

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00158 vom 16. August 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-08-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00158](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00158)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00158 du 16 août 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00158 del 16 agosto 2016

## Erwägungen

### E. 1.1

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

### E. 1.2

Die IV-Stelle holte in der Folge einen Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ein (Urk. 7/59) und beauftragte Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. B.\_\_\_\_ mit der versicherungsmedizinischen Begutachtung. Das interdisziplinäre Gutachten (Psychiatrie/Neuropsychologie) wurde am 4. Februar 2019 erstattet (Urk. 7/70-71). Gestützt auf die Schlussfolgerungen der Gutachter stellte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 6. August 2019 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 7/73). Im Rahmen des Einwandverfahrens holte die IV-Stelle eine Stellungnahme ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein (Urk. 7/92 S. 3 f.). Mit Verfügung vom 29. Januar 2020 verneinte sie einen Leistungsanspruch der Versicherten (Urk. 7/93 = Urk. 2).

### E. 1.2.1

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose 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. 1.2.2**

Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist – auch bei psychischen Erkrankungen – in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.2.3**

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

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. 1.2.4**

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ein Beweisverfahren bleibt daher entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und all fälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Insbesondere in Fällen, in welchen nach der Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, bedarf es in aller Regel keines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1).

#### **E. 1.3**

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

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

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

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ( Art. 8 ATSG) sind.

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

#### **E. 1.4**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

#### **E. 1.5**

) erfüllt. Es ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf den erforderlichen fachärztlichen Untersuchungen und wurde

unter Beizug einer Dolmetscherin und in Kenntnis der relevanten Vorakten abgegeben. Es würdigt die vorhandenen Arztberichte sorgfältig, berücksichtigt die von der

Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen hinreichend auseinander. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist einleuchtend und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist nachvollziehbar und begründet. Das psychiatrische Gutachten von Dr. A. \_\_\_ genügt im Übrigen den normativen Vorgaben von BGE 141 V 281 (vgl. vorne E. 1.2.3).

Inwiefern bei der neuropsychologischen Untersuchung Verständigungsprobleme bestanden haben sollen – wie die Beschwerdeführerin moniert (Urk. 1 S. 15) – ist nicht ersichtlich und wird auch von der Beschwerdeführerin nicht näher dargetan. Die Begutachtung hat unter Beizug einer Dolmetscherin stattgefunden (vgl. Urk. 7/71 S. 10) und es bestehen keine Anhaltspunkte, die auf sprachliche Schwierigkeiten schliessen lassen würden. Das Bildungsniveau wurde – entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 15) – bei der neuropsychologischen Begutachtung berücksichtigt (vgl. Urk. 7/71 S. 6 und S. 15).

Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, der psychiatrische Gutachter habe keine fremdanamnestischen Auskünfte eingeholt (Urk. 1 S. 9), ist festzuhalten, dass bezüglich der Wahl der Untersuchungsmethoden dem Experten ein weiter Ermessensspielraum zukommt, und es nicht zwingend notwendig ist, dass fremd anamnestische Angaben eingeholt oder Zusatzuntersuchungen angeordnet werden (Urteile des Bundesgerichts 8C\_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3; 8C\_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2 mit Hinweisen).

Der nach der Begutachtung datierende vorläufige Austrittsbericht des C. \_\_\_ vom 11. November 2019 vermag nichts am Beweiswert des Gutachtens zu ändern, zumal dieser Bericht im Wesentlichen mit den übrigen aktenkundigen Berichten des C. \_\_\_

übereinstimmt und sich das Gutachten damit eingehend auseinander gesetzt hat (vgl. nachfolgend E. 4.2). So hielt der Gutachter denn auch ausdrücklich fest, dass auch in Zukunft mit appellativ-suizidalen Krisen und damit einhergehenden Kriseninterventionen zu rechnen sei (vgl. Urk. 7/70 S. 58). Allein aufgrund des Klinikaufenthaltes vom Oktober/November 2019 ist somit – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 8) – noch

keine massgebliche Verschlechterung ihres psychischen Gesundheitszustandes ausgewiesen. Ausserdem ist darauf hinzuweisen, dass der Bericht

wiederum die bereits in den Vorberichten genannte Hauptdiagnose einer depressiven Störung

nennt. Objektive Befunde, die auf eine relevante Veränderung des Beschwerdebildes hindeuten würden, sind dem Bericht jedoch nicht zu entnehmen. Die Beschwerdegegnerin durfte somit in antizipierter Beweiswürdigung auf weitere Abklärungen verzichten.

