-Befund mit einer ausgeprägten Degeneration, jedoch ohne Neurokompression, evident (Urk. 9/72/44). Bei der Beschwerdeführerin bestehen

eine reduzierte Rückenbelastbarkeit und eine reduzierte HWS-Belastbarkeit. Aus orthopädischer Sicht bestehe folgendes Zumutbarkeitsprofil: Das Heben und Tragen von schweren Lasten von mehr als 10 kg beidseits sei nicht zumutbar, wie auch Arbeiten mit Zwangspositionen des Kopfes und/oder des Rumpfes. Arbeiten in gebückter Stellung seien ebenfalls nicht zumutbar wie auch Arbeiten mit viel Überkopfarbeiten und Arbeiten, welche rein stehend, sitzend oder gehend seien (Urk. 9/72/45). 3. 5. 3

Lic. phil. H. ____, Fachpsychologin für Neuropsychologie, untersuchte die Beschwerdeführerin neuropsychologisch (Urk. 9/72/95 ff.). Sie führte aus, die Beschwerdeführerin sei zeitlich, persönlich, situativ und örtlich sicher orientiert. Die Kontaktaufnahme sei unauffällig. Sie habe von Beginn an offen Auskunft gegeben und auf präzise Fragen sehr ausführliche Antworten gegeben. Sie habe immer wieder bestimmte Themen erwähnt (Gewalt in der Ehe), auch ohne danach gefragt zu werden. Sie sei stets freundlich zugewandt und die Anstrengungsbereitschaft sei deutlich auffällig. Die Aufmerksamkeit in der 1-zu-1-Situation sei schwach, sie unterbreche sich selbst immer wieder durch Reden. Innerhalb der 2

Stunden und 45 Minuten dauernden Untersuchung hätten sich weder zunehmende Ermüdungszeichen wie Gähnen oder kleine Augen noch ein sichtbarer Leistungsabfall gezeigt. Sie habe am Ende wacher als zu Beginn gewirkt. Ihr Arbeitstempo sei ohne Zeitdruck nicht übermässig langsam, teilweise auch unauffällig. Mit Zeitdruck sei es deutlich verlangsamt, die Initiierung von Handlungen und deren Aufrechterhaltung in der gut strukturierten Untersuchungssituation sei unauffällig. Ihr Vorgehen sei strukturiert, sie weise eine ungenügende Fehlerkontrolle auf. Affektiv wirke sie eher flach, schwinde reduziert mit. Ihr Schmerzverhalten zeige sich dadurch, dass sie sich immer wieder an den Brustkorb greife und Schmerzen äussere, sie habe jedoch keine weiteren Pausen einlegen wollen (Urk. 9/72/100). Sie habe in der neuropsychologischen Begutachtung bis zu schwer defizitäre Leistungen in den Bereichen Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Exekutivfunktionen, Visuokonstruktion und Sprache gezeigt. Allerdings sei die Validität dieser Defizite eingeschränkt, was bedeute, dass die gezeigten Leistungen mit überwiegender

Wahrscheinlichkeit nicht der tatsächlichen Leistungsfähigkeit entsprechen würden (Urk. 9/72/102) .

Vergleichbare Resultate hätten in Studien beispielsweise 78-jährige hospitalisierte Personen mit fortgeschrittener Demenz gehabt. Die Leistungen der Beschwerdeführerin seien zudem am besten vergleichbar mit Personengruppen, welche gebeten worden seien, ihre Leistungen zu simulieren. Aus rein empirischer Sicht habe sie sogar eine Menge an richtigen Antworten unter dem Zufallsbereich geliefert. Leistungen aus dem Zufallsbereich seien solche , bei welcher die Probandin – vorausgesetzt sie sei leistungsmotiviert –

die korrekte Antwort tatsächlich nicht kenne. Unter dem Zufallsbereich würden allerdings Leistungen liegen, bei welchen die Probandin die tatsächliche Antwort kenne und bewusst die falsche Antwort gebe. Solche Ergebnisse kämen auch nicht zustande, wenn eine Probandin unkonzentriert oder müde sei oder lediglich rate, dann wären die Ergebnisse im Zufallsbereich. Auch eingebettete Faktoren seien deutlich auffällig. Schmerzpatienten würden in diesen Verfahren deutlich besser abschneiden. Gemäss Studien würden die Leistungen der Beschwerdeführerin in den Bereich von Aggravation und Simulation fallen . Zudem bestünden zahlreiche Inkonsistenzen (Urk. 9/72/103 f.).

Negative und bewusste Antwort- und Leistungsverzerrung seien belegbar, sodass kein gültiges Testprofil erhalten werden können und das tatsächliche Leistungsniveau und –profil unklar geblieben seien . Die subjektiven Schmerzen könnten zwar schmerzabhängige Konzentrationschwankungen bewirken, allerdings übersteige das gezeigte Ausmass das theoretisch mögliche. Im Rahmen der psychischen Erkrankung seien ebenfalls leichte kognitive Einschränkungen möglich. Doch auch wenn tatsächlich geringfügige echte kognitive Einschränkungen bestünden, könnten sie weder die deutlichen Auffälligkeiten im Performance-Validierungsverfahren in den eingebetteten Faktoren noch die Diskrepanz erklären. Daher bestünden bei der Beschwerdeführerin in ihrer Ausprägung nicht-authentische kognitive Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Neugedächtnis, Exekutivfunktionen, Visuokonstruktion und Sprache bei bewusster Leistungsverzerrung (Aggravation, DD Simulation).

