

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00561 vom 19. Oktober 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-10-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00561](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00561)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00561 du 19 octobre 2009

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00561 del 19 ottobre 2009

## Erwägungen

### 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. 1.2

Unter Hinweis auf schwere Depressionen meldete sich die Versicherte am 17. April 2017 (Urk. 8/182) erneut bei der IV-Stelle in Zürich

zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an und reichte, nach Aufforderung durch die IV-Stelle (Urk. 8/185), zwecks Glaubhaftmachung einer wesentlichen Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse einen Arztbericht von Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 16. Mai 2017 ein (Urk. 8/186). Mit Schreiben vom 17. Juli 2017 reichte die Versicherte den Austrittsbericht der Z.\_\_\_\_ vom 4. Juli 2017 (Urk. 8/193), mit Schreiben vom 25. August 2017 den Austrittsbericht der Z.\_\_\_\_ vom 17. August 2017 (Urk. 8/197)

und mit Schreiben vom 25. September 2017 den Kurzaustrittsbericht der Z.\_\_\_\_ vom 7. September 2017 (Urk. 8/201) nach.

In der Folge holte die IV-Stelle Arztberichte ein (Urk. 8/196, 8/202) und teilte der Versicherten mit Schreiben vom 15. August 2017 (Urk. 8/195) mit, dass keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien und der Anspruch auf eine Invalidenrente geprüft werde.

Mit Schreiben vom 28. November 2017 (Urk. 8/206) holte die IV-Stelle bei der A.\_\_\_\_ ein interdisziplinäres

Gutachten ein.

Dr. med. B.\_\_\_\_, zertifizierter Gutachter SIM, und Dr. med.

C.\_\_\_\_ erstatteten ihr psychiatrisches Gutachten am 19. April 2018 (Urk. 8/215 S. 22-65), lic. phil. D.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie und Neuropsychologie FSP,

zertifizierte neuropsychologische Gutachterin SIM, erstattete ihr neuropsychologisches Gutachten am 3. April 2018 (Urk. 8/215 S. 66-74); das Konsensgutachten (Urk. 8/215 S. 1-10) wurde am 19. April 2018 durch Dr. B.\_\_\_\_ und lic. phil. D.\_\_\_\_ erstattet.

### **E. 1.3**

Mit Vorbescheid vom 20. Juni 2018 (Urk. 8/221) stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht.

Dagegen erhob die Versicherte mit Schreiben vom 22. Juni 2018

(Urk. 8/223) Einwand und liess der IV-Stelle einen Bericht des E.\_\_\_\_

vom 6. Juli 2018 (Urk. 8/233) zukommen. Mit Verfügung vom 25. Oktober 2018 (Urk. 8/236) lehnte die IV-Stelle das Gesuch der Versicherten um unentgeltlichen Rechtsbeistand ab und holte weitere Arztberichte ein (Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, vom 19. November 2018 [Urk. 8/238]

sowie Bericht von Dr. Y.\_\_\_\_ vom 9. Februar 2019 [Urk. 8/240]).

Mit Schreiben vom 20. Mai 2019 (Urk. 8/242) nahm die Versicherte zu den weiteren von der IV-Stelle getätigten Abklärungen Stellung. Mit Verfügung vom 11. Juni 2019 (Urk. 2 [= Urk. 8/244]) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren der Versicherten ab.

#### **E. 1.3.1**

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 unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

#### **E. 1.3.2**

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E.

5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E.

3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_13/2016 vom 14.

April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E.

2, E.

3.4-3.6 und 4.1). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E.

4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_449/2017 vom 7.

März 2018 E. 4.2.1).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

### **E. 1.3.3**

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E.

4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E.

4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E.

4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E.

4.3.1.2) - Komorbiditäten (E.

4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E.

4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E.

4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E.

4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E.

4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E.

4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15.

März 2018 E.

7.4). 1.

## **E. 2**

Gemäss Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV)

muss mit einer Neuanschuldung glaubhaft gemacht werden, dass sich der Invaliditätsgrad anspruchrelevant verändert hat. Der versicherten Person kommt ausnahmsweise eine Beweisführungslast zu (vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2.5). Die Eintretensvoraussetzung des Glaubhaftmachens soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, mithin keine Veränderung des Sachverhaltes darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1). Dies gilt auch für eine erneute Anmeldung nach einer vorangegangenen, aber befristeten Rentenzusprache (BGE

133 V 263 E. 6.1; siehe auch Frey/ Mosimann /Bollinger [Hrsg.], AHVG/IVG Kommentar, 2018, Mosimann, N 20 zu Art. 17 ATSG).

Hingegen kann diese Eintretensvorschrift nicht dahingehend ausgelegt werden, dass die glaubhaft zu machende Änderung gerade jenes Anspruchselement betreffen muss, welches die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungsabweisung zugrunde legte. Vielmehr muss es genügen, wenn die versicherte Person zumindest die Änderung eines Sachverhaltes aus dem gesamten für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum glaubwürdig darlegt. Trifft dies zu, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher (wie selbstverständlich auch in rechtlicher) Hinsicht allseitig zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 3a und E. 4b; vgl. auch BGE 141 V 9 E. 2.3; 130 V 64 E. 5.2 ;

130 V 71 E. 2.2).

Ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

Eine solche Änderung kann insbesondere in einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes mit entsprechend verminderter Arbeitsfähigkeit oder, auch bei an sich

gleich gebliebenem Gesundheitszustand, in veränderten Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich liegen. Demgegenüber stellt die bloss abweichende Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes keine relevante Änderung dar (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

### **E. 2.1**

Die IV-Stelle stellte sich in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) auf den Standpunkt, sie gehe aufgrund des eingeholten Gutachtens sowie den weiteren medizinischen Unterlagen von keiner erheblichen gesundheitlichen Einschränkung in der Erwerbstätigkeit aus. Damit eine solche anerkannt werde, müsse sie für den Rechtsanwender nachvollziehbar sein. Die von der Beschwerdeführerin beschriebenen Einschränkungen seien weder nachvollziehbar noch schlüssig, sie gingen zudem über eine reine Verdeutlichungstendenz hinaus und seien nicht auf das Krankheitsbild zurückzuführen. Es könne folglich nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer erheblichen Einschränkung in der Erwerbsfähigkeit aus

gegangen werden.

Auch die im Rahmen der weiteren Abklärungen zusätzlich eingeholten Unterlagen zeigten keine neuen medizinischen Befunde oder Tatsachen; aus somatischer Sicht fänden sich keine Befunde, die eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit begründen würden, bezüglich der psychiatrischen Einschätzung würde an der im Vorbescheid vertretenen Einschätzung festgehalten (Urk. 2).

## **E. 2.2**

Die Beschwerdegegnerin argumentierte in ihrer Beschwerde (Urk. 1), die IV-Stelle habe bei der

A. \_\_\_ ein Gutachten eingeholt, welches als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und einen Verdacht auf eine narzisstische Persönlichkeitsstörung festgehalten habe. Daneben sei eine anhaltende Schmerzstörung ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert worden. Auf das Gutachten sei abzustellen, da es nachvollziehbar und schlüssig sei und weitgehend mit den Einschätzungen der behandelnden Ärzte übereinstimme, abgesehen von der Frage der Arbeitsfähigkeit. Während die Gutachter eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit attestiert und die durchschnittliche medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit auf 37.

## **E. 4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist

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 auszüräumende 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). 2.

### **E. 4.1**

Die Verfügung vom 19. Oktober 2009 (Urk. 8/131) basierte im Wesentlichen auf der durch die damals zuständige IV-Stelle veranlassten interdisziplinären

rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchung durch Dr. med. G. \_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, und Dr. med. H. \_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom I. \_\_\_ vom 23. Mai 2006; der Konsensbericht vom 8. Juni 2006 (Urk. 8/92) wurde von Dr. med. J. \_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, unterzeichnet.

### **E. 4.2**

Dr. G. \_\_\_ und Dr. H. \_\_\_ nannten in ihrem Untersuchungsbericht als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet (ICD-10

M54.9 [Urk. 8/92 S. 5] , und als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/92 S. 5) eine Dysthymie (ICD-10 F34.1 ; chronische depressive Verstimmung, welche die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung nicht erfüllt ) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4).

#### **E. 4.3.1**

Im Rahmen der rheumatologischen Untersuchung hielten Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_

fest, die Ergebnisse der klinischen Untersuchung seien weitgehend normal, abgesehen von einigen von der Beschwerdeführerin ein wenig demonstrativ angezeigten Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule, der Schultern, der Handgelenke, der Knie und der Knöchel. Die Schmerzen seien permanent, Tag und Nacht, und erzeugten nächtliches Erwachen. Jede Aktivität erhöhe die Intensität der Schmerzen, das Gehen sei nur während maximal 30 Minuten möglich, bevor sie eine Pause machen müsse, auch das Sitzen sei während maximal 20 Minuten möglich, bevor die Sitzposition geändert werden müsse, um die Schmerzen im Lendenbereich zu lindern. Auszuschliessen sei indes mit Sicherheit eine axiale oder periphere entzündliche rheumatische Erkrankung, ebenso eine neurologische Erkrankung. Zudem sei darauf hinzuweisen, dass zwischen den von der Beschwerdeführerin vorgetragene multiplen und scheinbar sehr invalidisierenden Beschwerden und den objektiven Untersuchungsergebnissen eine erhebliche Diskrepanz bestehe . Es bestünden gewisse funktionelle Einschränkungen auf grund diskreter Veränderungen der Wirbelsäule, welche bereits die Experten in Zürich im Jahre 1998 erkannt hätten. Folglich benötige die Beschwerdeführerin keine statische, sondern eine abwechselnd stehende oder sitzende Tätigkeit, ohne regelmässiges Heben von Gewichten über acht Kilogramm und ohne regelmässiges Tragen von Gewichten über 15 Kilogramm (Urk. 8/92 S. 3, 6-8 und

#### **E. 4.3.2**

Hinsichtlich des psychiatrischen Gesundheitszustandes erklärten Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ , die Beschwerdeführerin sei präsent und allseits orientiert sowie kooperativ anlässlich der Befragung und der klinischen Untersuchung . Sie sei wachsam, konzentriert, leide an keinen Gedächtnisstörungen und antworte auf die gestellten Fragen präzise . Indes sei sie leicht angespannt und angesichts ihrer Schmerzen , welche im Laufe der Jahre nicht nachgelassen hätten, entmutigt

(Urk. 8/92 S. 3 und 5 -6 ) .