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, die Beschwerdegegnerin hätte einen detaillierten Verlaufsbericht des C. \_\_\_ einholen müssen (Urk. 1 S. 8), ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin einen solchen selber hätte auflegen können, wenn sich daraus entscheidungswesentliche Erkenntnisse ergeben hätten

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_827/2018 vom 10. April 2019 E. 6.2.2 mit Hinweis). 4  
.2

Zur Divergenz der Beurteilung des Gutachters

Dr. A. \_\_\_ einerseits und der behandelnden Ärzte des C. \_\_\_ sowie Psychiater Dr. Z. \_\_\_ andererseits ist vorab festzuhalten, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der

Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag kann es nicht angehen, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an solchen vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich hingegen, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9 C\_ 7 94 /2012 vom 4. März 2013 E. 4.2 mit Hinweisen). Solche ergeben sich aus den Berichten der behandelnden Ärzte indessen nicht.

Entsprechend den Ausführungen von Dr. A.\_\_\_\_

ist festzustellen, dass

der behandelnde Psychiater Dr. Z.\_\_\_\_

die erwähnte Diagnose («chronisch agitiert-depressive Entwicklung mit regelmässigen suizidalen Krisen») weder lege artis hergeleitet noch mit objektiven psychischen Befunden untermauert hat. Eine ICD-10-Diagnostik fehlt. Dr. A.\_\_\_\_

hält diesbezüglich

fest, das Attest erwähne eine Reihe von Symptomen, welche dem depressiven Syndrom zuzuordnen seien, mache aber keine Aussage darüber, welche der genannten Symptome zu welchen Zeitpunkten und in welchem Ausprägungsgrad für die Beschwerdeführerin zuträfen bzw. zugefallen hätten. Das Attest beschreibe eine Impulsivität und Affektregulationsprobleme mit suizidaler Gedankeneinengung. Diese Eigenschaften stellten Persönlichkeitsmerkmale und keine episodisch-depressiven Merkmale dar. Gleichzeitig enthalte das Attest keine Persönlichkeitsdiagnostik. Insgesamt sei die Stellungnahme cursorisch und vage formuliert und es würden keine konkreten Angaben zur Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit gemacht (Urk. 7/70 S. 26).

Der Bericht von Dr. Z.\_\_\_\_ ist somit nicht geeignet, die gutachterliche Beurteilung in Frage zu stellen.

In Bezug auf die Diagnostik des C.\_\_\_\_ kommt der Gutachter ebenfalls zum Schluss, dass dieser nicht gefolgt werden könne. Eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome sei weder durch den dargelegten Befund mit vorwiegend subjektiven Beschwerdeäusserungen und fehlenden fremdbeurteilbaren depressiven Merkmalen noch durch den Verlauf zu belegen. Eine appellative Suizidalität stelle kein ausreichendes Kriterium einer schweren depressiven Episode dar. Insbesondere bei Cluster B-Persönlichkeiten (Störung oder Akzent) liessen sich appellative Suizidäusserungen oder – handlungen auch ohne begleitendes depressives Syndrom beobachten. Letztlich belegten die Berichte das für die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung zwingend zu fordernde Kriterium von symptomfreien oder symptomarmen Intervallen nicht, sodass aufgrund der Eintrittssituation und aufgrund des beschriebenen Verlaufs von einer Anpassungsstörung auszugehen sei, mit differentialdiagnostischer Erwägung einer

kombinierten Persönlichkeitsstörung mit emotional-instabilen und histrionischen Anteilen (vgl. Urk. 7/70 S. 20 ff.) . Dr. A.\_\_\_\_ weist sodann zu Recht darauf hin, dass die behandelnden Ärzte des C.\_\_\_\_ vorwiegend beziehungsgetriebene sowie sozial belastende Faktoren beschrieben (vgl. Urk. 7/70 S. 20 und S. 24). Damit haben sie den negativen Einfluss nicht krankheitsbedingter (sozialer) Faktoren nicht kritisch abgegrenzt , obwohl deutliche Anhaltspunkte dafür bestehen , dass das psychische Beschwerdebild von Anfang an erheblich durch psychosoziale Belastungsfaktoren mitbestimmt wurde.

Nach dem Gesagten hat sich der Gutachter - entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 11 f . ) - hinreichend mit den abweichenden Beurteilungen der behandelnden Ärzte auseinandergesetzt.

Der Gutachter weist des Weiteren auf das Vorliegen eines sekundären Krankheitsgewinns hin , bei welchem sich ein Vorzustand mit intakter Integration im ersten Arbeitsmarkt darbiete und sich das Beschwerdebild nach einem belastenden Ereignis oder einem kränkenden Erlebnis – im vorliegenden Fall die Trennung – nicht bloss verschlechtert habe, sondern diese Verschlechterung mit einer Inanspruchnahme unterschiedlicher therapeutischer Angebote koinzidiere und mit einer Ausweitung des sogenannten Helfernetzes mit einer zunehmenden Hilflosigkeit und Unselbständigkeit der Betroffenen einhergehe (vgl. vorne E. 3.2.3).