Mit Bezug auf die Würdigung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen hielt die Gutachterin Folgendes fest: Wären die Befunde valide, wäre die Beschwerdeführerin erheblich vergesslich, könnte sich auf Antriebe nur eine eingeschränkte Menge an Informationen merken, würde neue Informationen rasch wieder vergessen, könnte daher neue Abläufe schlecht lernen und über ihre Situation nur lückenhaft Auskunft geben. Sie wäre bereits bei einfachen Aufgaben erheblich verlangsamt, würde verlangsamt sprechen, die Wörter nicht finden und oft den Faden verlieren. Aufgrund der invaliden Ergebnisse werde ein positives Funktionsprofil erstellt, das aufzeige, welche Leistungen der Beschwerdeführerin mindestens möglich sein sollten: Sie könne einem Gespräch folgen, adäquat Antwort (in Deutsch und in der Muttersprache) geben, sich mündlich klar und verständlich ausdrücken und differenziert ihre Situation beschreiben. Sie verstehe mündliche Anweisungen auf Antriebe (teilweise bereits in der deutschen Sprache) und könne diese umsetzen. Sie habe keine Probleme, einfache Handlungsabfolgen und Handbewegungen nachzuahmen. Im Gespräch verliere sie den roten Faden nicht und habe keine Wortfindungsprobleme. Sie sei flexibel, verliere also bei Aufgabenwechseln nicht verstärkt an Geschwindigkeit und gehe systematisch vor. Sie könne türkische Wörter lesen und verstehen sowie einen einfachen Satz fehlerfrei schreiben. Sie sei fähig, innerhalb der 2 Stunden und 45 Minuten Bezug auf zuvor gegebene Informationen zu nehmen. Für diese

Dauer sei sie gut belastbar, ihre Leistungen würden nicht einbrechen, sie wirke am Ende wach und präsent. Zu dem könne sie selbständig eine kurze Reise mit dem Zug an einen ihr wenig bekannten Ort unternehmen. Eine differenzierte Einschätzung der Leistungsfähigkeit sei aufgrund der invaliden Ergebnisse nicht möglich. Es gebe jedoch keine schlüssige Ätiologie, die anhaltende und relevante kognitive Probleme begründen könne (Urk. 9/72/105). 3. 5 . 4

Im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 9/72/62 ff.) hielt Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, betreffend den psychiatrischen Befund fest, das Ich-Bewusstsein der Beschwerdeführerin sei ungestört. Die Aufmerksamkeit und Konzentration hätten im Verlauf der Untersuchung nicht nach gelassen und im Rahmen der Untersuchung keine relevanten Defizite gezeigt. Dies gelte auch für die Mnestik, die Datierung bestimmter Lebensereignisse in der richtigen Reihenfolge erfolge korrekt und ohne langes Überlegen. Sie spreche gut deutsch. Die Übersetzerin benötige sie offensichtlich als Brücke bei unangenehmen oder detaillierten Fragen. Es bestünden keine Störungen der Wahrnehmung. Das Intelligenzniveau werde unter Berücksichtigung der aktuellen Untersuchungssituation, der Schulbildung, des beruflichen Werdegangs und der allgemeinen Sozialisation als knapp durchschnittlich differenziert. Psychomotorisch sei die Beschwerdeführerin ruhig, ab und zu stehe sie auf und gehe etwas im Raum umher. Sie vermittele einen freundlichen, gut gelaunten, zum Teil auch vergnügten Eindruck und lächle viel. Zu keinem Zeitpunkt wirke sie depressiv herabgestimmt oder maniform. Besorgt wirke sie im Zusammenhang mit ihrer beruflichen und wirtschaftlichen Zukunft und Absicherung. Dies betreffe zum Teil auch ihre persönliche Situation. Bei der Beschwerdeführerin bestünden unter Zuhilfenahme des strukturierten klinischen Interviews SKID-II (Achse II: Persönlichkeitsstörungen) Hinweise auf eine vorwiegend dependente Persönlichkeitsstrukturierung, jedoch fänden sich bei ihr auch narzisstische, selbstunsichere und impulsive Persönlichkeitsanteile. Ferner bestünden keine alltagsrelevanten Zwänge, allenfalls diskrete und stark situations- oder themengebundene anthropobiologische Reaktionsweisen. Die Willens- und Antriebskraft seien wenig strukturiert, die Realitätsorientierung und der Realitätsbezug erschienen adäquat. Die Motivation zur Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit erscheine ambivalent (Urk. 9/72/73).

Im Rahmen der Ehesituation seien nach Angaben der Beschwerdeführerin schwierige und belastende Ereignisse aufgetreten, jedoch würden diese nicht einer PTBS entsprechen. Es handle sich vielmehr um abhängige Beziehungen, das dysfunktionale Verhaltensmuster entspreche durchaus der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin. Eine überzeugende Darstellung von mittelschweren und schweren depressiven Episoden gelinge in den psychischen Befunden der Aktenlage nicht. Die Störungen der Affektivität und auch die appellativen suizidalen Äusserungen seien ebenfalls Ausdruck der Persönlichkeitsstörung, diese würden eine starke situative Abhängigkeit zeigen. Die Beschwerdeführerin sei 2016 vor allem mit dem Wunsch nach Hilfe und Versorgung ins Spital E.____ eingetreten. Als diese Erwartungen nicht hätten erfüllt werden können, habe sie das Spital schnell wieder verlassen. Auch die anderen Behandler hätten sich in ihren Angaben zum Krankheitsbild und zum Verlauf offensichtlich vornehmlich auf die Angaben der Beschwerdeführerin und ihre hilfeschreitenden Appelle gestützt (Urk. 9/72/76 f.). Bei der Beschwerdeführerin würden lediglich Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen, so eine dependente Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.7),