Es gebe keine Hinweise auf Ereignisse, welche den normalen Prozess der Persönlichkeitsentwicklung gestört haben könnten, sie weise keine psychopathologisch auffällige Persönlichkeit im Sinne von ICD-10 auf. Die Beschwerdeführerin leide seit ungefähr 1993 an Kreuzschmerzen, welche sich während der Schwangerschaft verschlimmert hätten. Gegenwärtig zeige die Beschwerdeführerin eine verminderte Aktivität und Energie , Schlafstörungen , eine Zunahme des Appetits sowie ein vermindertes Sexualleben, was mit der Diagnose einer Dysthymie vereinbar sei, welche als Begleiterscheinung einer somatoformen Schmerzstörung auftrete . Keines dieser Symptome sei aber ausgeprägt oder intensiv genug , um eine Arbeitsunfähigkeit zu rechtfertigen ; auch Unzulänglichkeits- und Schuldgefühle ihrem Mann und ihrer Tochter gegenüber seien mit der Ausübung einer Arbeitstätigkeit nicht unvereinbar . Die Beschwerdeführerin gebe zwar an, ihr psychischer Zustand habe sich eher verschlechtert, er habe sich weder verbessert noch sei er unverändert geblieben. Eine Depression

(ebenso wie eine Anpassungsstörung) im Sinne von ICD-10, wie sie Dr. med.

K.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, im psychiatrischen Gutachten vom 30. Juli 1999

(Urk. 8/ 210 ) diagnostiziere, könne allerdings höchstens im Bereich einer leichten liegen, zumal die Beschwerdeführerin nicht den Eindruck einer depressiven Patientin erwecke . Es bestehe kein sozialer Rückzug, zudem organisiere sie ihren Alltag eigenständig.

Gegenwärtig gebe es keinen ausreichenden Grund, eine Arbeitsunfähigkeit anzunehmen

(Urk. 8/9 2 S. 6, 8 -9 ) .

Die Beschwerdeführerin weise multiple , unklare , anhaltende Schmerzen auf, welche sich somatisch nicht völlig erklären liessen, die aber Ursprung ihrer andauernden Besorgnis über ihren Zustand seien. Es liege folglich ein anhaltendes somatoformes Schmerzsyndrom vor, ohne psychiatrische Komorbidität, da die Dysthymie eine Begleiterscheinung der somatoformen Schmerzstörung sei. Die Ausprägung der somatoformen Schmerzstörung sei indes nicht derart stark, um eine invalidisierende Beeinträchtigung zu rechtfertigen ; aus psychiatrischer Sicht lägen keine funktionellen Einschränkungen vor

(Urk. 8/9 2 S. 9 -10 ). 4. 4

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führten Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_

aus, aus somatischer Sicht bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit angestammt und eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit. Aus psychiatrischer Sicht bestehe, in Abweichung zur Schlussfolgerung von Dr. K.\_\_\_\_ , eine volle Arbeitsfähigkeit angestammt und angepasst .

Gesamthaft sei die Beschwerdeführerin angestammt zu 50 % arbeitsfähig, angepasst zu 100 % (Urk. 8/92 S. 10). 4. 5

Zusammenfassend hielten Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_

fest, die Ergebnisse der rheumatologischen Untersuchung seien praktisch normal ausgefallen , mit erheblichen Diskrepanzen zwischen den objektiven Befunden, den multiplen geklagten Beschwerden und der relativ bescheidenen Medikation. Eine somatoforme Schmerzstörung sei nicht als invalidisierend bekannt, auch liege keine psychiatrische Komorbidität, sondern eine Dysthymie vor. Es bestehe kein sozialer Rückzug und auch aus psychiatrischer Sicht liege eine Diskrepanz zwischen den Untersuchungsergebnissen und den geklagten Beschwerden vor. Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin liege gesamthaft bei 50 % im angestammten Bereich und bei 100 % in einer angepassten Tätigkeit , abwechselnd sitzend oder stehend, ohne regelmässiges Heben von Gewichten über acht Kilogramm und ohne regelmässiges Tragen von Gewichten über 15 Kilogramm

(Urk. 8/92 S. 1) 4. 6

Vor diesem Hintergrund

verneinte die IV-Stelle des Kantons Genf mit Verfügung vom 19. Oktober 2009

(Urk. 8/131) bei einem Invaliditätsgrad von 33 % den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente und hob die Invalidenrente revisionsweise auf. Das kantonale Versicherungsgericht schützte diesen Entscheid; es erwog, dass auf die Schlussfolgerungen der medizinischen Sachverständigen der Invalidenversicherung abgestellt werden könne

und hielt fest, dass der Invaliditätsgrad bloss noch 13.96 % betrage (Urk. 8/151). 5.

## E. 5

% geschätzt hätten, seien die behandelnden Ärzte von einer Arbeitsunfähigkeit von 80 beziehungsweise 100 % ausgegangen.

Allerdings sei auch angepasst von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen; weil die von der A.\_\_\_\_ beschriebenen Voraussetzungen an eine angepasste Tätigkeit zudem nur von einem geschützten Arbeitsbereich erfüllt werden könnten, müsse das Verfahren zwecks Durchführens

eines Einkommensvergleiches an die IV-Stelle zurückgewiesen werden, sofern eine Einschränkung gestützt auf die Einschätzungen der A.\_\_\_\_ angenommen würde.

Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) halte weiter fest, die gutachterlichen Angaben zur Arbeitsunfähigkeit und zur Diagnose einer Persönlichkeitsstörung seien nicht nachvollziehbar; es

könne sich vorliegend nur um Simulation handeln. Bei der Begutachtung durch die A.\_\_\_\_ sei eine bewusste Simulation hingegen nicht nachweisbar gewesen. Zwar habe die Beschwerdeführerin zweifelsfrei Selbstlimitierung gezeigt, was ohne Berücksichtigung ihrer Persönlichkeit auf Grund

verschiedener Indizien klar auf eine Aggravation hinweisen würde; weil aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine narzisstische Persönlichkeitsstörung vorliege, sei die damit verbundene Anspruchshaltung

als Teil des Krankheitsbildes anzusehen. Die IV-Stelle stelle in ihrer Verfügung, entgegen der Meinung des RAD, denn auch nicht auf Simulation ab, sondern auf Aggravation, ohne aber dem Gutachten zu folgen, wonach die Aggravation krankheitsbedingt sei (Urk. 1).

Schliesslich sei auch plausibel, dass sie zwar regelmässig, aber mit grösseren Unterbrüchen zu ihrem persisch sprechenden Psychiater nach Genf fahre, zumal die Reise nach Genf nicht mit einer regelmässigen Arbeitstätigkeit verglichen werden könne. Auch bestünde zu ihrem Psychiater ein grosses Vertrauensverhältnis; bei dessen Abwesenheit habe sie stationär eingeliefert werden müssen (Urk. 1).

In ihrer Eingabe vom 23. September 2019 (Urk. 10) führte die Beschwerdeführerin zusätzlich aus, sie leide zunehmend an Gelenksbeschwerden, auch die seit Anfangs 2019 bekannten Beschwerden hätten deutlich zugenommen. Sie habe zudem Suizidideen und versucht, sich mit Medikamenten zu töten, weshalb Dr. Y.\_\_\_\_ die Frequenz der Behandlungen erhöht habe. Ihr Gesundheitszustand habe sich verschlechtert, weshalb sie angestammt und angepasst vollständig arbeitsunfähig sei. 3. 3.1

Die Frage, ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich durch die Gegenüberstellung des Sachverhaltes im Zeitpunkt der strittigen Verfügung mit demjenigen, wie er im Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen Verfügung bestanden hatte (BGE 130 V 71 E. 3.1). Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung bildet folglich die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleiches beruht (BGE 134 V 131 E. 3; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_735/2019 vom 25. Februar

2020 E. 3.2 ). 3.2

Mit Verfügung vom 19. Oktober 2009 (Urk. 8/131) hob die IV-Stelle des Kantons Genf , gestützt auf eine eingehende materielle Prüfung des Sachverhaltes im Rahmen einer Rentenrevision von Amtes wegen (vgl. Urk. 8/ 59 , 8/129 [Haushaltsabklärung vom 7. August 2009] ) ,

die Rente der Beschwerdeführerin auf.

Zu prüfen ist

nach dem Gesagten folglich , ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit Erlass der Verfügung vom 19. Oktober 2009 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 11. Juni 2019

in renten anspruch relevanter Weise verschlechtert hat. 4.

### **E. 5.1**

Anlässlich der Neuanmeldung vom 17. April 2017 holte die IV-Stelle bei der A.\_\_\_\_ ein Gutachten in den Fachrichtungen Psychiatrie und Neuropsychologie ein.

Die Gutachter nannten in der Konsensbeurteilung als relevante Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die folgenden (Urk. 8/215 S. 5): - Rezidivierende depressive Störung , gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F33.1) - Hochgradiger Verdacht auf eine narzisstische Persönlichkeitsstörung (DSM 5 F60.81), Differentialdiagnose akzentuierte narzisstische Persönlichkeitszüge

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter eine psychiatrisch anamnestisch somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) ,

hinsichtlich der neuropsychologischen Diagnose hielten sie ein nicht authentisches Leistungsprofil sowie Selbstlimitierung bei psychiatrischer Erkrankung fest (Urk. 8/215 S. 5). 5. 2 5. 2 .1

Im Rahmen der psychiatrischen Beurteilung hielten Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_

fest , die Beschwerdeführerin präsentiere sich ruhig, gelassen und allseits orientiert, zeige sich sehr freundlich und zugewandt. Sie wirke leicht ungepflegt, ihre Mimik sei eingeschränkt, psychomotorisch erscheine sie deutlich eingeschränkt und passiv, ohne Hinweise auf körperliche Schmerzen. Bei der Schilderung der Halluzinationen sei sehr wenig emotionale Beteiligung auszumachen, auch die Schilderung der schweren Antriebseinschränkungen wirke nicht ganz nachvollziehbar (Urk. 8/215 S. 45-46) .

Die Beschwerdeführerin bestätige Konzentrationseinschränkungen im Alltag, welche im Gespräch nicht objektiviert werden könnten, es ergäben sich auch keine Hinweise auf Auffassungsstörungen. Die Beschwerdeführerin imponiere eingengt auf die ihr widerfahrenen negativen Lebensereignisse. Es seien keine Zwangsgedanken zu explorieren, obwohl diese berichtet würden. Die Beschwerdeführerin berichte weiter von Panikattacken, Ängsten vor Krankheiten und

der Zukunft , sie beschreibe akustische wie auch visuelle Pseudohalluzinationen. All diese Begebenheiten würden ohne wesentliche emotionale Beteiligung geschildert. Affektiv imponiere die Beschwerdeführerin deutlich depressiv, vergiesse während der Exploration viele Tränen und beschreibe eine persistierende depressive Grundstimmung. Sie berichte über Reuegefühle, während sich bei der Exploration keine deutlichen Hinweise auf

ausgeprägte Schuldgefühle oder Selbstvorwürfe ergäben. Die deutliche Vermeidung von sozialen Kontakten liesse auf eine insuffiziente Selbstregulation der empfundenen aggressiven Impulse schliessen, welche von der Beschwerdeführerin erwähnt würden. Das Schlafverhalten beschreibe sie als deutlich eingeschränkt bei ausgeprägten Durchschlafstörungen, es bestünden negative Zukunftsperspektiven und ein extrem unbeständiges Essverhalten. Zudem habe die Beschwerdeführerin zwei Suizidversuche unternommen (Urk. 8/215 S. 46-49).