In Übereinstimmung damit war bereits den Berichten des C.\_\_\_\_ vom 29. Juni 2015 und vom 26. November 2015 zu entnehmen, dass eine längere stationäre Behandlung aufgrund des dysfunktionalen Verhaltens und der Gefahr eines zunehmenden Hospitalismus als kontraproduktiv erachtet worden sei (Urk. 7/10 S. 9). Es sei die Tendenz der Beschwerdeführerin aufgefallen, Anforderungen aus dem Weg zu gehen und den Aufenthalt in erster Linie als Rückzug von alltäglichen Aufgaben zu nutzen (Urk. 7/10 S. 3).

Inwiefern die Ausführungen des Gutachters zum sekundären Krankheitsgewinn eine mangelnde Auseinandersetzung mit den Vorkakten zeigen sollen – wie die Beschwerdeführerin rügt (Urk. 1 S. 12) – ist nicht ersichtlich.

Soweit die Beschwerdeführerin das Vorliegen einer Aggravation in Abrede stellt (Urk. 1 S. 12 f.), ist darauf hinzuweisen, dass insbesondere die Befunde der neuropsychologischen Untersuchung ein Aggravationsverhalten zutage brachten, weshalb sie inhaltlich nicht auszuwerten waren. Der psychiatrische Gutachter beschrieb Verhaltensweisen wie beispielsweise eine nennenswerte Tendenz der Überbewertung funktioneller Einschränkungen sowie Verdeutlichungsverhalten (langsam-kontrollierter Sturz), welche er als Inkonsistenzen qualifizierte und bei seiner differenzierten Beurteilung mitberücksichtigte . 4.3

Gemäss der überzeugenden Beurteilung von Dr. A.\_\_\_\_ waren die objektiven Befunde gering ausgeprägt und lediglich

Anpassungsstörungen (ICD-10: F 43.2) zu diagnostizieren , welchen

er nachvollziehbarerweise keinen erheblichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen hat (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_224/2018 vom 7. Juni 2018 E. 4.2.2) . A  
kennzeichnete Persönlichkeitszüge (ICD-10 :

Z 73.1 ) sowie die weiteren gestellten Z-Diagnosen vermögen ebenfalls keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden zu begründen

( vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 5.3 und 8C\_200/2018 vom 7. August 2018 E. 5.1, je mit Hinweisen) .

Der psychiatrische Gutachter hat einlässlich dargelegt, dass mangels Erfüllung der Diagnosekriterien nicht eine depressive Störung , sondern (überwindbare) Anpassungsstörungen vorliegen .

Unter Ausklammerung psychosozialer Belastungsfaktoren sowie unter Berücksichtigung des sekundären Krankheitsgewinns sowie der aufgezeigten Inkonsistenzen gelangte das Gutachten

nachvollziehbar zum Ergebnis, dass ein erhebliches krankheitsmässiges Geschehen nicht mit über wiegender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden konnte und entsprechend keine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit bestand.

Unter diesen Umständen kann von einer Indikatorenprüfung abgesehen

werden, da im Rahmen der Begutachtung eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wurde (vgl. vorne E. 1.2.3, BGE 143 V 409 E. 4.5.3; BGE 143 V 418 E. 7.1, vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_825/2018 vom 6. März 2019 E. 8.3 ).  
4.4

Demzufolge hat die Beschwerdegegnerin das Vorliegen eines invalidisierenden psychischen Leidens zu Recht verneint. Die Beschwerde erweist sich als un begründet und ist abzuweisen. 5.

5.1

Die Beschwerdeführerin stellte ein Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege für das vorliegende Verfahren (Urk. 1). Die Voraussetzungen gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) sind erfüllt, weshalb dem Gesuch zu entsprechen ist. Gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer ist die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung

verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist. 5.2

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzusetzen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 5.3

Der Beschwerdeführerin ist in der Person von Rechtsanwältin Stephanie C. Elms eine unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren zu bestellen, welche aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist.

Da die unentgeltliche Rechtsvertreterin in dem Gericht keine Honorarnote eingereicht hat, ist die Entschädigung androhungsgemäss

nach Ermessen festzusetzen (vgl. Urk. 11) . Unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses ist Rechtsanwältin

Elms mit Fr. 2'000 . -- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 2. März 2020 wird der Beschwerdeführer in die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und es wird ihr Rechtsanwältin

Stephanie C. Elms als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt: 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.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Stephanie C. Elms, wird mit Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie C. Elms - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 5. 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 Hurst Leicht

## **E. 2**

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 2. März 2020 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr eine Invalidenrente zuzusprechen. Die Beschwerdeführerin sei durch das Gericht psychiatrisch begutachtet zu lassen. Eventualiter sei die Sache zur erneuten Begutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 1. April 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk.

### **E. 2.1**

Im angefochtenen Entscheid erwog die IV-Stelle, gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten hätten sich bei der Beschwerdeführerin anhand des psychopathologischen Befundes keine Einschränkungen feststellen lassen. Aus neuropsychologischer Sicht seien aufgrund der von der Beschwerdeführerin gezeigten Inkonsistenzen keine Aussagen zu allfälligen effektiven neuropsychologischen Defiziten möglich. Es sei deshalb davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin nicht an einer invalidisierenden Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit leide. Es bestehe daher kein Leistungsanspruch (Urk. 2).