vorwiegend, jedoch bestünden auch andere, dieser untergeordneten Persönlichkeitsanteile), eine Anpassungsstörung in der Vergangenheit (remittiert, ICD-10 F43.2) sowie Schwierigkeiten in der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73). Zu dem sei ein ADHS in der Kindheit möglich, welches derzeit ohne Relevanz sei. Gegenwärtig würden psychosoziale Probleme die Sichtung der Beschwerdeführerin bestimmen. Sie bewerbe sich zahlreich, erhalte jedoch keine Resonanz. Da bei betone sie jeweils ihre guten Fähigkeiten. Ihre Angaben, sie habe früher häufiger Stellen gewechselt wegen ihrer schlechten Konzentration, könnten retrospektiv nicht nachvollzogen werden, dies auch unter besonderer Berücksichtigung der neuropsychologischen Untersuchung, bei welcher erhebliche Inkonsistenzen hätten dargestellt werden können. Im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Untersuchung, die mehr als drei Stunden gedauert habe, sei die Beschwerdeführerin überaus konzentriert und aufmerksam gewesen. Es hätten sich keine relevanten Störungen der Konzentration ergeben. Die meisten Beschwerden und geschilderten Symptome der Aktenlage würden sich von der Persönlichkeitsstörung ableiten, wofür auch das jeweils nur kurze Bestehen der Symptome spreche und teilweise auch nur sehr kurze klinische Aufenthalte wie im Jahr 2016 die Beschwerdeführerin entlasten würden (Urk. 9/72/77). Es bestünden Hinweise auf deutliche Einschränkungen der Konsistenz. Die geklagten Beschwerden und/oder Funktionseinschränkungen seien nicht konsistent und plausibel. Dies gelte auch für das neuropsychologische Gutachten (Urk. 9/72/78).

Betreffend die Würdigung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen verwies der psychiatrische Gutachter auf die neuropsychologische Beurteilung und ergänzte, auch in der psychiatrischen Untersuchung sei die Beschwerdeführerin hinreichend belastbar gewesen. Aus rein psychiatrischer Sicht würden sich keine relevanten Einschränkungen des Fähigkeitsprofils unter Berücksichtigung der infrage kommenden Tätigkeiten ergeben. Die in der Aktenlage zum Teil beschriebenen Störungen des Tätigkeitsprofils erschienen nicht valide beziehungsweise nicht dauerhaft vorzu liegen. Es handle sich zum grossen Teil um medizinisch nicht begründete Funktionsstörungen, speziell psychosoziale Belastungen. Der psychiatrische Gutachter ging von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit sowohl in angestammter als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit aus und erklärte, eine leidensangepasste Tätigkeit sei eine solche ohne permanenten Zeitdruck und mit strukturierten Aufgaben (Urk. 9/72/79). 3. 5 . 5

Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, hielt im neurologischen Teilgutachten einen weitgehend unauffälligen Untersuchungsbefund fest und stellte die Diagnosen einer chronischen Zervikozephalgie sowie chronische Rückenschmerzen, welche die Arbeitsfähigkeit nicht einschränken würden

(Urk. 9/72/57 f. und 59). Dazu bemerkte er, es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen den beklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden. Bis auf eine occipitale Druckschmerzhaftigkeit der Halswirbelsäule und der Klopferschmerzhaftigkeit der gesamten Wirbelsäule liessen sich keine Einschränkungen finden. Im Gegensatz dazu sehe sich die Beschwerdeführerin selbst überhaupt nicht leistungsfähig. Sie glaube auch nicht an die Zurückerlangung der Leistungsfähigkeit in der Zukunft. Es bestehe auch eine Diskrepanz zwischen den angegebenen Medikamenten und der im Serum nachweisbaren. Aus rein neurologischer Sicht lebe die Beschwerdeführerin nach ihren Angaben zwar zurückgezogen, sei jedoch durchaus in den Lebensalltag integriert ohne Hinweis auf eine Einschränkung der sozialen Kompetenz (Urk. 9/72/59). 3. 5 . 6

Dr. med. K.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, statuierte in seinem allgemein-internistischem Teilgutachten einen unauffälligen Befund ohne Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/72/90 f.). 3. 5 . 7

Aus interdisziplinärer Sicht führten die Gutachter aus, es bestünden

aus orthopädischer Sicht eine reduzierte Rückenbelastbarkeit sowie eine reduzierte Belastbarkeit der Halswirbelsäule. Das Heben und Tragen von mehr als 10 kg sei nicht zumutbar, wie auch Arbeiten mit Zwangsposition des Kopfes und/oder des Rumpfes. Arbeiten in gebückter Stellung seien nicht zumutbar wie auch Arbeiten mit viel Überkopfarbeiten und Arbeiten, welche rein stehend, sitzend oder gehend seien (Urk. 9/72/5). Die Beschwerdeführerin sei zu 100 % arbeitsfähig in ihrer angestammten sowie einer angepassten Tätigkeit. Dies gelte auch retrospektiv. Die geklagten Beschwerden und/oder Funktionseinbußen seien grösstenteils nicht konsistent und plausibel. Dies gelte auch für das neuropsychologische Gutachten (Urk. 9/72/6). 3. 6