Es liesse sich die Diagnose einer aktuell mittelgradigen depressiven Episode bestätigen, eine von Dr. Y. \_\_\_ diagnostizierte schwere Depression habe sich jedoch weder hier noch in der Z. \_\_\_ nachweisen lassen. Die geschilderten Pseudohalluzinationen erfüllten nicht die Kriterien für einen Wahn oder eigentliche Halluzinationen. Es ergäben sich aber mehrere Hinweise auf eine narzisstisch geprägte Persönlichkeitsgrundstruktur. Es trete deutlich ein immanentes Grössengefühl zutage, etwas Besseres im Leben verdient zu haben, auch zeige sich recht deutlich eine Selbstbezogenheit und ein Mangel an Empathie, die zwischen menschlichen Beziehungen hätten einen ausbeuterischen Anteil. Die gemäss Dr. Y. \_\_\_ anhaltende somatoforme Störung zeige sich weit im Hintergrund, die depressiven Symptome im Rahmen einer ausgeprägten Antriebslosigkeit bei depressiver Grundstimmung, generalisierter Freudlosigkeit und Durchschlafstörungen stünden im Vordergrund. Die Beschwerdeführerin sage deutlich, dass ihre psychischen Beschwerden seit Beginn entscheidend gewesen seien. Die von Dr. Y. \_\_\_ diagnostizierte generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) könne ferner nicht bestätigt werden, da keine frei flottierende Angst bestehe (Urk. 8/215 S. 50-52).

Die Migration lasse sich als Beginn der negativen Krankheitsentwicklung bezeichnen, repetitive Misserfolge und Frustration hätten zu einer tiefgehenden und chronifizierend anhaltenden Kränkung der Beschwerdeführerin geführt. Sie beharre darauf, zu praktisch nichts in der Lage zu sein aufgrund ihrer Depression, die beklagten Beschwerden würden jedoch nicht kongruent zum klinisch beobachteten Ausmass der Depression erscheinen. Auch wenn es nicht durch harte Fakten beweisbar sei, so entstehe der Eindruck, die Beschwerdeführerin fordere, dass man der Schwere ihrer Krankheit gebührend Rechnung trage (Urk. 8/215 S. 54-55). 5. 2 .2

Zu den therapeutischen Vorschlägen (Urk. 8/215 S. 55-56) führten die Gutachter aus, bis zum Sommer 2017 sei lediglich eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit parallel geführter psychopharmakologischer Therapie erfolgt, mit stabilisierendem Effekt auf den Gesundheitszustand. Eine Intensivierung nach der Kurzhospitalisierung im August 2017 sei abgelehnt, eine teilstationäre Behandlung im August und September 2017 abgebrochen worden. Das Setting der zweimal monatlichen unterstützenden ambulanten Therapie bei Dr. Y. \_\_\_ in Genf müsse bezüglich Frequenz und Behandlungsfokus als nicht zweifelsfrei adäquat beurteilt werden. Eine intensiverte psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie mit Behandlungsfokus auf Frustrationstoleranz, Umgang mit Kränkung sowie Emotionsregulation und Stressbewältigung an einer geeigneten Institution stelle eine konsiderable Behandlungssituation dar. 5. 2 .3

Hinsichtlich der Konsistenz (Urk. 8/215 S. 56) hielten die Gutachter fest, es würden sich bezüglich des Aktivitätsniveaus Inkonsistenzen in verschiedenen Lebensbereichen zeigen. Es erstaune vor dem Hintergrund des als eintönig beschriebenen Tagesablaufes mit seltenem Verlassen der Wohnung, dass Ressourcen für eine zweimal monatliche Hin- und

Rückreise von Zürich nach Genf am selben Tag, mithin eine Abwesenheit von zuhause während acht Stunden, vor handen seien. Auch schaffe es die Beschwerdeführer in trotz berichteter vollkom men er Inaktivität einmal wöchentlich in Begleitung ihrer Tochter zum Baden in die L. \_\_\_ zu gehen, sie habe zudem ohne Pausen ein dreistündiges Explorationsgespräch problemlos bewältigt.

Die Überwindbarkeit der depressiven Symptomatik in diesen Situationen lasse sich im Rahmen der narzisstischen Persönlichkeitsstruktur interpretieren. Die Inkonsistenzen liessen sich im Rahmen des Narzissmus beurteilen und beruhten nicht vollständig auf Aggravation, sondern seien eher als Verdeutlichung zu betrachten, deren Ausmass krankheitsbedingt akzentuiert werde. 5. 2 .4

Mit Blick auf die Ressourcen (Urk. 8/215 S. 57) stellten die Gutachter fest, die Beschwerdeführerin zeige einen deutlichen Leidensdruck durch die Belastung im Rahmen der depressiven Symptomatik mit schwerer Antriebslosigkeit, Freudlosigkeit sowie depressiver Grundstimmung. Eine Quantifizierung der Einschränkung des Funktionsniveaus sei aber angesichts der beobachteten Inkonsistenzen und der nicht auszuschliessenden Selbstlimitierung nicht valide möglich. Als Res sourcen müssten aber die Fähigkeit, ihre Familie an sich zu binden, die Koopera tionsbereitschaft bezüglich Therapien, die Verkehrsfähigkeit und zusätzlich die Überwindbarkeit der depressiven Symptomatik und der Zuhilfenahme von positiv anmutender Anteilnahme durch ihre Töchter benannt werden. 5. 2 . 5

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/215 S. 58-59) hielten die Gutachter fest, es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit, welche vorwiegend auf die aktuell vorliegende Teamunfähigkeit im Rahmen der deutli chen Überforderung im sozialen Kontext zurückzuführen sei. Eine angepasste Tätigkeit müsse ein verständnisvolles und wertschätzendes Umfeld gewährleisten, ohne Team, ohne Druck, ohne subjektiv empfundenen Stress und ohne hohe kog nitive Anforderungen. Die Beschwerdeführerin benötige Pausen und ein geräuscharmes Umfeld. Die Arbeitsfähigkeit für das letzte Jahr betrage medizi nisch-theoretisch geschätzt 63.5 % , aktuell sei von einer Restarbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen . 5. 2 . 6

In Beantwortung der Zusatzfragen (Urk. 8/215 S. 60-64) stellten die Gutachter schliesslich fest, dass hinsichtlich des Aktivitätsniveaus Inkonsistenzen bestün den, welche eine valide Einschätzung des tatsächlichen Niveaus nicht ermöglic h t e n . Es bestünde ferner kein Abusus von Benzodiazepinen, allerdings deute der Medikamentenspiegel auf eine unzuverlässige Einnahme der Medikamente hin. Die Behandlung einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung sei schwierig, es sei ein langer Zeitraum von mindestens zwei Jahren notwendig. Vor diesem Hinter grund, und angesichts der Selbstlimitierung, sei das Erstellen eines Belastungs profils rein spekulativ.

Präzise Angaben über Dauer und Verlauf der depressiven Symptomatik seien aufgrund der Selbstlimitierung und Verdeutlichung unmöglich, es erscheine plausi bel, dass zu Beginn der Wiederanmeldung bei der Invalidenversicherung eine Akzentuierung stattgefunden habe. Dem von Dr. Y. \_\_\_ festgehaltenen Schwe regrad könne indes nicht gefolgt werden; auch die Hospitalisierungsdauer von fünf Tagen scheine für eine schwere depressive Episode recht kurz zu sein, zudem sei die Möglichkeit einer teilstationären Behandlung von der Beschwerdeführerin abgelehnt worden .

Die Beschwerdeführerin zeige zudem zweifelsfrei eine Selbstlimitierung, die eigenen Angaben über ihre Beschwerden würden mit der Klinik schlecht korrelieren, weshalb zumindest von einer Verdeutlichung ausgegangen werden müsse. Ohne Berücksichtigung ihrer Persönlichkeit würden verschiedene Indizien klar auf eine Aggravation hinweisen. Die neuropsychologischen Resultate liessen

überwiegend wahrscheinlich auf eine Selbstlimitierung schliessen, auch in der psychiatrischen Untersuchung zeigten sich Inkonsistenzen, welche nicht vollständig hätten aufgelöst werden können. Allerdings sei angesichts der mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorliegende n narzisstischen Persönlich keits stö rung die Frage zu stellen, inwieweit die Selbstlimitierung krankheitsbedingt sei. Dieser krankheits bedingte Anteil lasse sich nicht mit Sicherheit quantifizieren; es sei indes über wiegend wahrscheinlich, dass die Selbstlimitierung während der neuropsycholo gischen Untersuchung bewusst erfolg t sei und die Inkonsistenzen überwiegend w ahrscheinlich zum Teil bewusst erfolgt seien , ein anderer Teil durch Symptom aggravation aber möglicherweise krankheitsbedingt sei.

Folglich könne gesagt werden, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit das effektive Leistungsniveau besser sei, als das von der Beschwerdeführerin geschil derte. Unabhängig von Selbstlimitierung und Aggravation bestehe aber eine rezidivierende depressive Störung mit Krankheitswert, welche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe. 5. 3 5. 3 .1

Anlässlich der neuropsychologischen Begutachtung führte lic . phi l . D. \_\_\_\_

aus, die Beschwerdeführerin sei mit dem Taxi gekommen, da sie nach Fahrten mit dem öffentlichen Verkehr stets sehr erschöpft sei und seit fünf Jahren Angst habe, verfolgt oder beobachtet zu werden ; zudem habe sie Mühe mit dem Lärm. Auto fahre sie nur selten, da sie rasch nervös werde und Angst vor einer Panikattacke habe. Sie vermeide Stress, zuhause sei ihr Ruhe wichtig, draussen seien lediglich « blöde und aggressive Leute » . Die Beschwerdeführerin beklage Schwierigkeiten mit dem Kurzzeitgedächtnis und der Konzentration, psychisch gehe es ihr schlechter als vor fünf Jahren. Sie sei deprimiert, voller Wut, Ärger und Enttäuschung, sie habe keine einzige Freude auf der Welt, alles sei ihr gleich gültig. Zwei Suizidversuche seien nicht erfolgreich gewesen, ihre einzige Sorge sei das Befinden der jüngeren Tochter (Urk. 8/215 S. 68).

Die Beschwerdeführerin wirke freundlich und zugewandt, gebe differenziert und kohärent Auskunft. Sie sei affektiv schwingungsfähig, initial wirke sie dünn häutig, verhalte sich im Verlauf der Untersuchung aber gefasst. Sie habe Kreis laufschwierigkeiten geäussert und beim zweiten Termin Atemschwierigkeiten und Herzklopfen angegeben (Urk. 8/215 S. 69). 5. 3 .2

Hinsichtlich der Validität (Urk. 8/215 S. 73-74) stellte die Gutachterin fest, i m Rahmen der Testaufgaben habe die Beschwerdeführerin langsam und vordergrün dig anstrengungsbereit mitgearbeitet, es sei klinisch aber aufgefallen, dass sie bei gestuften Aufgaben teilweise für den einfachen Teil der Aufgabe das Mehrfache an Zeit benötigt habe als für den schwierigeren Teil der Aufgabe. Bei einer ein fachen Aufgabe zur selektiven Aufmerksamkeit sei es ihr trotz sieben statt eine m üblichen Lerndurchgang und trotz Hilfestellung nicht gelungen, die Aufgabe zu bewältigen.