## **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber im Wesentlichen geltend, der Beschwerdegegnerin sei sowohl eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes als auch des Anspruchs auf rechtliches Gehör vorzuwerfen, da sie den Bericht des C.\_\_\_\_ vom 11. November 2019 nicht berücksichtigt habe und auch keinen detaillierten Verlaufsbericht eingeholt habe. Das vorliegende Gutachten entspreche den bundesgerichtlichen Anforderungen an eine umfassende, schlüssige und nachvollziehbare Expertise nicht, weshalb die Beschwerdegegnerin ihren Entscheid nicht darauf stützen dürfe (Urk. 1 S. 7 ff.).

## **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob bei der Beschwerdeführerin ein Gesundheitsschaden vorliegt, der sie derart in der Erwerbsfähigkeit einschränkt, dass sie Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung hat. 3.

### **3.1**

Die medizinischen Akten, welche dem Rückweisungsurteil vom 15. Februar 2018 zugrunde lagen, wurden darin zusammengefasst (Urk. 7/46 E. 3.1-3.6). Darauf kann verwiesen werden. Das hiesige Gericht führte in seinem Urteil vom 15. Februar 2018 aus, aus den medizinischen Akten ergebe sich, dass zwischen Februar und Oktober 2015 drei stationäre Behandlungen im C.\_\_\_\_ wegen depressiven Störungen stattgefunden hätten. In den Berichten vom 3. März und 29. Juni 2015 sei die Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome und im Bericht vom 26. November 2015 diejenige einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, gestellt worden. Für die Zeit vor dem Eintritt im Februar 2015 und nach dem Austritt im Oktober 2015 sowie zwischen den stationären Aufenthalten lägen keinerlei Verlaufsberichte behandelnder Psychiater vor, obwohl aus den Berichten des C.\_\_\_\_ hervorgehe, dass sich die Beschwerdeführerin ambulant habe behandeln lassen. Dass die Beschwerdeführerin bereits seit 2012 an einer depressiven Erkrankung leide und sich deswegen in medikamentöser und therapeutischer Behandlung befunden habe, wie sie geltend mache, sei nicht aktenkundig. Eine Arbeitsunfähigkeit sei lediglich von der Hausärztin Dr. D.\_\_\_\_ attestiert worden. Eine fachärztliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit liege hingegen nicht vor. Aus dem Bericht des C.\_\_\_\_ vom 3. März 2015 gehe hervor, dass sich die Beschwerdeführerin während des gesamten stationären Aufenthaltes gedanklich haftend an der ehelichen Trennungproblematik gezeigt habe und dass sie eine extreme Kränkung erfahren habe, als sie beim Sozialamt um Geld habe bitten wollen. Gegenüber den Geschehnissen um ihren Mann und im Umgang mit dem Sozialamt habe sie gehäuft das Gefühl der Hilflosigkeit ausgedrückt (Urk. 7/10 S. 17). Den Berichten des C.\_\_\_\_ sei weiter zu entnehmen, dass eine längere stationäre Behandlung aufgrund des dysfunktionalen Verhaltens und der Gefahr eines zunehmenden Hospitalismus als kontraproduktiv erachtet worden sei (Urk. 7/10 S. 9). Es sei die Tendenz aufgefallen, Anforderungen aus dem Weg zu gehen und den Aufenthalt in erster Linie als Rückzug von alltäglichen Aufgaben zu nutzen (Urk. 7/10 S. 3). Auf die psychosoziale Belastungssituation werde in sämtlichen Berichten hingewiesen, ohne diese jedoch kritisch abzugrenzen. Gestützt auf die Berichte des C.\_\_\_\_ sei RAD-Ärztin E.\_\_\_\_ von einem reaktiven Geschehen ausgegangen, da die Auslöser ausschliesslich psychosozialer Natur seien. Unter Medikation sei eine Zustandsbesserung eingetreten. Es könne am ehesten von einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (F43.21)

ausgegangen werden. Warum die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gestellt worden sei, könne nicht klar nachvollzogen werden (Urk. 7/30 S. 2 f.). Die RAD-Ärztin habe sich zwar auf den Standpunkt gestellt, dass die Herleitung der vom C.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen nicht nachvollziehbar sei, habe aber selbst auch nicht lege artis eine Diagnosestellung vorgenommen. Das hiesige Gericht kam zum Schluss, dass aufgrund der vorliegenden Akten nicht beurteilt werden könne, ob eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder ein damit vergleichbarer psychischer Leidenszustand bestehe, welchem gegenüber einem reaktiven invaliditätsfremden Geschehen auf psychosoziale Belastungen selbständige Bedeutung zukomme. Es liege weder eine nachvollziehbare Diagnosestellung vor noch seien den Akten schlüssige medizinische Ausführungen zu entnehmen, die eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erlauben würden (Urk. 7/46 E. 4.1). 3.2

### 3.2 .1

Im vorläufigen Austrittsbericht des C.\_\_\_\_ vom 30. März 2017 betreffend die stationäre Behandlung vom 7. bis 30 .

