

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00184 vom 30. September 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-09-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00184](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00184)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00184 du 30 septembre 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00184 del 30 settembre 2020

## **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).

### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

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

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

### **E. 1.3**

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. 1.4**

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

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 1.5

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 2.

## **E. 2**

Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 13. März 2020 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihr sei mit Wirkung ab Ablauf des Wartjahres im August 2014 eine Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen. Eventualiter sei die Verfügung aufzuheben und die Sache sei zur erneuten medizinischen Begutachtung vorzugsweise einer interdisziplinären Verlaufsbegutachtung bei der MEDAS A.\_\_\_\_

und anschliessend neuen Entscheid über den Rentenanspruch an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Im Sinne eines Verfahrensantrages ersuchte die Beschwerdeführerin das Gericht darum, auf Kosten der Beschwerdegegnerin eine Oberbegutachtung zu veranlassen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 17. April 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), worüber die Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 21. April 2020 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

In der angefochtenen Verfügung vom 11. Februar 2020 hielt die Beschwerdegegnerin zusammengefasst fest, dass sie nach dem Rückweisungsurteil des Sozialversicherungsgerichts erneut eine Begutachtung in Auftrag gegeben habe. Aus den Akten

gehe hervor, dass bei der Beschwerdeführerin keine gesundheitliche Einschränkung vorhanden sei. Es sei von einer Aggravation auszugehen. Mit den im Vorbescheidverfahren eingereichten medizinischen Unterlagen seien keine neuen Tatsachen geltend gemacht worden. Angesichts der Inkonsistenzen liege mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Aggravation vor; eine valide Aussage zu allfälligen Funktionseinschränkungen sei nicht möglich. Das Leistungsbegehren werde daher abgewiesen ( Urk. 2 S. 1 f.).

## **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin machte in ihrer Beschwerdeschrift vom 13. März 2020 im Wesentlichen geltend, dass das Gutachten der B.\_\_\_\_ nicht lege artis erstellt worden sei und folglich die Qualitätsanforderungen einer beweisgenügenden medizinischen Expertise nicht erfülle. Die nachvollziehbaren Ausführungen der behandelnden Psychiaterin zum Gutachten würden dessen Oberflächlichkeit, Lückenhaftigkeit und unvorsorgliche Ausarbeitung

belegen (Urk. 1 S. 5). Im Gutachten seien sämtliche Fragen zur Situation in der Vergangenheit und früheren Einschätzungen nicht beantwortet worden. Die Beurteilung sei gestützt auf die eigene Untersuchung mit rudimentärer, nicht nachvollziehbarer Begründung und lediglich unter Hinweis auf eine nicht vorhandene Validität sowie negative Antwortverzerrung beziehungsweise Aggravation entfallen. In der gesamten übrigen Aktenlage seien jedoch keinerlei Hinweise auf Selbstlimitierung oder Aggravation zu finden ( Urk. 1 S. 9 f.). Des Weiteren habe die Beschwerdegegnerin ausser Acht gelassen, dass sich der somatische Gesundheitszustand seit Erlass der letzten vom Gericht beurteilten Verfügung verschlechtert habe. In Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes seien in dieser Hinsicht jedoch keine aktuellen Berichte angefordert worden (Urk.

1 S. 6 f.).

Vor diesem Hintergrund sei eine vom Gericht zu veranlassende Oberbegutachtung angezeigt, da eine erneute Rückweisung aus prozessökonomischen Gründen nicht mehr sachgemäss erscheine ( Urk. 1 S. 12). Mit Blick auf die medizinische Aktenlage sei allerdings festzuhalten, dass ein Anspruch auf eine ganze Rente ab August 2014 bis jedenfalls drei Monate nach Eintritt der damals im MEDAS Gutachten ab März 2016 attestierten Teilarbeitsfähigkeit bereits jetzt ausgewiesen sei (Urk. 1 S. 9). 3. 3.1 3.1.1