In verschiedenen sensitiven Symptomvalidierungsaufgaben habe sich durchgän gig ein Profil gezeigt, welches überwiegend wahrscheinlich ausschliesslich mit nicht ausreichender

Anstrengungsbereitschaft erklärbar sei und weit über das zu erwartende Mass an neurokognitiven Nebenwirkungen bei schwerer depressiver Symptomatik oder kognitiven Nebeneffekten bei starken Schmerzen hinausgehe .

Der anlässlich des zweiten Termins erhöhte Pausenbedarf und das dadurch bedingte Ausfallprofil sei zu beiden Testzeitpunkten gleichermaßen hoch auffällig gewesen und verweise auf nicht ausreichende Leistungsbereitschaft; klinisch sei kein Zusammenhang zwischen der Angabe der sehr starken Beeinträchtigung und der Angabe hinsichtlich der schwankenden körperlichen Befindlichkeit beim zweiten Termin feststellbar gewesen. Die angegebenen Gedächtnisprobleme und die Verlangsamung würden aufgrund des Ausfallmusters nicht auf ein authentisches, genuines Abbild einer Hirnfunktionsstörung verweisen, sondern auf nicht authentische Beschwerdeangaben im kognitiven Leistungsbereich. Hinweise auf eine bewusste Simulation der Beschwerden seien nicht nachweislich, eine vorhandene Selbstlimitierung erscheine aber als überwiegend wahrscheinlich. 5. 3 .3

Zur Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/215 S. 74) führte die Gutachterin aus, aufgrund des als nicht authentisch geltenden Leistungsprofils seien keine weiteren Ableitungen mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeit möglich. 5. 3 .4

Im Rahmen ihrer Beurteilung (Urk. 8/215 S. 73-74) hielt die Gutachterin fest, es zeige sich an beiden Untersuchungsterminen ein sehr auffälliges Leistungsprofil und Leistungsverhalten, bei welchem die Authentizität des gezeigten Ausmasses an Leistungseinbussen stark in Frage gestellt sei. Innerhalb der Testabklärung ergäben sich deutliche Hinweise auf nicht ausreichende Bemühung und auf vorhandene Selbstlimitierung. Die gezeigten Beschwerden seien teilweise inkonsistent und die gezeigte Verlangsamung, die Gedächtnisschwierigkeiten und die Konzentrationsprobleme gingen weit über das Ausmass der zu erwartenden neurokognitiven Schwierigkeiten bei schwerer Depression und Schmerzproblematik hinaus. Eine bewusste Simulation sei nicht nachweislich, eine Selbstlimitierung aber überwiegend wahrscheinlich. 5. 4

In der Gesamtwürdigung kamen die Gutachter zum Schluss, es lägen nach ICD-10 zwei Hauptsymptome und drei Nebensymptome vor, weshalb sich die Diagnose einer aktuell mittelgradigen depressiven Episode bestätigen lasse, nicht jedoch eine schwere Depression mit psychotischen Symptomen. Darüber hinaus seien sieben bei fünf erforderlichen Kriterien nach DSM-5 für eine narzisstische Persönlichkeitsstörung erfüllt, weshalb der hochgradige Verdacht auf eine solche narzisstische Persönlichkeitsstörung resultiere. Im Rahmen der Neuropsychologie zeige sich ein nicht authentisches Leistungsprofil sowie eine Selbstlimitierung bei psychischer Erkrankung. Die angegebenen Gedächtnisprobleme und die Verlangsamung würden auf nicht authentische Beschwerdeangaben im kognitiven Leistungsbereich verweisen. Hinweise auf eine bewusste Simulation seien nicht nachweislich, eine vorhandene Selbstlimitierung erscheine indes als überwiegend wahrscheinlich (Urk. 8/215 S. 4-5).

Nach übereinstimmender Auffassung schränke die depressive Symptomatik die Arbeitsfähigkeit grundsätzlich ein, durch vermindertes Durchhaltevermögen aufgrund höherer Ermüdbarkeit, langsames Arbeitstempo aufgrund Antriebschwäche sowie verminderter Konzentrationsfähigkeit. Bereits in der psychiatrischen Untersuchung sei der Eindruck möglicher Inkonsistenzen entstanden, die bedeutungsvollste Inkonsistenz habe sich aber in der neuropsychologischen Untersuchung gezeigt. Es könne ohne Spekulation

folglich nur festgehalten werden, dass das effektive Funktionsniveau nicht valide bestimmt werden könne, dass es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aber besser sei als dasjenige, das die Beschwerdeführerin selbst angebe (Urk. 8/215 S. 5-6).

Wichtig zu betonen sei, dass nicht davon ausgegangen werden dürfe, dass die Beschwerdeführerin bewusst simuliere, um sich Vorteile zu verschaffen, sondern dass sie wirklich davon überzeugt sei, vom Leben bestraft und gebrochen worden zu sein. Die überwiegend wahrscheinlich bewusste Selbstlimitierung sei verbunden mit der Persönlichkeitsstörung und vergrößere deren Ausmass (Urk. 8/215 S. 7).

Belastungsfaktoren seien vor allem subjektiv vorhanden, auch wenn sich objektiv ein sozialer Rückzug, eine mangelnde Tagesstruktur und wenig stimulierende Ereignisse zeigen würden; auch hier bleibe die Frage offen, ob das zurückgezogene Leben vollständig eine bewusstseinsferne Folge der narzisstischen Kränkung sei. Ressourcen seien in Form der Hilfe durch die Tochter und den Ehemann vorhanden (Urk. 8/215 S. 7).

Hinsichtlich der Konsistenz habe sich die offensichtlichste Inkonsistenz im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung gezeigt, so dass das Leistungsprofil nicht verwertbar und die subjektive Skalierung der depressiven Beschwerden einen Wert erreicht habe, welcher mit der Klinik überhaupt nicht in Einklang zu bringen sei. Auch im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung hätten sich Inkonsistenzen gezeigt, so dass zusammenfassend deutliche Inkonsistenzen bestünden. Die Beschwerdeführerin zeige zweifelsfrei eine Selbstlimitierung, weshalb folglich zumindest von einer Verdeutlichung ausgegangen werden müsse. Ohne Berücksichtigung der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin würden verschiedene Indizien klar auf eine Aggravation hinweisen, vor dem Hintergrund der narzisstischen Persönlichkeitsstörung stelle sich aber die Frage, inwieweit die Selbstlimitierung krankheitsbedingt sei. Dies könne jedoch nicht mit letzter Sicherheit quantifiziert werden, weshalb überwiegend wahrscheinlich sei, dass die Selbstlimitierung während der neuropsychologischen Untersuchung bewusst erfolgt sei. Zudem sei überwiegend wahrscheinlich, dass die Inkonsistenzen zum Teil auf eine bewusste Selbstlimitierung zurückzuführen seien, ein anderer Teil durch Symptomaggravation aber möglicherweise krankheitsbedingt sei. Abschliessend könne festgehalten werden, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit das effektive Leistungsniveau besser sei, als das von der Beschwerdeführerin geschilderte. Indes bestehe unabhängig von Selbstlimitierung/Aggravation eine rezidivierende depressive Störung, welche Krankheitswert besitze und sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (Urk. 8/215 S. 7-8).

In der bisherigen Tätigkeit liege die Arbeitsunfähigkeit bei 100 %, in einer entsprechend angepassten Tätigkeit liege die Arbeitsfähigkeit bei 63.5 %, bezogen auf das letzte Jahr. Dabei sei diese Einschätzung medizinisch-theoretisch zu verstehen, da aufgrund der vorstehend erwähnten Faktoren eine valide Bestimmung der Gesamtarbeitsfähigkeit nicht möglich sei (Urk. 8/215 S. 9).

Schliesslich sei das aktuelle Therapiesetting nicht zielführend; die zugrundeliegende Persönlichkeitsproblematik sollte spezifischer und hochfrequenter angegangen werden, allenfalls sogar in einem stationären oder teilstationären Programm (Urk. 8/215 S. 9). 6. 6.1

Im Anschluss an die Erstattung des Gutachtens durch die A.\_\_\_\_ wurden nachfolgende weitere medizinische Unterlagen zu den Akten gelegt. 6. 2

Im Bericht des E.\_\_\_\_ vom 6. Juli 2018 (Urk. 8/233) hielt Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Radiologie und Neuroradiologie, fest, neu sei bei der Beschwerdeführerin ein Anuluseinriss (Riss des äusseren Bandscheibenringes) links im Intervertebralkanal aufgetreten, daneben bestehe eine geringe Facettenarthrose der unteren Lendenwirbelsäule sowie eine geringe arthrotische Apposition (Auflagerung) des linken Iliosakralgelenkes (Kreuz-Dammbein-Gelenk) ohne Entzündung. 6. 3

Dr. F.\_\_\_\_ stellte in ihrem Verlaufsbericht vom 19. November 2018 (Urk. 8/238) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode (ICD-10 F33.11), sowie eine Fibromyalgie. Seit Ende Juni 2018 leide die Beschwerdeführerin an lumbalen Schmerzen linksbetont sowie seit ungefähr August 2018 vermehrt an Kopfschmerzen. Somatisch sei ihre Leistungsfähigkeit um mindestens 80% vermindert, die Prognose bezüglich Arbeitsfähigkeit sei eher schlecht, zumal sie durch medizinische Massnahmen nicht verbessert werden könne. Unter den Faktoren, welche die Krankheit aufrechterhalten, führte Dr. F.\_\_\_\_ eine Ehe-Krisensituation auf.

Im in der Beilage enthaltenen MRT-Bericht vom 22. Oktober 2018 (Urk. 8/238 S. 5) hielt Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Radiologie und Neuroradiologie, fest, die Beschwerdeführerin leide an keinem Hirntumor und verfüge, abgesehen von einzelnen neuen Gliosen (erhöhte Anzahl von Gliazellen in einem geschädigten Bereich des Zentralnervensystems oder des Gehirns), welche migräneassoziiert sein könnten, ansonsten über ein unauffälliges Zerebrum ohne Mikroblutungen oder Blutungsresiduen. 6. 4

Dr. Y.\_\_\_\_ hielt in seinem Verlaufsbericht vom 9. Februar 2019 (Urk. 8/240) fest, die Beschwerdeführerin leide an einer rezidivierenden Depression, gegenwärtig schwere Episode, mit psychotischen Symptomen. Sie breche oft in Tränen aus, leide unter ausgewiesenen Ängsten, habe Konzentrationsschwierigkeiten. Darüber hinaus leide sie unter Verfolgungsängsten und Wahrnehmungsstörungen mit akustischen und visuellen Halluzinationen, Einschlaf- und Durchschlafstörungen. Sie leide unter erhöhter Müdigkeit, einem verminderten Selbstwertgefühl und einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit. Er stellte die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3) - Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F60.9)

Die Beschwerdeführerin verfüge über sehr wenige Ressourcen, sei seit vielen Jahren nicht mehr aktiv und habe Schwierigkeiten bei der Erledigung des Haushaltes. Die Beschwerdeführerin sei deshalb angestammt und angepasst zu 100% arbeitsunfähig, die Prognose sei diesbezüglich nicht gut. 6. 5

Die Beschwerdeführerin reichte schliesslich mit Eingabe vom 23. September 2019 zwei weitere medizinische Unterlagen zu den Akten (Urk. 11/1-2). 6. 5 .1

Dr. F.\_\_\_\_ hielt am 29. August 2019 (Urk. 11/1) zum Krankheitsverlauf seit November 2018 fest, die Beschwerdeführerin leide seit Jahren unter chronischen Kopfschmerzen vom Spannungstyp, die Beschwerden hätten seit Anfang 2019 deutlich zugenommen. In einer neurologischen Untersuchung habe eine organische Ursache jedoch ausgeschlossen werden können. Zudem leide die Beschwerdeführerin zunehmend an generalisierten Gelenkbeschwerden, insbesondere am Knie links, den Knöcheln beidseits sowie den

kleinen Fingergelenken.