März 2017 wurde als Hauptdiagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3) genannt. Als Z-Diagnose wurden Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung, « Trennung des Vaters ihrer Kinder » (Z73) erwähnt. Als Behandlung wurden Krisenintervention, Pharmakotherapie, Abklärung und aktivierende Therapien angegeben (Urk. 7/45) . 3.2 .2

Der behandelnde Psychiater Dr. Z.\_\_\_\_ führte in seinem fachpsychiatrischen Attest vom 3. September 2018 aus, die Beschwerdeführerin stehe vor dem Hintergrund einer chronifizierten agitiert-depressiven (verzweifelt-gespannten) Entwicklung mit regelmässigen suizidalen Krisen in seiner ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung unter Beizug einer Kulturmediatorin . Zu den Kernsymptomen einer klinisch relevanten depressiven Störung gehörten neben Niedergestimmtheit, Traurigkeit und Hoffnungslosigkeit eine verminderte Stresstoleranz mit Handlungsblockaden, ausgeprägte kognitiv-emotionale Zentrierung und Absorption auf äussere und innere Reize/Stressoren, eine ausgeprägte Verminderung der Handlungsenergie mit Limitierung des Antriebs und der Durchhaltefähigkeit, die sogenannte Alltagsperformance/soziale Teilhabe sei dabei störungsbedingt phasenweise ausgeprägt limitiert mit sozialem Rückzug. Die Beschwerdeführerin sei über die Dauer der Behandlung nur bedingt belastbar bereits für die Alltagsanforderungen, emotional klinisch-objektiv sei sie durchgehend instabil, sie neige zu impulsiven Reaktionen und Affektdurchbrüchen/Emotionsregulation mit suizidaler Gedankeneinengung. Es hätten mehrmalige stationär-psychiatrische Behandlungen stattgefunden. Bei guter Medikamenten-Compliance nehme sie regelmässig kombinierte Antidepressiva ein. Die Alltagsperformance sei störungsbedingt erheblich eingeschränkt (Urk. 7/59). 3.2 .3

Am 4. Februar 2019 wurde das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene interdisziplinäre Gutachten erstattet, welches sich auf die psychiatrische Untersuchung vom 21. Dezember 2018 und die neuropsychologischen Untersuchungen vom 22. und 23. Januar 2019 stützt. Darin wurden keine psychiatrischen Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt. Als psychiatrische Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden die folgenden genannt (Urk. 7/70 S. 11 f.) : -

Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10: Z 73.1) vom Cluster B mit emotional-instabilen, histrionischen und kränklichen Anteilen mit oder bei - emotionaler Vernachlässigung (ICD-10: Z 62.4) in der Kindheit - körperlicher Gewalterfahrung (ICD-10: / 61.6) in der Kindheit - Ereignissen in der Kindheit und Jugend, welche ein Verlust des Selbstwertgefühls zur Folge haben (ICD-10: Z 61.3) - Familienzerrüttung durch Trennung (ICD-10: Z63.5) - Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (ICD-10: Z 60.3) - appellativ-suizidalen Krisen, mit und ohne suizidale Handlungen (ICD-10: X 84), welche im Rahmen der stationären Aufnahmen im Jahr 2015 als Anpassungsstörungen (ICD-10: F 43.2) zu diagnostizieren sind - Tabakabhängigkeit (ICD-10: F 17.25 - akutenanamnestisch Nierensteine (ICD-10: N 20) - Verdacht auf Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10: F 13.22)

Es wurden keine neuropsychologischen Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 7/70 S. 12).