In seiner Stellungnahme vom 8. Januar 2019 führte RAD-Arzt Dr. med. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, das Gutachten sei umfassend, berücksichtige die gesamte Aktenlage sowie sämtliche Beschwerden und Symptome der Beschwerdeführerin. Es beruhe auf eigenen Untersuchungen, sei insgesamt schlüssig und nachvollziehbar und in seinen Feststellungen plausibel. Es könne darauf abgestellt werden. Es liege kein Gesundheitsschaden vor, welcher eine anhaltende Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit bewirken könne. Die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit unter dem im Gutachten beschriebenen Belastungsprofil betrage 100 %. Die Prognose sei gemäss Gutachter gut (Urk. 9/80/4). 3. 7

Am 26. Februar 2019 verfassten die Behandler des A.____ zuhanden der damaligen Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin eine Stellungnahme zum psychiatrischen Teil des MEDAS -Gutachtens (Urk. 9/79). Sie brachten vor, die seitens des A.____ beispielsweise am 27. Juni

2017 genannten, sich auf die Arbeitsfähigkeit deutlich auswirkenden Diagnosen der mittelgradigen Depression sowie der PTBS und der Intelligenzminderung würden als dependente Persönlichkeitsstörung mit psychosozialen Belastungen sowie Aggravation als solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit heruntergestuft. Die Beschwerdeführerin sei im psychiatrischen Teilgutachten zu den Schmerzen und den zwei gescheiterten Ehen sowie zum Suizidversuch von 2016 und den Behandlungen befragt worden. Es fehle jedoch jegliche detaillierte Symptomaufnahme sowohl während den Ehejahren wie auch heute. Es werde

lediglich von Depressionen, Schmerzen und Traumata berichtet und dass sie in den Ehen ausgenutzt worden sei. Effektiv habe sie täglich und über Jahre Gewalt durch die beiden Ehemänner (Alkoholiker) erlebt. Auch Vergewaltigungen habe sie über die Jahre immer wieder erlebt. Aufgrund der Gewalt habe sie eine commotio cerebri erlitten und ihre Kleider seien verschnitten worden. Sie habe beide Ehemänner bei der Polizei angezeigt. Bis heute habe sie Angst, sie werde von den Ehemännern getötet. Auch die neuropsychologische Abklärung folge dem gleichen Muster. Aus zu tiefen Werten werde der Kurzschluss einer Inkonsistenz gezogen, was falsch sei. Die Beschwerdeführerin sei in der gegenwärtigen Verfassung gar nicht mehr in der Lage, wegen der über 10

Jahre dauernden Traumatisierung am Alltag und an Aufgaben zu partizipieren. Zudem sei keine Intelligenzabklärung vorgenommen worden und der Einfluss der Depression auf die Konzentration und die Aufmerksamkeit sei nicht diskutiert worden. Ferner werde im A.____ entgegen dem Gutachten gar keine Physiotherapie angeboten. Die dependente Persönlichkeitsstörung werde im Wesentlichen aus dem SKID-II abgeleitet. SKID-I werde zur Diagnostik der psychischen Störungen gar nicht eingesetzt, was darauf hinweise, dass das ganze Gutachten nur darauf ausgerichtet sei, möglichst keine Symptome mit klinischer Relevanz zu finden. Das Gutachten sei mit Sicherheit nicht verwertbar, unter dem Strich geschlechts abwertend und falsch. Die Beschwerdeführerin sei schwerst traumatisiert (Urk. 9/79/2). 3. 8

Nach Eingang der Stellungnahme der Beschwerdeführerin zu den Abklärungen im Vorbescheidverfahren (Urk. 9/78) bat die Beschwerdegegnerin den RAD-Arzt Dr. L.____ um eine nochmalige Stellungnahme betreffend die Verwertbarkeit des Gutachtens, unter Berücksichtigung des Berichts des A.____ vom 26. Februar 2019 (Urk. 7/79). Dr. L.____ hielt daraufhin fest, das Schreiben des A.____ vermöge in haltlich nicht zu überzeugen. Im Wesentlichen handle es sich um eine andere Beurteilung desselben Sachverhalts. Die seitens des A.____ postulierte schwere depressive Episode beziehungsweise PTBS seien vom psychiatrischen Gutachter berücksichtigt worden. An der RAD-Stellungnahme vom 8. Januar 2019 werde fest gehalten (Urk. 7/80/5). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich in der leistungsabweisenden Verfügung auf das MEDAS -Gutachten, gemäss welchem die Beschwerdeführerin in angestammter sowie angepasster Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei (Urk. 2 S. 2).

Zwischen den Parteien ist soweit ersichtlich unbestritten, dass die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht (orthopädisch, internistisch sowie neurologisch) nicht in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist . Die diesbezügliche Einschätzung der Gutachter erweist sich denn auch als nachvollziehbar. So konnten weder aus neurologischer noch aus allgemein-internistischer Sicht Einschränkungen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden (Urk. 9/72/5). Der orthopädische Teilgutachter stellte zwar eine reduzierte Belastbarkeit des Rückens sowie der Halswirbelsäule fest. Das genannte Belastungsprofil (kein Heben und Tragen von Lasten von mehr als 10 kg, kein Arbeiten mit Zwangspositionen des Kopfes und/oder des Rumpfes sowie in gebückter Stellung wie auch mit viel Überkopparbeiten oder rein stehende, gehende oder sitzende Arbeiten , Urk. 9/72/5) erweist sich jedoch als mit der angestammten Tätigkeit der Beschwerdeführerin als KassiererIn vereinbar. Insbesondere lässt sich dem Arbeitgeberfragebogen entnehmen, dass die Tätigkeit der Beschwerdeführerin weder rein stehend, gehend noch sitzend war und sie selten leichte Lasten von 0-10 kg heben oder tragen musste. Auch auf Arbeiten in den zu vermeidenden Positionen finden sich im Arbeitgeberfragebogen keine Hinweise (Urk. 9/15/7). Somit ist davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht in angestammter sowie angepasster Tätigkeit 100 % beträgt .