Im beigelegten MRT- Bericht vom 27. August 2019 (Urk. 11/1 S. 2) hielt Dr. med. O.\_\_\_\_ , Fachärztin FMH für Radiologie, fest, abgesehen von einem geringen Knorpelschaden hinter der Kniescheibe und einem geringen Kniegelenkerguss seien Menisken und Kollateralbänder regelrecht.

Dr. med. P.\_\_\_\_ , Fachärztin FMH für Neurologie, stellte im beigelegten Bericht vom 5. August 2019 (Urk. 11/1 S. 3-4) folgende Diagnosen: - Verdacht auf chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp, zusätzlich Verdacht auf Medikamenten-Übergebrauchs-Kopfschmerz (MÜKS) - Subjektiv Angabe einer Kurzzeitgedächtnis- und Konzentrationsschwäche - Ätiologisch unklare subkortikale Marklagerveränderungen über die Altersnorm hinausgehend (Lumbalpunktion bislang nicht erfolgt)

Dr. P.\_\_\_\_ hielt weiter fest, es habe sich bestätigt, dass die Beschwerdeführerin unter chronischen Kopfschmerzen vom Spannungstyp leide. Sie sei über den Zusammenhang mit einem möglichen MÜKS aufgeklärt worden. Der Schwindel sei als unspezifisches Begleitphänomen zu werten, insgesamt erscheine die gesamte Symptomatik im Rahmen der psychiatrischen Grunderkrankung stark überlagert. Eine primär progrediente Multiple Sklerose bei aktuell unauffälligem Neurostatus und langjährigem Verlauf sei praktisch ausgeschlossen. 6. 5. 2

Dr. Y.\_\_\_\_ hielt in seinem Schreiben vom 2. September 2019 (Urk. 11/2) an seinen im Verlaufsbericht vom 9. Februar 2019 (Urk. 8/240) gestellten Diagnosen fest. Weiter habe sich der psychische Zustand der Beschwerdeführerin seit dem Verlaufsbericht verschlechtert; sie zeige eine deutliche Verschlechterung ihres depressiven Zustandes, habe wiederholte Panikattacken und Selbstmordgedanken gehabt und versucht, sich mit Medikamenten umzubringen. Darüber hinaus habe sie Verhaltensprobleme und werde verbal aggressiv gegenüber ihren Mitmenschen. Aus diesem Grund habe er die Frequenz der monatlichen Konsultationen von zwei auf drei und auch die telefonischen Konsultationen erhöht. Dr. Y.\_\_\_\_ stellte folgende aktuelle Diagnosen: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3) - Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst; ICD-10 F41.0)

Abschliessend hielt Dr. Y.\_\_\_\_ fest, er bestreite den im Gutachten vom 19. April 2018 (Urk. 8/215) festgehaltenen Befund einer mittelgradigen depressiven Störung, da die depressiven Symptome minimalisiert worden seien. Der Zustand der Beschwerdeführerin habe sich wie dargelegt verschlechtert, ihre Entwicklung sei ungünstig und ihre Prognose sei nicht gut. Aufgrund ihres schweren depressiven Zustandes und ihrer multiplen somatischen Schmerzen sei sie völlig unfähig, ihren sozialen, beruflichen und häuslichen Aktivitäten nachzugehen; ihre Arbeitsfähigkeit liege bei 0 %, sowohl angestammt als auch angepasst. 7. 7. 1

Das von Dr. B.\_\_\_\_ , Dr. C.\_\_\_\_ und lic. phil. D.\_\_\_\_ erstattete Gutachten vom 19. April 2018 (Urk. 8/215) basiert auf allseitigen psychiatrischen und neuropsychologischen Untersuchungen, auf der Blutspiegelkontrolle vom 23. Januar 2018 sowie auf den zur Verfügung gestellten Akten (Urk. 8/215 S. 2, 25 und 67). Es ist für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend (Urk. 8/215 S. 58-64 und 74), erging in Kenntnis und in

## Auseinandersetzung mit den Vorakten

(Urk. 8/215 S. 11-17 ), berücksichtigt die geklagten Beschwerden (Urk. 8/215 S. 37-40 und 67-68) und setzt sich mit diesen und dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander (Urk. 8/215 S. 45-49 und 69). Unsicherheiten wurden durch die Gutachter deutlich gemacht (Urk. 8/215 S. 6, 8, 62, 64 und 74 ). Sowohl die Diagnosen als auch die aus medizinischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden dargelegt und nachvollziehbar erläutert (Urk. 8/215 S. 49-52, 57 und 74), weshalb das Gutachten die formellen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Expertise grundsätzlich erfüllt (vgl. vorstehend E. 1.4). 7.2

In der RAD-Stellungnahme vom 27. April 2018 hielt Dr. med. Q.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, zertifizierte medizinische Gutachterin, zunächst fest, in der Konsensbeurteilung werde angegeben, dass zwei Haupt- und drei Nebensymptome für eine depressive Erkrankung gemäss ICD-10 vorlägen, weshalb eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden sei. Gemäss ICD-10 seien jedoch mindestens zwei Haupt- und vier Nebensymptome, insgesamt also sechs Symptome für eine solche Diagnose gefordert. Aus diesem Grund könne nur von einer leichtgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.0) ausgegangen werden, wobei nicht klar beantwortet werden könne, ob es sich dabei um eine rezidivierende depressive Störung handle (Urk. 8/220 S. 6).

Bei der Diagnose Verdacht auf narzisstische Persönlichkeitsstörung (DSM 5 F60.81), Differentialdiagnose narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung, handle es sich weiter nicht um einen invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden. Eine Persönlichkeitsstörung könne zudem ausgeschlossen werden, da zwar eine schwierige Kindheit und Jugend, jedoch keine groben Auffälligkeiten seitens der Beschwerdeführerin beschrieben worden seien, was indes nach ICD-10 ein notwendiges Kriterium für diese Diagnose darstelle (Urk. 8/220 S. 6).

In der Konsensbeurteilung werde zudem diskutiert, ob es sich um Verdeutlichung oder Aggravation handeln könnte. Wenn jedoch Symptome wie visuelle oder akustische Halluzinationen geäußert würden, die nicht vorhanden seien, könne nicht mehr von einer Aggravation tatsächlicher Symptome, sondern müsse von einer Simulation ausgegangen werden (Urk. 8/220 S. 6).

Bei der Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität werde diskutiert, dass die beschriebenen Inkonsistenzen im Rahmen des Narzissmus zu beurteilen und des halb eher als Verdeutlichung zu betrachten seien. Dieser Aussage könne nicht gefolgt werden, da geschilderte Symptome, welche nicht vorhanden seien, nicht als Verdeutlichung angesehen werden könnten, weshalb auch eine Aggravation ausgeschlossen sei und es sich folglich nur um Simulation handeln könne. Diese sei aber keine krankheitsbedingte Verhaltensweise. Vor diesem Hintergrund und vor dem Hintergrund, dass die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht nachvollziehbar sei, könne die genannte Arbeitsunfähigkeit von 100 % angestammt und von 37.5 % angepasst absolut nicht nachvollzogen werden. Mit einem starken (psychiatrisch) bis sicheren (neuropsychologisch) Verdacht auf Aggravation, eventuell sogar Simulation, könne keine Aussage bezüglich eines Gesundheitsschadens gemacht werden (Urk. 8/220 S. 6-7). 7.3

Zur Stellungnahme von

Dr. Q.\_\_\_\_ ist zunächst festzuhalten, dass nach ICD-10 für eine mittelgradige depressive Episode bloss mindestens zwei Haupt- und mindestens drei (besser vier) Nebensymptome verlangt werden (vgl. Dilling / Mombour /Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. Auflage, Bern 2015, S. 173) , was vorliegend von den psychiatrischen Gutach tern bestätigt wird (Urk. 8/215 S. 4) . Vor diesem Hintergrund kann beim Vorlie gen zweier Haupt- und dreier Nebensymptome eine mittelgradige depressive Epi sode zumindest nicht von vornherein ausgeschlossen werden. Darüber hinaus kommt es nicht in erster Linie auf die Diagnose an, entscheidend ist vielmehr, ob die Beschwerden zu einer ausgewiesenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit führen (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 9C\_501/2008 vom 15. Juli 2008 E. 2.2.1 ) .

Hinsichtlich der narzisstischen Persönlichkeitsstörung, Differentialdiagnose nar zisstische Persönlichkeitsakzentuierung, ist anzumerken, dass es sich dabei in der Tat um eine n  
blosse n

Verdacht handelt, allerdings um einen hochgradigen und ausführlich begründeten Verdacht (Urk. 8/215 S. 50-51) , welcher gemäss Gutach ten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hat (Urk. 8/215 S. 58 ) und folglich nicht unberücksichtigt bleiben kann.

Was die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung an sich angeht, ist darauf hinzuweisen, dass eine psychi atrische Exploration dem begutachtenden Psychiater praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet , innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Gutachter lege artis vorgegangen ist (BGE 145 V 361 E. 4.1.2).