Der psychiatrische Gutachter Dr. A. \_\_\_ führte aus, dass die Beschwerdeführerin eine Kindheit und Jugendzeit mit mehreren Belastungsfaktoren schildere, welche in der Diagnoseliste des vorliegenden Gutachtens aufgeführt und als äussere Faktoren zu würdigen seien, welche den Gesundheitszustand einer Person beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen könnten. Darunter zu subsumieren seien eine emotionale Vernachlässigung in der Kindheit (ICD-10: Z 62.4), eine körperliche Gewalterfahrung in der Kindheit (ICD-10: Z 61.6) sowie Ereignisse in der Kindheit und Jugend, welche einen Verlust des Selbstwertgefühls zur Folge haben (ICD-10: Z 61.3). Die Beschwerdeführerin weist auf eine minimale Schulbildung und eine frühe und möglicherweise ausbeuterische Arbeitstätigkeit hin. Im Jahr 2000, im Alter von 31 Jahren, sei sie mit ihrem gleichaltrigen Ehemann in die Schweiz eingereist, worauf im selben Jahr und zwei Jahre später die beiden Töchter zur Welt gekommen seien. Die Beschwerdeführerin habe sich sowohl als Hausfrau und Mutter wie auch als Berufsfrau im Gastro-Unternehmen, welches von ihrem Ehemann gegründet worden sei, betätigt. Weiter sei davon auszugehen, dass sich die Beschwerdeführerin vornehmlich im familiären und angestammten Kulturkreis bewegt habe, da bis heute nie eine nennenswerte kulturelle Integration in der Schweiz stattgefunden zu haben scheine. Die Beschwerdeführerin spreche nach nunmehr 18 Jahren Aufenthalt in der Schweiz kaum deutsch. Im Lichte dieser fehlenden kulturellen Eingewöhnung sei auch die erhebliche und zeitlich überdauernde emotionale Reaktion nach der Trennung vom Ehemann zu verstehen, da die Beschwerdeführerin nur über wenige soziokulturelle Ressourcen verfüge. Die seit 2012 attestierte Arbeitsunfähigkeit bilde daher vornehmlich soziokulturelle Schwierigkeiten ab und lasse sich auch nach Würdigung sämtlicher medizinischer und nichtmedizinischer Akten nicht als krankheitsbedingt herleiten. Auf der Grundlage einer vorbestehenden Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10: Z 73.1) vom Cluster B mit emotional-instabilen, histrionischen und kränklichen Anteilen hätten sich appellativ-suizidale Krisen entwickelt beziehungsweise verstärkt, welche sich aufgrund der beschriebenen Einweisungssituation als fehlende Möglichkeiten der Anpassung (ICD-10: F 43.2) bei limitierten psychosozialen Ressourcen interpretieren liessen. Da während der stationären und ambulanten Behandlungen zwar eine lege artis

Behandlung angeboten worden sei, aber gleichzeitig die sozialen Belastungsfaktoren (fehlende Integration, fehlende Sprachkenntnisse, Abhängigkeit von Fürsorgegeldern, Abhängigkeit von Dritten im Alltag) unverändert bestehen geblieben seien, habe sich ein

sekundärer Krankheitsgewinn entwickelt, welcher bis heute ein erhebliches Mass angenommen habe. Dies werde daran deutlich, dass weder im stationären noch im ambulanten Rahmen erfolgreiche Bemühungen hinsichtlich der Etablierung einer Tagesstruktur vorzuweisen seien.

Entsprechend der Definition des Persönlichkeitsakzent (ICD-10: Z 72.1) sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin unter erheblichem emotionalem Stress (beispielsweise bei Fortbestehen sozialer Belastungsfaktoren) zur zeitlich limitierten Einschränkung der sozialen Funktions- und Leistungsfähigkeit, inklusive der Arbeitsfähigkeit, neige und sich dies auch weiterhin in emotionalen und suizidalen Krisen zeigen werde. Gleichzeitig sei festzuhalten, dass die fehlende Mitwirkung der Explorandin bei der kulturellen Integration, bei der Übernahme von Verantwortung – beispielsweise gegenüber den Töchtern, welche eine Elternfunktion zu übernehmen schienen (Dokument vom 29. Juni 2015 mit Erwähnung eines Hospitalismus und einer fehlenden Bereitschaft elterliche Verantwortung zu übernehmen) – sowie bei der Mitwirkung mobilisierbarer Ressourcen, kein Krankheitswert besitze. Da die Beschwerdeführerin bis nach Beginn des fünften Lebensjahrzehnts keine Unterstützung durch Dritte bei der Lebensbewältigung benötigt habe, sei von vorhandenen mobilisierbaren Ressourcen und der Möglichkeit der privaten und beruflichen Teilnahme und Partizipation auszugehen. Aufgrund der aktenkundigen Informationen sowie aufgrund der Untersuchung vom 21. Dezember 2018 sei bei der Beschwerdeführerin von intakten und tragenden Beziehungen zu den beiden Töchtern auszugehen. Zudem schienen Kontakte zu anderen Angehörigen zu bestehen und es scheine auch eine ausserfamiliäre Person (Familienbegleitung) eine enge Beziehung zur Beschwerdeführerin aufgebaut zu haben. Es sei daher nicht von einer fehlenden Unterstützung im sozialen Umfeld auszugehen. Die Schwierigkeiten bei der Teilhabe und Partizipation liessen sich durch einen sekundären Krankheitsgewinn erklären, welcher sich bei konsequenter psychotherapeutischer Intervention aber auflösen lasse.