4.2

4.2.1

Die Beschwerdeführerin brachte hingegen diverse Einwendungen gegen das psychiatrische sowie neuropsychologische Teilgutachten vor. So stellte sie sich auf den Standpunkt, das psychiatrische Gutachten sei nicht verwertbar , und stütze sich dabei im Wesentlichen auf

den Bericht des A.____ vom 26. Februar

2019 (Urk. 9/79). Darin brachten die Behandler vor, die von ihnen gestellten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (mittelgradige Depression sowie PTBS zusammen mit der Intelligenzminderung) würden als dependente Persönlichkeitsstörung mit psychosozialen Belastungen und Aggravation ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit heruntergestuft. Das psychiatrische Teilgutachten enthalte keine detaillierte Symptomaufnahme betreffend die Ehejahre wie auch aktuell. Es werde lediglich über Depressionen, Schmerzen und Traumata berichtet und dass die Beschwerdeführerin während der Ehe «ausgenutzt» worden sei. Sie habe effektiv über Jahre hinweg täglich Gewalt durch die beiden Ex-Ehemänner (Alkoholiker) erlebt. Auch sei sie über Jahre hinweg immer wieder vergewaltigt worden und habe eine Comotio cerebri aufgrund der Gewalt erlitten. Ferner seien ihre Kleider zerschritten worden. Sie habe gegen beide Ex-Ehemänner Anzeigen bei der Polizei erstattet. In der Folge habe sie bis heute Angst, sie werde von ihnen getötet. Ferner kritisierte die Beschwerdeführerin, es habe kein klärendes Interview gemäss den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten stattgefunden (Urk. 14 S. 4 f., Urk. 9/79/2). Zwar trifft es zu, dass der psychiatrische Gutachter keine detaillierte Symptomaufnahme betreffend die Erlebnisse während der Ehejahre vornahm. Allerdings vermag dies das Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen. Denn grundsätzlich schreiben weder Gesetz noch Rechtsprechung den Psychiatern eine Begutachtung nach den Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten der SGPP vor. Ein Gutachten verliert nicht automatisch seine Beweiskraft, wenn es sich nicht an die fraglichen Qualitätsrichtlinien anlehnt (Urteil des Bundesgerichts 9C_273/2018 vom 28. Juni 2018 E. 5.4 mit Hinweisen). Im vorliegenden Fall schilderte die Beschwerdeführerin anlässlich des offenen Interviews im Rahmen der psychiatrischen Exploration ausführlich und detailliert, was sich während den beiden Ehen zugetragen hatte. Dabei wies sie auch auf die erlittene körperliche und sexuelle Gewalt hin. Sie berichtete beispielsweise, wie ihr Ex-Ehemann sie geschlagen habe, sodass sie das Gleichgewicht verloren habe, bewusstlos geworden war und keine Kraft mehr gehabt habe um aufzustehen (Urk. 9/72/65). Des Weiteren erzählte sie, wie ihre Ex-Ehemänner von ihr Geschlechtsverkehr verlangt hätten (Urk. 9/72/64 f.). Somit hatte der Gutachter Kenntnis von den genannten Ereignissen, die durch die Beschwerdeführerin auch teilweise dokumentiert wurden (Urk. 15/2-4), die auch in der Stellungnahme des A.____ erwähnt wurden. Ferner erfolgte die psychiatrische Begutachtung in Kenntnis sämtlicher Vorakten, insbesondere der Berichte des A.____ mit den dort jeweils beschriebenen Symptomen (Urk. 9/72/10 und 11, Urk. 9/72/63 f.). 4.2.2

Was die anderslautende Diagnosestellung des Gutachters anbelangt, so ist darauf hinzuweisen, dass gemäss bundesgerichtlicher Praxis nicht die diagnostische Einordnung eines Gesundheitsschadens entscheidend ist, sondern dessen konkrete Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit (BGE 143 V 418 E. 6, Urteil des Bundesgerichts 9C_228/2013 vom 26. Juni 2013 E. 4.1.4 mit Hinweis). Der psychiatrische Gutachter untersuchte die Beschwerdeführerin ausführlich und würdigte die festgestellten Einschränkungen (Urk. 9/72/73) im Rahmen einer dependenten Persönlichkeitsstörung (mit dieser Störung untergeordneten Persönlichkeitsanteilen), einer remittierten Anpassungsstörung sowie Schwierigkeiten in der Lebensbewältigung und einem möglichen ADHS in der Kindheit. Diese seien jeweils ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/72/77). Dass er die dependente Persönlichkeitsstörung im Wesentlichen aus dem SKID-II und nicht aus dem SKID-I ableitete, wie die Beschwerdeführerin bemängelt

(Urk. 14 S. 9), ändert daran nichts, zumal dem Gutachter – was die Wahl der Untersuchungsmethode betrifft – ein weiter Ermessensspielraum zukommt (Urteil des Bundesgerichts 8C_780/2014 vom 25. März

2015 E. 5.1). Dazu führte er aus, die Beschwerdeführerin sei in der psychiatrischen Untersuchung hinreichend belastbar, überaus konzentriert und aufmerksam gewesen. Zudem könne sie gemäss neuropsychologischer Untersuchung einem Gespräch folgen, adäquat antworten, verstehe mündliche Anweisungen auf Anhieb und könne diese umsetzen. Sie verliere im Gespräch den roten Faden nicht und habe keine Wortfindungsprobleme. Sie sei überdies flexibel und gehe bei Aufgaben systematisch vor (Urk. 9/72/77-79). Gestützt auf die erhobenen Befunde kam der Gutachter zum nachvollziehbaren Schluss, die Beschwerdeführerin sei aus psychiatrischer Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (Urk. 9/72/79).