Schliesslich vermögen auch die Ausführungen Dr. Q.\_\_\_\_ s bezüglich eines starken bis sicheren Verdachtes auf Aggravation und der Unmöglichkeit, deshalb eine Aussage bezüglich eines Gesundheitsschaden s zu treffen, das Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen, zumal die Gutachter explizit darauf hinweisen, dass ungeachtet von Aggravation oder Selbstlimitierung eine depressive Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege (Urk. 8/ 215 S. 6, 8 und 64 ) . 8 . 8 .1

Folglich ist durch Gegenüberstellung der medizinischen Unterlagen zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im entscheiderelevanten Referenzzeitraum seit der Verfügung vom 19. Oktober 2009 ( Urk. 8/131 ) in an spruchsbegründender Weise verändert hat. 8 .2

Aufgrund des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abwei chenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Befunde , mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 9C\_244/2017 vom 26. Oktober 2017 E. 4.2.2). Je höher dabei das medizinische Ermessen bei der Diagnosestellung und der ärzt lichen Einschätzung der Funktionseinschränkung ist, desto wichtiger ist es, den gutachtlichen Befund einer Veränderung möglichst solide auf klinische Feststel lungen, gutachterliche Verhaltensbeobachtungen und anamnestische Daten zu stützen und diese Elemente in Relation zu den medizinischen Vorakten und den dort gesetzten Anknüpfungstatsachen zu bringen. Nur so kann einem Gutachten hinreichend zulässig entnommen werden, dass die beschriebene Differenz nicht wesentlich einer unterschiedlichen Wertung zuzuschreiben ist (Urteil des Bundes gerichts 9C\_418/2010 vom

29. August 2011 E. 4.4). Bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art genügen folglich nicht als Beweisgrundlage zur Abgrenzung zwischen einer effektiv eingetretenen und einer bloss angenommenen Veränderung. Dagegen ist eine tatsächliche Änderung hinreichend gestützt, wenn der ärztliche Sachverständige aufzeigt, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zur neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störung geführt haben (Urteil des Bundesgerichts 9C\_244/2017 vom 26. Oktober 2017 E. 4.2.2). 8.3

Dem interdisziplinären Untersuchungsbericht vom 8. Juni 2006 (Urk. 8/92) stehen das Gutachten vom 19. April 2018 (Urk. 8/215) sowie die nach Erstattung des Gutachtens zu den Akten gelegten medizinischen Unterlagen gegenüber (vorstehend E. 6). 8.3.1

Mit Blick auf die somatischen Beschwerden ist folgendes festzuhalten: Die von Dr. F.\_\_\_\_ im Verlaufsbericht (Urk. 8/238) diagnostizierte Fibromyalgie sowie die unter den Befunden angegebenen Schmerzen im Bereich der Lendenwirbel

wurden

bereits im Untersuchungsbericht vom 8. Juni 2006 (Urk. 8/92) berücksichtigt. Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ hielten diesbezüglich fest, die Beschwerdeführerin leide an Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule, der Schultern, der Handgelenke, der Knie und der Knöchel, schlossen indes eine entzündliche rheumatische Erkrankung, ebenso wie eine neurologische Erkrankung aus (Urk. 8/92 S. 3, 6-8).

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellten sie als Diagnose Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet (ICD-10 M54.9; Urk. 8/92 S. 5), und attestierten der Beschwerdeführerin somatisch eine 50%ige Arbeitsfähigkeit angestammt sowie eine 100%ige Arbeitsfähigkeit angepasst (Urk. 8/92 S. 10). Vor diesem Hintergrund ist aus somatischer Sicht keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ersichtlich, was umso mehr gilt, als Dr. F.\_\_\_\_

in ihrem Verlaufsbericht gerade von einem unveränderten Zustand seit 2003 ausgeht.

An diesem Umstand vermag auch der von der Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 23. September 2019 – und folglich nach Verfügungserlass

– eingereichte Bericht von

Dr. F.\_\_\_\_ (Schreiben vom 29. August 2019 [Urk. 11/1]; MRT-Bericht vom 27. August 2019 [Urk. 11/1 S. 2]; Bericht von Dr. med. P. \_\_\_\_

vom 5. August 2019 [Urk. 11/1 S. 3-4])

nichts zu ändern, zumal Schmerzen im Nacken, Schulterbereich, den Handgelenken, den Knien und den Knöcheln wie vorstehend erwähnt bereits im Jahr 2006 bestanden und aus dem Schreiben von Dr. F.\_\_\_\_

nicht ersichtlich ist, inwiefern sich diese im Vergleich zum damaligen Zustand verschlechtert hätten. Im Übrigen ist daran zu erinnern, dass für das Sozialversicherungsgericht in der Regel derjenige Sachverhalt massgebend ist, der zur Zeit des Erlasses der angefochtenen Verfügung gegeben war. Tatsachen, welche diesen Sachverhalt seither verändert haben, sollen Gegenstand einer neuen Verfügung bilden (vgl. BGE 130 V 138 E. 2.1). 8.3.2

In psychiatrischer und neuropsychologischer Hinsicht attestierten Dr. B.\_\_\_\_ , Dr. C.\_\_\_\_ und lic . phil. D.\_\_\_\_

im Gutachten vom 19. April 2018 (Urk. 8/215) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidi vierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) , sowie einen hochgradigen Verdacht auf eine narzisstische Persönlichkeitsstörung (DSM 5 F60.81), differentialdiagnostisch akzentuierte Persönlichkeitszüge ( Urk. 8/215 S. 5 ) . Sie attestierten der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeits unfähigkeit angestammt sowie eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 63.5 % angepasst (Urk. 8/215 S. 8-9). Demgegenüber diagnostizierten Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ im Untersuchungsbericht vom 8. Juni 2006 (Urk. 8/92) keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, son dern eine Dysthymie und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( Urk. 8/92 S. 5).

Die psychiatrischen Gutachter, Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ , legen in ihrem Gutach ten ausführlich dar, aus welchen Gründen sie die Diagnose einer aktuell mittel gradigen depressiven Episode stellen (Urk. 8/215 S. 4, vgl. auch S. 46-49) und inwiefern sich diese Diagnose auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirkt (Urk. 8/215 S. 5-6).

Auch wenn sich die Gutachter nicht mit dem Unter suchungsbericht aus dem Jahr 2006 auseinandergesetzt haben, ein konkretes Aufzeigen, ob und inwiefern sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführe rin seit der Untersuchung im Juni 2006 effektiv verschlechtert hat und wie sich diese Verschlechterung auf ihre Arbeitsfähigkeit auswirkt, also fehlt, geht aus dem bisher Gesagten dennoch hervor, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in psychiatrischer Hinsicht verschlechtert hat : So hielten Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ fest, die Beschwerdeführerin wirke leicht angespannt, leide unter verminderter Aktivität und Libido, habe Schlafstörungen und Unzu länglichkeits - und Schuldgefühle. Indes mache sie keinen depressiven Eindruck ;

sie weine nicht, habe keine Suizidgedanken, wirke nicht traurig, aber auch nicht fröhlich. E s bestehe kein sozialer Rückzug und sie könne ihren eigenen Alltag organisieren . Keines dieser Symptome sei ausgeprägt genug, um eine Arbeitsun fähigkeit zu rechtfertigen , weshalb sie eine Dysthymie ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten

(vgl. vorstehend E. 4.3.2) . Im Gegenzug führten Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin wirke psychomotorisch deutlich eingeschränkt und passiv, eingengt auf die ihr widerfahrenen negativen Lebensereignisse und leide unter ausgeprägten Schlafstörungen sowie unbestän digem Essverhalten. Sie habe zwei Suizidversuche unternommen, imponiere deut lich depressiv und vergiesse während der Untersuchung viele Tränen. Zudem bestünden ein deutlicher sozialer Rückzug , eine mangelnde Tagesstruktur und wenig stimulierende Ereignisse . Die depressive Symptomatik schränke die Arbeitsfähigkeit ein, hauptsächlich aufgrund eines verminderten Durchhaltever mögens wegen höherer Ermüdbarkeit, eines langsamen Arbeitstempas aufgrund der Antriebsschwäche und der verminderten Konzentrationsfähigkeit (vgl. vor stehend E. 5.2.1 und E. 5.4 ). 8.3. 3

Dr. Y.\_\_\_\_ stellte in seinem Verlaufsbericht vom 9. Februar 2019 (Urk. 8/240) im Wesentlichen dieselben Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wie bereits in seinem Arztbericht vom 16. Mai 2017 (Urk. 8/186 [rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen, ICD-10 F33.3; generalisierte

Angststörung, ICD-10 F41.1; persistierende somatoforme Schmerzstörung, ICD-10 F45.4]; zusätzlich diagnostizierte er eine nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.9). An diesen Diagnosen hielt er in seinem Schreiben vom 2. September 2019 (Urk. 11/2) mehrheitlich fest. Hingegen diagnostizierte er keine nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung mehr, sondern neu eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst; ICD-10 F41.0). Er führte zudem aus, er habe die Frequenz der monatlichen Konsultationen in Genf von zwei auf drei und auch die telefonischen Konsultationen erhöht, zudem bestreite er den im Gutachten vom 19. April 2018 (Urk. 8/215) festgehaltenen Befund einer mittelgradigen depressiven Störung, da die depressiven Symptome minimalisiert worden seien. Abschliessend erklärte er, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich verschlechtert, ihre Arbeitsfähigkeit liege bei 0 %, sowohl angestammt als auch angepasst.

Den beiden psychiatrischen Berichten von Dr. Y.\_\_\_\_ sind keine weiteren Erkenntnisse zu entnehmen, zumal Dr. Y.\_\_\_\_ bereits im Jahr 2017 bei nahezu denselben Beschwerden von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin ausging und sich die Gutachter mit diesen Diagnosen bereits ausführlich auseinandersetzten und diese widerlegten (Urk. 8/215 S. 51-52). Mit Blick auf die Panikstörung ist im Übrigen anzumerken, dass diese nach ICD-10 wahrscheinlich sekundäre Folge einer Depression ist, sofern eine solche diagnostiziert wird (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt, a.a.O., S. 196-198). 8.4

Zusammenfassend

ist von einer Verschlechterung des psychischen, nicht aber des somatischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin seit der Verfügung vom 19. Oktober 2009

auszugehen, weshalb ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG vorliegt. 9.9.1. 9.1.1

Zu prüfen bleibt nach dem Gesagten, ob der psychiatrisch attestierten Arbeitsunfähigkeit eine Schätzung im Gutachten zu folgen ist, weshalb die gutachterlich diagnostizierten psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 143 V 418 zu unterziehen

sind (vgl. vorstehend E. 1.3.2 und 1.3.3). 9.1.2

Rechtsprechungsgemäss liegt regelmässig kein versicherter Gesundheitsschaden vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht. Dies trifft namentlich zu, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen oder Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1, BGE 131 V 49 E. 1.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9 C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.1).

Eine auf Aggravation oder vergleichbaren Konstellationen beruhende Leistungseinschränkung vermag einen versicherten Gesundheitsschaden nicht leichthin auszuschliessen, sondern nur, wenn im Einzelfall Klarheit darüber besteht, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.2 ; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8 C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 6.1 und 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2).