Medizinisch-theoretisch seien die bisherigen Behandlungsansätze ausreichend (symptomlastende Off-Label-Pharmakotherapie, ambulante Etablierung einer wirkungsvollen therapeutischen Allianz, Konfrontation mit dem sekundären Krankheitsgewinn in stationärem Rahmen wie im Dokument vom 29. Juni 2015 festgehalten). Als nicht leitliniengerecht müsse die bisherige Diagnostik bezeichnet werden, welche der Beschwerdeführerin im Verlauf eine schwere und weitgehend therapierefraktäre Depression mit weitgehendem Funktionsverlust attestierte und dazu gleichzeitig diametrale Verhaltensweisen im stationären Setting beschrieb (Dokument vom 26. November 2015 mit Erwähnung eines Verlaufs mit rascher Aufhellbarkeit und mitteilbarem und fröhlichem Verhalten gegenüber Mitpatienten). Für einen zukünftigen Therapieerfolg unerlässlich sei daher eine angemessene Aufklärung der Beschwerdeführerin zu den relevanten emotional-instabilen Persönlichkeitsfaktoren sowie ein Skill-basiertes Therapieangebot mit Elementen, welche im Alltag praktikabel seien.

Es seien während der Exploration vom 21. Dezember 2018 eine Reihe von Inkonsistenzen zu dokumentieren gewesen. Die biographischen Angaben hätten sich im Abgleich zur Aktenlage aber kongruent dargestellt und es hätten sich auch innerhalb der knapp dreieinhalb stündigen Exploration keine Widersprüche gezeigt. Die Beschwerdeführerin habe sich als Person mit erheblich hohem Behinderungsgrad und mit der Notwendigkeit einer Unterstützung durch Dritte in praktisch allen Lebenslagen beschrieben. Während der Untersuchung sei ein solcher Grad der Hilflosigkeit weder aus dem Verhalten in der

Untersuchungssituation noch aus der geschilderten Anamnese herzuleiten gewesen. Die Beschwerdeführerin habe eine nennenswerte Tendenz zur Überbewertung ihrer funktionellen Einschränkungen gezeigt. Die subjektiven Beschwerden seien teils in maximaler Ausprägung selbstdeklariert worden (Hoffnungslosigkeit) und gleichzeitig seien Angaben zu relevanten Themen (Mobilität, Tagesroutine, arbeitsbezogenes Beschwerdebild) vage geblieben. Der Krankheitsverlauf sei vage beschrieben worden. Der Beginn der Beeinträchtigung sei mit der Trennung und der dadurch entstandenen Existenzunsicherheit in Verbindung gebracht worden. Das derzeitige Funktionsniveau entbehre einer präzisen Beschreibung. Die Beschwerden seien während der Exploration mehrheitlich sachlich ohne übermässige Emotionalität vorgetragen worden. Gleichzeitig habe sich ein langsam-kontrollierter Sturz vor der Pause als erhebliche Theatralik mit Verdeutlichungsverhalten dargestellt, sodass neben der emotional-instabilen Persönlichkeitskomponente (ICD-10: Z 73.1) auch ein histrionischer Akzent zu dokumentieren sei.

Das vorliegende Gutachten gelange zur Diagnose eines emotional-instabilen Persönlichkeitsakzentes (ICD-10: Z 73.1), welcher retrospektiv durch wiederholte appellativ-suizidale Krisen, mit und ohne suizidale Handlungen (ICD-10: X 84), zu stationären Aufenthalten im C.\_\_\_\_ geführt habe. Die Suizidalität sei ein diagnoseübergreifendes Merkmal, welches im Rahmen jeder psychischen Störung auftreten könne. Bei der Beschwerdeführerin trafen dabei die Kriterien einer Anpassungsstörung (ICD-10: F 43.2) am präzisesten zu. Im Rahmen solcher suizidaler Krisen und den daraus ergebenden stationären Kriseninterventionen sei die Funktion in Beruf und Alltag nicht gegeben. Dies treffe für sämtliche Hospitalisationen zu. In Zeiten, welche ausserhalb dieser Kriseninterventionen lägen, sei keine Funktionsstörung nachvollziehbar. Die fehlende Beschäftigung in Zeiten, in welchen keine Krisen dominierten, sei aus Sicht des vorliegenden Gutachtens nicht durch eine Krankheit, sondern durch Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (ICD-10: Z 60.3), verstärkt durch eine Trennung (ICD-10: Z 63.5) von der primären Bezugsperson, zu erklären. Die Beschwerdeführerin habe bis zum fünften Lebensjahrzehnt in intakten familiären Verhältnissen keine nennenswerten Funktions-einschränkungen gezeigt, eine Übernahme von Funktionen im Alltag durch Dritte sei erst seit wenigen Jahren bekannt und könne am präzisesten mit einem sekundären Krankheitsgewinn beschrieben werden. Krankheitsgewinne seien insbesondere dann zu prüfen, wenn, wie im vorliegenden Fall, sich ein Vorzustand mit intakter Integration im ersten Arbeitsmarkt darbiete und sich das Beschwerdebild nach einem belastenden Ereignis oder einem kränkenden Erlebnis – im vorliegenden Fall die Trennung – nicht bloss verschlechtert habe, sondern diese Verschlechterung mit einer Inanspruchnahme unterschiedlicher therapeutischer Angebote koinzidiere (im vorliegenden Fall Involvierung einer grossen Zahl ambulanter Behandler in relativ kurzer Zeit sowie Inanspruchnahme wiederholter stationärer Behandlungen in relativ kurzer Zeit) und eine Ausweitung des sogenannten Helfernetzes (psychiatrisch-psychologische Betreuung mit neu gestellten Diagnosen und Therapieansätzen, aufsuchende Pflegebetreuung wie im vorliegenden Fall die Spitexbetreuung, Begleitung im Alltag und administrative Hilfestellung wie im vorliegenden Fall durch die «Familienbegleitung») mit einer zunehmenden Hilflosigkeit und Unselbständigkeit der Betroffenen einhergehe. Der bei der Beschwerdeführerin relevante sekundäre Krankheitsgewinn sei demnach definiert als eine zunehmende Unselbständigkeit bei gleichzeitig stetig wachsender Unterstützung durch Dritte, bei unbeeinträchtigtem Vorzustand und bei nicht vorhandener schwerer gesundheitlicher