Die anderslautende Einschätzung des A.____, wonach eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit Oktober 2016 vorliegen soll, vermag

den gutachterlichen Schlussfolgerungen nicht umzustossen. Denn einerseits darf der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden, dass Hausärzte sowie behandelnde Ärzte 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). Andererseits erweisen sich die Berichte des A.____ auch als widersprüchlich, indem sie in diagnostischer Hinsicht in ihrem Bericht vom 27. Juni 2017 anstelle der früher festgestellten PTBS von einer andauernden Persönlichkeitsänderung ausgingen, am 26. Februar 2019 dann aber wiederum von einer PTBS sprachen (Urk. 9/16/10, Urk. 9/16/6, Urk. 9/79/2). Ferner erscheint nicht schlüssig, weshalb sie am 21. März 2017 immer noch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestierten, jedoch darauf hinwiesen, dass es der Beschwerdeführerin jetzt mit der Therapie soweit gut gehe und die Depression habe reduziert werden können (Urk. 9/19/7). Gegen eine invalidisierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit spricht ferner der Umstand, dass die Beschwerdeführerin offenbar erst seit dem 21. März 2017 – und somit erst ein halbes Jahr nach Eintritt der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit – eine kontinuierliche psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nahm, währenddem sie die zuvor besuchten Therapien jeweils von sich aus wieder abgebrochen hatte (Urk. 9/19/6, Urk. 9/72/66). Die genannte Erfahrungstatsache ist auch im Zusammenhang mit der Würdigung der Berichte von Hausarzt Dr. F.____ zu beachten, welcher seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit medizinisch nicht näher begründete. Überdies erweist sich seine Beurteilung als widersprüchlich, indem er mit Bericht vom 30. April 2018 eine vollständige Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit festhielt (Urk. 9/44/1), gleichzeitig jedoch seit 1. Januar 2018 eine solche von 50% in angestammter Tätigkeit attestierte, wie sich dem Feststellungsblatt der Beschwerdegegnerin vom 27. März 2019 entnehmen lässt (Urk. 9/80/6). Die anderslautende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die Behandler des A.____ sowie des Hausarztes vermögen das Gutachten daher nicht in Zweifel zu ziehen.

Die Schlussfolgerung des psychiatrischen Gutachters leuchtet auch in retrospektiver Hinsicht ein. Insbesondere dem Austrittsbericht der Psychiatrie des Spitals E.____ vom 16. Dezember 2016 lässt sich entnehmen, dass anlässlich des stationären Aufenthaltes lediglich eine stützend-interpersonelle Gesprächsführung stattfand. Eine schlafanstossende Medikation habe die Beschwerdeführerin damals abgelehnt. Ferner habe die Beschwerdeführerin den raschen Austritt aus der Klinik erbeten, als ihr der

Kliniksozialdienst keine Abhilfe für ihre missliche Wohnsituation habe bieten können. Bei fehlender Behandlungsmotivation habe ihr lediglich die Kontaktnahme

mit dem Sozialamt empfohlen werden können (Urk. 9/72/18 f.). Weitere medizinische und insbesondere psychotherapeutische Schritte empfahl die Psychiatrie des Spitals E.____ damit nicht, was gegen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in erheblichem Umfang spricht. Auch der Umstand, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der psychiatrischen Begutachtung angab, sie nehme heute regelmässig Antidepressiva ein (Urk. 9/72/72), ändert daran nichts, zumal sich die entsprechende Medikation im Rahmen der Blutentnahme entweder gar nicht oder lediglich im unteren Bereich nachweisen liess, was nach wie vor gegen eine gewisse Behandlungsmotivation spricht (Urk. 9/72/73 f.). 4.2. 3

Ferner bemängelt die Beschwerdeführerin das neuropsychologische Teilgutachten. Mit Verweis auf den aktuellen Bericht des A.____