Steht fest, dass eine anspruchsausschliessende Aggravation oder ähnliche Konstellation im Sinne der Rechtsprechung gegeben ist, erübrigt sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.2; Urteil des Bundesgerichts 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.4). 9.1.3

Liegt hingegen kein Ausschlussgrund vor, so prüfen die Rechtsanwender nach BGE 144 V 50 E. 4.3 die medizinischen Angaben insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Anlässlich der Beweiswürdigung obliegt es dem Rechtsanwender zu überprüfen, ob im konkreten Fall ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei den medizinischen Einschätzungen berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte. Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkung einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. 9.2 9.2.1

Hinsichtlich allfälliger Ausschlussgründe wiesen die Gutachter ausdrücklich darauf hin, dass nicht davon ausgegangen werden dürfe, die Beschwerdeführerin simuliere bewusst, um Vorteile zu ergattern. Die überwiegend wahrscheinlich bewusste Selbstlimitierung sei mit der Persönlichkeitsstörung verbunden, welche das Ausmass der Selbstlimitierung vergrössere (Urk. 8/215 S. 6-7). Die Frage der Aggravation müsse denn auch sorgfältig beantwortet werden. Angesichts des Umstandes, dass die geklagten Beschwerden mit der Klinik schlecht korrelierten, müsse zumindest von einer Verdeutlichung ausgegangen werden. Ohne Berücksichtigung der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin würden verschiedene Indizien klar auf eine Aggravation hinweisen, allerdings lasse sich der krankheitsbedingte Anteil der Selbstlimitierung nicht mit letzter Sicherheit quantifizieren. Es sei indes überwiegend wahrscheinlich, dass die Selbstlimitierung anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung bewusst erfolgt sei und die beobachteten Inkonsistenzen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit teilweise auf eine bewusste Selbstlimitierung zurückzuführen seien, ein anderer Teil aber möglicherweise krankheitsbedingt sei. Aus diesem Grund sei überwiegend wahrscheinlich, dass das effektive Leistungsniveau der Beschwerdeführerin besser sei, als das von ihr geschilderte (Urk. 8/215 S. 7-8).

Vor diesem Hintergrund kann indes gerade nicht gesagt werden, dass die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten wurden, zumal die Gutachter das aggravatorische Verhalten mindestens teilweise auf die über wiegend wahrscheinliche narzisstische Persönlichkeitsstörung der Beschwerdeführerin

zurückführen, nach gutachterlicher Beurteilung die Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation folglich nicht eindeutig überwiegen. 9.2.2

Im Komplex «Gesundheitsschaden» in der Kategorie «funktioneller Schweregrad»

diagnostizierten die psychiatrischen Gutachter eine mittelgradige rezidivierende depressive Störung. Sie hielten fest, die Beschwerdeführerin sei psychomotorisch deutlich eingeschränkt und passiv, in kognitiver Hinsicht ergäben sich Hinweise auf Gedächtniseinbußen, welche allerdings anlässlich des drei Stunden dauernden Gespräches ohne Pausen nicht hätten objektiviert werden können. Im formalen Denken imponierte die Beschwerdeführerin eingeengt auf die ihr widerfahrenen negativen Lebensereignisse sowie die als traumatisch empfundene Ehe und die interaktionellen Schwierigkeiten mit verschiedenen Mitgliedern ihrer Ursprungsfamilie. Sie benenne situationsassoziierte Panikattacken, Angst vor Krankheiten, der Zukunft und vor Kontrollverlusten sowie akustische und visuelle Pseudohalluzinationen; diese Begebenheiten würden jedoch ohne wesentliche emotionale Beteiligung (insbesondere Angst) geschildert, auch die Schilderung der Antriebseinschränkungen wirke nicht ganz nachvollziehbar. Die Gutachter konnten keine Hinweise auf Auffassungsstörungen,

Ich-Störungen, Fremdbeeinflussungserlebnisse oder auf Zwangsgedanken explorieren, trotz subjektiv berichteten Zwangshandlungen. Die Pseudohalluzinationen erfüllten zudem nicht die Kriterien für einen Wahn oder Halluzinationen. Die Beschwerdeführerin imponiere affektiv deutlich depressiv, vergiesse viele Tränen, beschreibe eine persistierende depressive Grundstimmung mit vorhandener Freudlosigkeit.

Sie berichte über Reuegefühle, obwohl sich anlässlich der Untersuchung keine deutlichen Hinweise auf ausgeprägte Schuldgefühle oder Selbstvorwürfe ergäben. Die deutliche Vermeidung von sozialen Kontakten und die Sedierung mittels Benzodiazepinen liessen auf eine insuffiziente Selbstregulation der empfundenen aggressiven Impulse schliessen. Es träten ausgeprägte Durchschlafstörungen auf, es bestünden negative Zukunftsperspektiven und ein subjektiv als zerstört beschriebenes Selbstvertrauen. Aktuell distanziere sie sich deutlich und glaubhaft von akuter Suizidalität, berichte jedoch von vorhandenen passiven Todeswünschen

( Urk. 8/215 S. 45-49 und 52 ).

Die neuropsychologische Gutachterin hielt fest, die Beschwerdeführerin sei affektiv schwingungsfähig, wirke initial dünnhäutig, im Laufe der Untersuchung aber gefasst. Im Rahmen der Testaufgaben habe sie langsam und vordergründig angestrengt mitgearbeitet, das Instruktionsverständnis sei mehrheitlich unauffällig gewesen ( Urk. 8/215 S. 69 ). Die angegebenen Gedächtnisprobleme und die Verlangsamung würden aufgrund des Ausfallmusters auf nicht authentische Beschwerdeangaben im kognitiven Leistungsbereich verweisen. Es habe sich zu dem an beiden Untersuchungsterminen

ein sehr auffälliges Leistungsprofil und Leistungsverhalten gezeigt, bei welchem die Authentizität des gezeigten Ausmasses an Leistungseinbußen stark in Frage gestellt sei. Es ergäben sich deutliche Hinweise auf nicht ausreichende Bemühung anlässlich der

Testabklärung und auf vorhandene Selbstlimitierung ( Urk. 8/215 S. 73-74 ).

Hinsichtlich des Indikators « Behandelungs - und Eingliederungs erfolg oder - resis tenz »

ist festzuhalten, dass sich die Beschwerdeführerin seit Ende 2011 in einer supportiven ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit parallel geführter psychopharmakologischer Therapie bei Dr. Y.\_\_\_\_ befindet . Eine Intensivierung der Therapie wurde nach einer Kurzhospitalisation im August 2017 von der Beschwerdeführerin abgelehnt, eine teilstationäre Behandlung auf grund subjektiv erlebter Zustands bild ver schlech te rung mit erhöhter Stressanfälligkeit und gereizter Stimmungslage nach einer guten Woche abgebrochen. Die Gutachter erachteten die bisherige Behandlung bei Dr. Y.\_\_\_\_

als nicht zielführend; vielmehr sei eine spezifische auf die Persönlichkeitsproblematik ausgerichtete höherfrequentierte Therapie anzuschlagen, allenfalls in stationäre m oder teilstationärem Programm, wobei die Prognose aktuell nicht abschätzbar sei (Urk. 8/215 S. 55-56 ). Vor diesem Hintergrund kann nicht von einer Behandelungs - oder Eingliederungsresistenz ausgegangen werden.

Bezüglich des Indikators «Komorbiditäten» ist anzumerken, dass keine rechtlich bedeutsamen Komorbiditäten festgestellt wurden. Die aktenanamnestisch diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung bleibt in ihrer Ausprägung ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/215 S. 50) .

Angesichts der als mittelgradig diagnostizierten Depression und der fehlenden Behandlungsresistenz ist nach dem Gesagten nicht auf eine besonders schwere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde zu schliessen . 9 .2. 3

Was die im Komplex

« Persönlichkeit »

zu prüfenden Merkmale (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktion) anbelangt, hielten die psychiatrischen Gutachter fest, dass ein hochgradiger Verdacht auf eine narzisstische Persönlichkeitsstörung vorliege, differential diagnostisch erwogen sie akzentuierte narzisstische Persönlichkeitszüge (Urk. 8/215 S. 49). Die narzisstisch geprägte Persönlichkeitsgrundstruktur

zeige sich in einer erhöhten Anspruchshaltung gegenüber dem nahestehenden Bezugssystem, es trete bei der anamnestischen Erhebung ein immanentes Grössengefühl sowie ein unerschütterliches Kränkungsbewusstsein ein

zutage . Selbstbezogenheit und ein Mangel an Empathie zeigten sich ferner recht deutlich, die Beschwerdeführerin verlange nach Bewunderung, ihre zwischenmenschlichen Beziehungen hätten einen ausbeuterischen Anteil. Auch wenn sich aktuell kein klassisches Bild des Grössen narzissmus mehr zeige, zeige sich eine Neidkomponente. Die narzisstischen Persönlichkeitsmerkmale seien als depressions begünstigend und über den Verlauf der letzten Jahre als depressionsunterhaltend zu erachten (Urk. 8/215 S. 50-51) . Die aktuell vorliegende Teamunfähigkeit sowie die deutliche Überforderung im sozialen Kontext und in der sozialen Auseinandersetzung mit Mitmenschen wirke sich auf die Arbeitsfähigkeit aus

(Urk. 8/215 S. 58). Folglich beeinflusst die Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin ihren Gesundheitszustand sowie ihr Leistungsvermögen negativ. 9 .2. 4

Hinsichtlich des Komplexes

« sozialer Kontext » ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin zusammen mit ihrer jüngeren Tochter in einer Genossenschaftswohnung mit vier Zimmern lebt. Im Gutachten wurde festgehalten, dass die ältere Tochter ausgezogen sei, die Beschwerdeführerin jedoch regelmässig besuche und für sie Einkäufe tätige oder Wäsche wasche. Mit ihrer Ursprungsfamilie habe sie dagegen keinen Kontakt mehr. Der Ex-Mann unterstütze sie im Haushalt und verrichte Einkäufe für sie, was er ihr schulde. Insgesamt zeige sich eine dysfunktionale Beziehungsgestaltung bei fehlendem Beziehungsnetz; mit Ausnahme des guten Verhältnisses zu den beiden Töchtern und des regelmässigen Kontaktes zum Ex-Mann sowie zu den ambulanten Behandlern bestünden keinerlei weitere Kontakte. Sie gehe sehr selten ausser Haus, lediglich für Arzttermine, so unter anderem zweimal monatlich zu Dr. Y. \_\_\_ nach Genf (Urk. 8/215 S. 41-44).

Als Ressourcen führten die psychiatrischen Gutachter die Fähigkeit, dass die Beschwerdeführerin es schaffe, ihre kleine Familie soweit an sich zu binden, dass diese sie deutlich bei der Verrichtung der Haushaltsaufgaben und Einkäufe unterstütze, sowie die langjährige Kooperationsbereitschaft bezüglich Therapien und den zweimaligen kurzen stationären respektive teilstationären Behandlungsversuchen an. Weitere Ressourcen zeigten sich in der Verkehrsfähigkeit im Rahmen ausgedehnter Zugreisen nach Genf, zudem bei der Überwindbarkeit der depressiven Symptomatik und der Zuhilfenahme von positiv ermunternder Anteilnahme durch ihre Töchter (Urk. 8/215 S. 57).

Folglich verfügt die Beschwerdeführerin, trotz des sozialen Rückzuges, über gewisse mobilisierende Ressourcen, zumal die Gutachter ausdrücklich festhielten, dass Belastungsfaktoren vor allem subjektiv vorhanden, die Zuwendung und Hilfe durch die Tochter und den früheren Ehemann indes von bedeutsamem Gewicht seien (Urk. 8/215 S. 7). 9 .2. 5

Bezüglich der beweisrechtlich entscheidenden Kategorie « Konsistenz » ist auf die im Gutachten mehrfach erwähnten Inkonsistenzen hinzuweisen.