Beeinträchtigung .

Aus psychiatrischer Sicht liessen sich aufgrund des derzeitigen psychopathologischen Befundes keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit feststellen. Die bei der Beschwerdeführerin zu diagnostizierende emotional-instabile Persönlichkeitsdisposition (ICD-10: Z 73.1) mit rezidivierenden appellativ-suizidalen Krisen werde aber definitionsgemäss auch zukünftig zu wiederholten, zeitlich limitierten und stressabhängigen Funktionseinbussen führen (Urk. 7/70 S. 12) . Mit Ausnahme der Kriseninterventionen sei retrospektiv von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 7/70 S. 50 ff.).

Die neuropsychologische Gutachterin

lic . phil

B.\_\_\_\_ hielt fest, bei der Beschwerdeführerin sei ein stark inhomogenes neuropsychologisches Leistungsprofil mit formal teilweise durchschnittlichen, grösstenteils jedoch reduzierten

Leistungen erhoben worden. Bezüglich der höheren kognitiven Funktionen hätten sich deutliche Minderleistungen vorwiegend in den Bereichen der Merkfähigkeit, der Aufmerksamkeit und der Verarbeitungsgeschwindigkeit gezeigt. Allerdings müsse davon ausgegangen werden, dass die erhobenen Leistungen nicht valider Natur seien. Hinweise darauf hätten sich zunächst im ersten Untersuchungsteil im Rahmen eines verwendeten Performanzvalidierungsverfahrens ergeben, bei welchem das Resultat weit unterhalb des empfohlenen Schwellenwerts für noch als authentisch zu betrachtende Leistungen ausgefallen sei. Zudem hätten sich aus testinternen Validitätsparametern aus verschiedenen Domänen Hinweise für Antwortverzerrungen ergeben. Nach entsprechender Rückmeldung an die Beschwerdeführerin, dem Angebot möglicher Erklärungen und der erneuten Betonung der Notwendigkeit hinreichender Anstrengungsbereitschaft, seien an der Folgeuntersuchung zwei weitere eingesetzte Performanzvalidierungsverfahren sowie erneut testinterne Validitätsparameter auffällig ausgefallen, nebst vereinzelt verbesserten Leistungen. Weiter seien zahlreiche Diskrepanzen innerhalb des neuropsychologischen Profils sowie Inkonsistenzen zwischen den Testergebnissen und dem beobachteten Verhalten festzuhalten. Gemäss der einschlägigen Literatur sei deshalb sehr wahrscheinlich von einer (mehr oder weniger) bewusstseinsnahen Aggravation auszugehen. Dies bedeute, dass die Ergebnisse der neuropsychologischen Tests nicht authentisch seien und über das effektive Leistungsvermögen keine Aussagen gemacht werden könnten (Urk. 7/71 S. 16 f.)

. 3.2 .4

Im vorläufigen Austrittsbericht des C.\_\_\_\_ vom 11. November 2019 betreffend die stationäre Behandlung vom 14. Oktober 2019 bis (voraus sichtlich ) 25. November 2019 wurde die Hauptdiagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome genannt (F33.2). Als Nebendiagnosen wurden Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (Z73) sowie eine Cluster C Persönlichkeitsstörung (F60) in Kombination mit einer posttraumatischen Belastungsstörung mit dissoziativen Episoden (I10.90). Als Behandlung wurden Krisenintervention, Pharmakotherapie, Abklärung und aktivierende Therapien angegeben (Urk. 7/91). 4 .

4 .1

Im angefochtenen Entscheid stützte sich die Beschwerdegegnerin in erster Linie auf das interdisziplinäre Gutachten vom 4. Februar 2019, welches die rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. vorne E.

**E. 6**

), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 8. April 2020 mitgeteilt wurde (Urk.

**E. 11**

). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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