Im Rahmen der erstmaligen Beurteilung des Rentenanspruchs der Beschwerdeführerin holte die Beschwerdegegnerin zunächst nebst Berichten der behandelnden Ärzte ein vom Krankentaggeldversicherer in Auftrag gegebenes Gutachten ein. In diesem Zusammenhang kann auf die Ausführungen in E. 3.1-3.5 des Urteils des Sozialversicherungsgerichts vom 28. September 2018 (IV.2017.00756) verwiesen werden ( Urk. 7/100/6 ff.). 3.1.2

Dem von der Beschwerdegegnerin bei der MEDAS A.\_\_\_\_

in Auftrag gegebenen interdisziplinären Gutachten vom 22. August 2016 waren im Wesentlichen folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 7/73/50): - Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) - Zwangshandlungen (ICD-10 F42.1) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) - chronische Hand- und Fingergelenksarthralgien - chronisches lumbospondylogenes Syndrom rechts - Impingementsymptomatik der rechten Schulter vom Supraspinatustyp - leichtes Reizknie rechts.

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien demgegenüber insbesondere: - akzentuierte Persönlichkeitszüge (abhängig und ängstlich-unsicher, ICD-10 Z73) - unterdurchschnittlicher Intelligenzquotient - chronisches tendomyotisches zervikales Schmerzsyndrom myofaszialer Ausprägung.

Im interdisziplinären Konsens gelangten die Gutachter zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin unter einer Vielzahl von körperlichen und psychischen Beschwerden leide, wobei sich Letztere schewergewichtig auswirken würden und insbesondere im Nachgang zur Kündigung im Juli 2013 zu einer bis heute anhaltenden Arbeitsunfähigkeit von 90 % in der angestammten Tätigkeit und von 70 % in einer leidensangepassten Tätigkeit geführt hätten (Urk. 7/73/49). Auf entsprechende Rückfragen der IV-Stelle (vgl. Urk. 7/74, 7/77) führte pract. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit ergänzenden Stellungnahmen vom 30. September und 8. November 2016 im Wesentlichen aus, dass die Arbeitsfähigkeit der Versicherten trotz vorhandener Ressourcen erheblich eingeschränkt sei. Grund hierfür sei, dass sich die Störungen im privaten Umfeld weniger stark auswirken würden als im Erwerbsleben, welches teilweise höhere Anforderungen an die Leistungsfähigkeit stelle und zu einer Überforderung führe. Bei der Versicherten hätten sich infolge zunehmender Überlastung in der Arbeitswelt pathologische Kompensationsmechanismen entwickelt (Urk. 7/75/3, 7/78/4 f.). 3.1.3

Mit Urteil IV.2017.00756 vom 28. September 2018 erwog das Sozialversicherungsgericht im Wesentlichen, dass auf das psychiatrische Teilgutachten von pract. med. C.\_\_\_\_ nicht abgestellt werden könne. Zur Begründung wurde festgehalten, dass sich zum einen die Herleitung der einzelnen Diagnosen als nicht überzeugend erweise. Zum anderen seien hinsichtlich der konkreten Auswirkungen der psychischen Störungen auf die im Erwerbsleben vorausgesetzten Fähigkeiten und Funktionen Unklarheiten vorhanden. In diesem Zusammenhang sei eine mangelhafte Auseinandersetzung mit dem prinzipiell auf sämtliche psychischen Störungen anwendbaren strukturierten Beweisverfahren erfolgt. Gesamthaft erweise sich der entscheidungsrelevante Sachverhalt in psychiatrischer Hinsicht als ungenügend abgeklärt, weshalb die Sache zwecks ergänzender Abklärungen und neuer Beurteilung des Leistungsanspruchs an die Beschwerdeführerin zurückzuweisen sei (Urk. 7/100/14). 3.2 3.2.1