rügte sie, aufgrund der zu tiefen Werte in den Testergebnissen sei der Kurzschluss einer Inkonsistenz gefasst worden. Sie sei in der gegenwärtigen Verfassung gar nicht in der Lage, am Alltag und an Aufgaben teilzunehmen. Dies zeige auch der Schlussbericht der Praxis M.____ (Urk. 14 S. 7 f., Urk. 9/79/2). Diesbezüglich führte der psychiatrische Gutachter jedoch nachvollziehbar aus, im besagten Bericht werde die Einschätzung, wonach die Beschwerdeführerin nicht länger als 10-15 Minuten arbeiten könne, nicht näher begründet. Überdies werde nicht ausgeführt, weshalb sie in der Gesamtbewertung so schlecht abgeschnitten habe, obwohl ihre sonstigen Fähigkeiten durchwegs positiv beurteilt worden seien (Urk. 9/72/78). Tatsächlich wurde die Beschwerdeführerin anlässlich der arbeitsintegrativen Abklärung als engagiert und lernfreudig bezeichnet und ihre Arbeitsergebnisse wurden im Wesentlichen als gut bewertet (Urk. 9/66/3). Weshalb sie nicht länger als 10-15 Minuten ohne Pause arbeiten könne, erscheint daher nicht schlüssig, zumal sie gemäss Bericht immer konzentriert und ruhig gearbeitet habe (Urk. 9/66/3). Der Bericht der Abklärungsstelle ist daher – auch, weil er keine fachärztliche Einschätzung enthält – nicht geeignet, das neuropsychologische Gutachten zu entkräften. Im Übrigen begründete die neuropsychologische Gutachterin nachvollziehbar, weshalb sie zum Schluss einer bewussten Leistungsverzerrung im Sinne einer Aggravation beziehungsweise von einer zumindest teilweise vorliegenden Simulation kam (Urk. 9/72/104). So wies sie darauf hin, dass die Testresultate in einem gut standardisierten Performace-Validierungstest hoch auffällig gewesen seien, indem die Beschwerdeführerin Resultate erzielt habe, welche mit jenen aus Studien mit durchschnittlich 78-jährigen hospitalisierten Personen mit fortgeschrittener Demenz vergleichbar gewesen seien (Urk. 9/72/103). Konträr dazu könne sich die Beschwerdeführerin aber beispielsweise sicher orientieren, Termine selbständig wahrnehmen, wohne alleine und bestelle ihre Administration selbständig. Zudem habe in der klinischen Beobachtung keine Verlangsamung festgestellt werden können (ausser bei den zeitkritischen Aufgaben), ferner hätten sich keine Probleme mit dem freien Gedächtnisabruf gezeigt und die Beschwerdeführerin habe keine Mühe gehabt, dem Gespräch zu folgen, auf zuvor gemachte Aussagen Bezug zu nehmen und keine Wortfindungsprobleme gehabt. Testdiagnostisch hätten sich jedoch in all diesen Bereichen Einschränkungen bis zu einem schweren Grad gezeigt (Urk. 9/72/104).

Ergänzend wies sie darauf hin, wenn die Befunde valide wären, wäre die Beschwerdeführerin beispielsweise erheblich vergeblich und könnte über ihre Situation nur lückenhaft Auskunft geben (Urk. 9/72/105). Die Einschätzung einer bewussten

Aggravation beziehungsweise Simulation deckt sich auch mit dem erhobenen Befund aus der psychiatrischen Untersuchung, in welcher die Beschwerdeführerin äusserst detailliert über ihre Vergangenheit berichtete, keine Defizite in Bezug auf Aufmerksamkeit, Gedächtnis sowie Konzentration festgestellt werden konnten und sie auch die Datierung bestimmter Lebensereignisse korrekt und ohne langes Überlegen habe vornehmen können

(Urk. 9/72/64 ff. und 73). Daher ist es nicht zu beanstanden, dass die neuropsychologische Gutachterin aufgrund der invaliden Testergebnisse ein positives Funktionsprofil erstellte (Urk. 9/72/105). Das neuropsychologische Teilgutachten erweist sich somit entgegen der Meinung der Beschwerdeführerin als verwertbar. 4.2. 4

Die Beschwerdeführerin bringt des Weiteren vor, es hätte eine Intelligenzabklärung vorgenommen werden müssen (Urk. 14 S. 8). Dem ist zu entgegnen, dass die Behandler des A.____ zwar eine leichte Intelligenzminderung (IQ von 65) diagnostizierten, dies jedoch medizinisch nicht näher begründeten (Urk. 9/19/6). Im Gegensatz dazu führte der psychiatrische Gutachter aus, unter Berücksichtigung der Untersuchungssituation, der Schulbildung, des beruflichen Werdegangs sowie der Sozialisation werde das Intelligenzniveau als knapp durchschnittlich differenziert (Urk. 9/72/73). Anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung führte die Gutachterin zudem schlüssig aus, dass die Einschätzung des A.____ nicht nachvollziehbar sei. Zum einen hätte weder eine Validierung noch eine kritische Diskussion der Ergebnisse stattgefunden. Zum anderen würden bei beobachteten kognitiven Problemen auch die Resultate in einem Intelligenztestverfahren negativ beeinflusst, selbst wenn es keine Zeitvorgabe gebe. Insbesondere das Absolvieren einer zweijährigen Anlehre spreche gegen eine leichte Intelligenzminderung (Urk. 9/72/105). Zudem könne sich die Beschwerdeführerin sicher orientieren, Termine selbständig wahrnehmen, sie wohne alleine und bestelle ihre Administration selbständig (Urk. 9/72/104). Vor diesem Hintergrund erscheint eine Intelligenzminderung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit als nicht überwiegend wahrscheinlich, insbesondere, da auch die Ärzte des Spitals E.____ in ihrem Befund vom 16. Dezember 2016 festhielten, im Gespräch habe sich kein Anhalt für bedeutsame kognitive Defizite ergeben (Urk. 9/72/18). Nach dem Gesagten scheint eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Intelligenzminderung nicht überwiegend wahrscheinlich. Von einer Intelligenzabklärung sind

daher keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb die Beschwerde gegen ihn darauf in antizipierter Beweiswürdigung verzichten durfte

(vgl. BGE 136 I 229 E. 5.3). 4.2. 5

Des Weiteren brachte die Beschwerdeführerin vor, die Verhaltensbeobachtung der neuropsychologischen Untersuchung sei bei der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht berücksichtigt worden (Urk. 14 S. 10). Dem ist zu entgegnen, dass sich anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung zwar eine schwankende Aufmerksamkeit, eine reduzierte Schwingungsfähigkeit und eine mit Zeitdruck deutlich verlangsamte Arbeitsweise ergab. Die neuropsychologische Gutachterin hielt jedoch ebenfalls fest, dass während der 2 Stunden und 45