Die offensichtlichste Konsistenz habe sich in der neuropsychologischen Untersuchung gezeigt, in deren Rahmen nicht nur das Leistungsprofil aufgrund von Selbstlimitierung nicht verwertbar gewesen sei, sondern die subjektive Skalierung der depressiven Beschwerden einen Wert erreicht habe, welcher mit der Klinik überhaupt nicht in Einklang gebracht werden könne (Urk. 8/215 S. 7).

Darüber hinaus hielten die psychiatrischen Gutachter fest, das Aktivitätsniveau der Beschwerdeführerin weise Inkonsistenzen in verschiedenen Lebensbereichen auf. Es erstaune angesichts des über den Zeitverlauf hinweg persistent als ausgeprägt eintönig beschriebenen Tagesverlaufes mit fehlenden Aktivitäten und seltenem Verlassen der Wohnung, dass die Beschwerdeführerin zweimal monatlich die Ressourcen für den ambulanten Termin bei Dr. Y. \_\_\_ in Genf aufbringe, was eine Hin- und Rückreise von Zürich nach Genf, mithin ein Ausser Haus sein von insgesamt acht Stunden, mit sich bringe. Zudem sei die Beschwerdeführerin in der Lage, trotz berichteter vollkommener Inaktivität einmal wöchentlich in Begleitung ihrer Tochter zum Baden in die L. \_\_\_ zu gehen. Auch bewältige sie ein dreistündiges Explorationsgespräch ohne Pausen im Rahmen der

Gutachtenerhebung problemlos . Die Beschwerdeführerin beharre darauf, aufgrund ihrer Depression praktisch zu nichts in der Lage zu sein (Urk. 8/215 S. 5-5-6).

Die geschilderten Verfolgungsideen und Halluzinationen seien zudem nicht ent sprechend emotional gefärbt und wirkten nicht ausgesprochen überzeugend, die geltend gemachten Zwänge erreichten nicht das Ausmass einer Zwangsstörung und stünden im Widerspruch zwischen dem erwähnten Sauberkeitsfimmel und der Tatsache, dass sie sich nur schlecht pflege und höchstens einmal wöchentlich dusche (Urk. 8/215 S. 7).

Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin die depressive Symptomatik zu über winden vermöge , lasse sich gemäss den psychiatrischen Gutachtern

indes im Rah men der narzisstischen Persönlichkeitsstruktur interpretieren. Diese zeige eine Selbstlimitierung der persönlichen Ressourcen und Bewältigungsstrategien, wel che jedoch unter positiver Anteilnahme (durch die Tochter) überwunden werden könne. Die Zugreisen nach Genf fänden zudem zu speziellen Zeiten mit geringer Auslastung und in einem bevorzugt ruhigen Abteil mit zusätzlich getragenen Kopfhörern statt. Insofern liessen sich die berichteten Inkonsistenzen im Rahmen des Narzissmus beurteilen und beruhten nicht vollständig auf Aggravation, son dern seien eher als Verdeutlichung zu betrachten, deren Ausmass durch die nar zisstische Persönlichkeit, also krankheitsbedingt, akzentuiert werde (Urk. 8/215 S. 55-56). Nichtsdestotrotz hätten die im Rahmen der psychiatrischen Untersu chung gezeigten Inkonsistenzen nicht vollständig aufgelöst werden können (Urk. 8/215 S. 8).

Die neuropsychologische Gutachterin hielt im Rahmen der Validität fest, dass die Beschwerdeführerin vordergründig angab, gut zu kooperieren und sich leistungs bereit mit den Aufgaben zu befassen, indes habe sie durchgängig ein Profil gezeigt , welches überwiegend wahrscheinlich ausschliesslich mit nicht ausrei chender Anstrengungsbereitschaft erklärbar sei und weit über das zu erwartende Mass an neurokognitive n Nebenwirkungen bei schwerer depressiver Symptoma tik oder an kognitiven Nebeneffekten bei starken Schmerzen hinausginge. Zudem sei die Beschwerdeführerin durch stark erhöhten Pausenbedarf anlässlich des zweiten Termins aufgefallen, das Ausfallprofil sei indes zu beiden Testzeitpunkten gleichermassen hoch auffällig und auf nicht ausreichende Leistungsbereitschaft verweisend gewesen. Klinisch sei kein Zusammenhang zwischen der Angabe der sehr starken Beeinträchtigung und der Angabe hinsichtlich schwankender kör perlicher Befindlichkeit beim zweiten Termin feststellbar gewesen . Das Leistungs profil sei folglich nicht ausreichend valide und authentisch, es ergäben sich deutliche Hinweise auf nicht ausreichenden Effort und Selbstlimitierung, die gezeig ten Beschwerden seien teilweise inkonsistent, weshalb Selbstlimitierung überwie gend wahrscheinlich sei (Urk. 8/215 S. 73-74).

Was den ausgewiesenen Leidensdruck anbelangt, ist aus dem psychiatrischen Gutachten ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin zweimal monatlich nach Genf zu ihrem Psychiater fährt und Medikamente einnimmt (Urk. 8/215 S. 44-45 ) . Im Anschluss an eine Kurzhospitalisation lehnte sie indes eine teilstationäre Behand lung ab, eine tagesklinische Behandlung brach sie ab (Urk. 8/215 S. 63) . Auch deutet der Medikamentenspiegel auf eine bloss unzuverlässige Medikamenten einnahme hin (Urk. 8/215 S. 61) . Auffällig erschien den Gutachtern, dass die Beschwerdeführerin bei der Diagnose einer schweren depressiven Episode bereits nach fünf Tagen in gebessertem Zustand aus dem Krankenhaus austreten konnte (Urk. 8/215 S. 63). Dennoch zeige sie einen deutlichen Leidensdruck

durch die Belastung im Rahmen der depressiven Symptomatik mit schwerer Antriebslosigkeit, Freudlosigkeit sowie depressiver Grundstimmung. Auch wenn aus diesen Symptomen plausibel eine Einschränkung des Funktionsniveaus abzuleiten sei, sei eine Quantifizierung angesichts der Inkonsistenzen und der nicht auszu schliessenden Selbstlimitierung nicht valide möglich (Urk. 8/215 S. 57).

Angesichts dieser Inkonsistenzen kann nicht von einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen gesprochen werden, zumal die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben praktisch den ganzen Tag im Bett liegen müsse, sich selbst kaum pflegen könne und den Haushalt nicht erledige, im Gegenzug jedoch regelmässig den mehrstündigen Ausflug nach Genf offensichtlich problemlos bewältigt und mit ihrer Tochter regelmässig in die Badeanstalt geht (Urk. 8/215 S. 7). Angesichts der abgelehnten teilstationären Behandlung, der abgebrochenen tagesklinischen Behandlung und der nur unregelmässigen Medikamenteneinnahme kann auch nicht von einem erheblichen Leidensdruck ausgegangen werden. 9 .3

Zusammengefasst ist aus der detaillierten Prüfung der Standardindikatoren sowie deren Gesamtwürdigung ersichtlich, dass die gutachterliche Arbeitsunfähigkeitseinschätzung nicht hinreichend und nachvollziehbar begründet ist. Insbesondere mangelt es , angesichts der aufgezeigten Inkonsistenzen und der Selbstlimitierung,

an einer plausiblen Erklärung für eine dermassen hohe Arbeits unfähigkeit. So war es aus neuropsychologischer Sicht überhaupt nicht möglich, die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen, und auch die attestierte Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht konnte aus demselben Grund nur geschätzt, nicht jedoch valide bestimmt werden.

Auch wenn sich die verdachtsweise diagnostizierte Persönlichkeitsstörung ressourcenhemmend auswirkt, liegen weder Behandlungsresistenz noch ein erheblicher Leidensdruck vor, zumal die Beschwerdeführerin bloss einer ambulanten, nicht jedoch einer stationären oder teilstationären Therapie nachgeht und der Medikamentenspiegel auf eine unzuverlässige Medikamenteneinnahme hindeutet. Die Beschwerdeführerin verfügt zudem , trotz des sozialen Rückzuges, über mobilisierende Ressourcen. Schliesslich zeigen sich mit Blick auf das Aktivitäts niveau ebenfalls Inkonsistenzen, insbesondere wenn die Beschwerdeführerin an gibt, sie müsse praktisch den ganzen Tag im Bett liegen, andererseits jedoch regelmässig in die Badeanstalt geht und zweimal monatlich die mehrstündige Zugfahrt nach Genf bewältigt.

Folglich fehlt es an einem stimmigen Gesamtbild für die Annahme einer rechtlich relevanten psychischen Funktionseinbusse (BGE 145 V 361 E. 4.4) ; eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung ist demzufolge nicht ausgewiesen. Da auf grund der Aktenlage eine Prüfung der Standardindikatoren möglich war, ist ent gegen dem Eventualantrag der Beschwerdeführerin von einer Rückweisung zwecks Ergänzung des Sachverhaltes abzusehen, da von weiteren medizinischen Abklärungen keine entscheidere Erkenntnisse zu erwarten sind (BGE 124 V 90 E. 4b).

## **E. 10**

Nach dem Gesagten hat die IV-Stelle den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin mit der angefochtenen Verfügung vom 11. Juni 2019 (Urk. 2) zu Recht

verneint. Die Beschwerde erweist sich folglich als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

## **E. 11**

.

### **E. 11.1**

Die Beschwerdeführerin beantragte die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege unter Einsetzung von Rechtsanwalt Pablo Blöchlinger als unentgeltlichen Rechtsvertreter (Urk. 1 S. 2).

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115).

Die Beschwerdeführerin bezieht Sozialhilfe (Urk. 3), weshalb sie für das vorliegende Verfahren bezogen auf den massgebenden Zeitpunkt als prozessual bedürftig zu qualifizieren ist. Da auch die übrigen Voraussetzungen (fehlende Aussichtslosigkeit und notwendige oder gebotene Verbeiständung) erfüllt sind, ist der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und die unentgeltliche Rechtsvertretung in der Person von Rechtsanwalt Pablo Blöchlinger

zu gewähren.

### **E. 11.2**

Die Verfahrenskosten sind auf Fr. 800.-- festzusetzen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

### **E. 11.3**

Dem unentgeltlichen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Pablo Blöchlinger, steht eine Entschädigung aus der Gerichtskasse zu. Da der Rechtsvertreter bis heute keine Honorarnote eingereicht hat, ist seine Entschädigung nach Ermessen festzusetzen. Nach § 34 Abs. 2 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.

Unter Berücksichtigung dieser Faktoren und des gerichtlichen Ansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist eine Entschädigung in der Höhe von Fr. 1'900.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) angemessen.

### **E. 11.4**

Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen, wonach sie zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuches vom 14. August 2019 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwalt Pablo Blöchlinger als unentgeltlicher Rechtsvertreter bestellt, und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- 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.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Pablo Blöchlinger, Zürich, wird mit Fr. 1'900.-- (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: - Rechtsanwalt Pablo Blöchlinger -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage des Doppels von Urk. 10 und

je einer Kopie von Urk. 11/1-2 - 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 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift 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 Vorsitzende  
Die Gerichtsschreiberin  
Vogelböhm

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