Dem im Zuge der Umsetzung dieses Urteils eingeholten Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 9. Dezember 2018 sind im Wesentlichen folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 7/108/9): - rezidivierende mittelgradige Depression seit Juli 2013 mit Angstattacken - chronische Schmerzen - Knieschmerzen beidseits, aktuell bei Status nach Distorsion vor allem rechts, Status nach mehrmaligen Arthroskopien beidseits - Femoro-acetabuläres Impingement beidseits; Status nach Hüftarthroskopie links 2010 - Fingerpolyarthrose beidseits - STT-Arthrose links mit Status nach Arthrodese des MCP-Gelenks I links - lumbospondylogenes Syndrom rechts mit Spondylarthrosen vorwiegend L4/5 - AC-Gelenksarthrose links; Status nach SLAP- Repair 2006 - PHS tendopathica beidseits; Arthroskopie links mit SLAP- Refixation 2006; Arthroskopie rechts mit offener Bicipstendotomie und Verschluss des Rotatorenmanschettenintervalls 2002.

Ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde demgegenüber in Bezug auf eine rezidivierende Migräne verneint. Aus ärztlicher Sicht zeichne sich keine Verbesserung ab; vor allem psychisch gehe es der Beschwerdeführerin nach wie vor schlecht. Auch der körperliche

Zustand verschlechterte sich tendenziell eher ( Urk. 7/108/10). Hinsichtlich der Zumutbarkeit der bisherigen oder einer leidens angepassten Tätigkeit äusserte sich Dr. D.\_\_\_\_ nicht ( Urk. 7/108/12). 3.2.2

Dr. med.

E.\_\_\_\_ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in ihrem Bericht vom 17. Dezember 2018 folgende Diagnosen ( Urk. 7/107/1 f.): - Panikstörung mit Agoraphobie (ICD-10 F40.01) und psychogene Hyperventilation (ICD-10 F45.3) - kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61) mit überangepassten (abhängigen), selbstunsicheren und perfektionistischen (zwanghaften) Zügen - Zwangshandlungen (ICD-10 F42.1) - dissoziative Störung (ICD-10 F44.7; dissoziative Körperempfindungsstörung und dissoziative Zustände bei emotionaler Überlastung) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Probleme bei emotionaler Mangelversorgung in der Kindheit und früher Verantwortungübernahme bei psychisch krankem Elternteil (ICD-10 Z61.8, Z81.1) und langjähriger Gewalterfahrung in Partnerschaft (ICD

### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 8**

ATSG) sind.

### **E. 10**

Z63.0; Differentialdiagnose: komplexe Traumafolgestörung ).

Dadurch sei die Beschwerdeführerin nicht nur in der Durchhaltefähigkeit deutlich eingeschränkt. Infolge von Selbstunsicherheit und Überanpassung an die Bedürfnisse anderer Personen sei namentlich auch die Selbstbehauptungsfähigkeit stark beeinträchtigt. Die Beschwerdeführerin pflege einen mehrheitlich eingeschränkten, wenig flexiblen Lebensstil mit geringen kulturellen und sozialen Aktivitäten . Beziehungen zu vertrauten Personen könne sie aufrechterhalten ; in der Gruppenfähigkeit sei sie jedoch aufgrund von Ängsten und Panikattacken stark beeinträchtigt. Des Weiteren bestehe eine teilweise eingeschränkte Wegfähigkeit. Gesamthaft sei aus psychiatrischer Sicht sowohl für die angestammte Tätigkeit als Mitarbeiterin im Einkauf als auch in einer angepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit zu attestieren (Urk. 7/107/5 f.). 3.2.3

Zu dieser Schlussfolgerung gelangte auch Dr. med. F.\_\_\_\_ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie , in ihrem Bericht vom 16. Januar 2019, wobei sie eine Steigerung der Belastbarkeit für nicht absehbar erachtete ( Urk. 7/110/14). Dabei ging sie zusammengefasst von folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus ( Urk. 7/110/12 f.): - komplexe Traumafolgestörung bei massiver jahrelanger emotionaler Vernachlässigung in der Kindheit und multiplen Traumata im Erwachsenenalter mit Störungen der Persönlichkeitsstruktur (ICD-10 F43.8) - chronische depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Symptome (ICD-10 F33.8) unter Antidepressiva - Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01, seit mindestens Januar 2013) - Zwangshandlungen (ICD-10 F42.1, seit vielen Jahren) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41, vermutlich seit Jugendalter) -

unterdurchschnittlicher Intelligenzquotient von 82 - rheumatologische Diagnosen gemäss MEDAS-Gutachten vom 22. August 2016.