Minuten dauernden Untersuchung keine zunehmenden Ermüdungszeichen wie Gähnen, kleine Augen oder sichtbarer Leistungsabfall hätten beobachtet werden können. Ohne Zeitdruck sei das Arbeitstempo zudem nicht übermässig langsam und teilweise unauffällig (Urk. 9/72/100). Der psychiatrische Gutachter würdigte dies insofern, als er festhielt, eine

angepasste Tätigkeit müsse ohne permanenten Zeitdruck und mit klar strukturierten Aufgaben sein (Urk. 9/72/79). Im Übrigen entspricht dies auch der angestammten Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Kassiererin, bestehen doch auch dort strukturierte Bereiche ohne permanenten Zeitdruck wie beispielsweise beim Einräumen von Waren und selbst an der Kasse gibt es neben Spitzenzeiten auch ruhigere Zeiten (Urk. 9/15/7). Inwiefern sich das psychiatrische Teilgutachten und die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung vor diesem Hintergrund widersprechen sollten, wie die Beschwerdeführerin geltend macht (Urk. 14 S. 10), ist nicht ersichtlich. Vielmehr hielt der Gutachter aus psychiatrischer Sicht weder eine Einschränkung in der angestammten noch in einer lei densangepassten Tätigkeit fest, was auch so in den interdisziplinären Konsens einfluss (Urk. 9/72/79, Urk. 9/72/5). 4.2. 6

Weiter stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, die Begründung von Konsistenz und Plausibilität im psychiatrischen Teilgutachten sei zu wenig ausführlich ausgefallen (Urk. 14 S. 11). Zwar trifft es zu, dass der Gutachter unter dem Titel « Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität » lediglich eine knappe Begründung folgen liess (Urk. 9/72/78). Allerdings wies der Gutachter an mehreren anderen Stellen des Gutachtens auf die fehlende Konsistenz der Angaben der Beschwerdeführerin hin. So verwies er zum einen auf das neuropsychologische Gutachten. An anderer Stelle erklärte er, die Angabe der Beschwerdeführerin, sie habe früher aufgrund ihrer Konzentrationsschwierigkeiten häufig ihre Stellen gewechselt, seien im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Untersuchung, bei welcher sie über drei Stunden überaus konzentriert und aufmerksam gewesen sei, nicht nachvollziehbar (Urk. 9/72/77). Ferner erschienen ihre Angaben zum Verhältnis zu ihren Ex-Ehemännern nicht immer konsistent, zumal sie mit ihnen viele Jahre verbracht habe (Urk. 9/72/72). Nach dem Gesagten vermag die dies bezügliche Einwendung der Beschwerdeführerin dem Gutachten hinsichtlich der Beweiskraft keinen Abbruch zu tun. 4.3

Zusammenfassend vermögen die Einwendungen der Beschwerdeführerin das MEDAS-Gutachten nicht zu entkräften. Dieses erfüllt die Anforderungen an eine beweiskräftige ärztliche Expertise (vgl. E. 1.4 hiervor), weshalb nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin dieses als überzeugend einstufte (Urk. 9/80/4 f.). Gestützt darauf ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Kassiererin zu 100

% arbeitsfähig ist und auch keine relevanten Einschränkungen im Haushalt bestehen, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5.

5.1

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG)

und ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk.

E. 13

) jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 5.2

Mit Honorarnote vom 29. August 2019 machte die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Aurelia Schmid,

für den Zeitraum vom 12. Juni bis 30. August 2019 einen Aufwand von 16.6 Stunden à Fr. 220.-- und Barauslagen von Fr. 18.60 , zuzüglich Mehrwertsteuer von 7.7 % , geltend , was ges amthaft einem Betrag von Fr. 3' 953.25 entspricht (Urk. 17) .

Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Der geltend gemachte Aufwand ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses nicht angemessen. Insbesondere die verrechneten Aufwendungen im Zusammenhang mit der Replik vom 28. August 2019 (Urk. 14) von total 7.42 Stunden

(Aufwände vom 11. und 22. Juli sowie 15. und 21. August 2019) erscheinen überhöht , insbesondere aufgrund der Tatsache, dass sich die Vorbringen in der Replik in weiten Teilen an die Stellungnahme vom 4. März 2019 (Urk. 9/78) anlehnen und damit bereits im Verwaltungsverfahren ausgeführt wurden .

Daher rechtfertigt es sich, den geltend gemachten Aufwand von 7.42 Stunden auf 3 Stunden zu kürzen. Ausserdem erweist sich der geltend gemachte Aufwand für die als «Beschwerde» bezeichnete Eingabe vom 16. respektive 17. Juni 2019 von total 1.51 Stunden (zweimal Eingabe an Sozialversicherungsgericht und Brief an M.) unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin bereits am 10. Mai 2019 Beschwerde einreichen liess (Urk. 1)

als weitgehend unnötig . Die Eingabe erfolgte sodann unaufgefordert. Der besagte Aufwand ist deshalb auf eine Stunde zu kürzen . Insgesamt ist damit ein Zeitaufwand von 11.67 Stunden à Fr. 220.--, sind mithin Fr. 2' 567.40 , zu vergüten, was unter Berücksichtigung der Barauslagen von Fr. 18.60 und der Mehrwertsteuer (7.7 %) eine Entschädigung aus der Gerichtskasse von gerundet Fr. 2' 786 .—

ergibt. 5.3

Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Gerichtskosten sowie der Entschädigung an Rechtsanwältin Aurelia Schmid verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt , zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin lic. iur. Aurelia Schmid, Zürich, wird mit Fr. 2'786 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin lic. iur. Aurelia Schmid - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. 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 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Fehr Reiber

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