Die gesamthaft mittelschwere bis schwere langjährige psychische Erkrankung habe zur Folge, dass die Durchhalte- und die Gruppenfähigkeit stark eingeschränkt seien. Mittelgradige Einschränkungen seien in Bezug auf die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, die Selbstbeurteilungsfähigkeit sowie die Kontaktfähigkeit zu Dritten vorhanden. In weiteren Dimensionen seien leichtgradige Beeinträchtigungen vorhanden (Urk. 7/110/12). 3.2.4

Im bidisziplinären Gutachten der B.\_\_\_\_ vom 16. Mai 2019 wurden keine Diagnosen mit oder ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 7/116/5). Lic. phil. G.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, hielt in seiner Teilexpertise fest, dass bei der Beschwerdeführerin rein formal also ohne Berücksichtigung des Validitätsaspektes der Befunde eine insgesamt leichte bis mittelgradige neuropsychologische Störung bei unterdurchschnittlichem intellektuellen Leistungsvermögen mit einem Gesamtintelligenzquotienten von 72 vorliege. Neben Defiziten im theoretischen Verarbeiten hätten sich mnestiche, attentionale, visuokonstruktive und exekutive Minderleistungen mit teilweise deutlichen Schwankungen in verschiedenen Aufgaben zum selben kognitiven Funktionsbereich ergeben. Im Bereich der Affektivität habe die Beschwerdeführerin von Beginn weg einen müden Eindruck bei normaler Grundstimmung und gegebener affektiver Schwingungsfähigkeit hinterlassen. Die Ermüdbarkeit habe leicht erhöht gewirkt; der Antrieb sei leicht vermindert erschienen (Urk. 7/116/66). In den durchgeführten Leistungsvalidierungsverfahren hätten sich allerdings Auffälligkeiten und Hinweise für eine negative Antwortverzerrung im kognitiven Bereich ergeben. Es müsse von einer zumindest nicht durchgängig genügenden Anstrengungsbereitschaft ausgegangen werden, weshalb die erhobenen neuropsychologischen Befunde nicht als valide gewertet werden könnten. Im Rahmen der in den Akten genannten psychiatrischen Diagnosen wäre eine neuropsychologische Störung denkbar. Bei fehlender Validität der aktuell erhobenen neuropsychologischen Befunde entziehe es sich aber der gutachterlichen Erkenntnismöglichkeit, ob eine solche gegenwärtig tatsächlich und, falls ja, in welchem Schweregrad vorliege. Eine Diagnose könne auf neuropsychologischem Fachgebiet nicht gestellt werden (Urk. 7/116/67, 7/116/69 f.).

Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung durch Dr. med.

H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, habe die Beschwerdeführerin berichtet, sich insgesamt nicht mehr als belastbar zu empfinden. Wenn sie mehr als zwei Termine pro Woche habe, reagiere sie unruhig und angespannt. Bei Anforderungen und äusserem Druck werde sie zudem ängstlich. Selbst im Privatbereich sei sie rasch gereizt und fühle sich überfordert. Besonders im Beisein vieler Menschen reagiere sie seit 2013 ängstlich. Sie habe ein gewisses Misstrauen und immer den Gedanken, dass ihr jemand etwas antun könnte. Sie gehe deshalb bewusst auch zu Zeiten nach draussen oder einkaufen, wenn weniger Menschen unterwegs seien. Zwei bis drei Mal pro Monat träten ausserdem Panikattacken auf. Massive Angst habe sie vor Dunkelheit und gehe deshalb nicht alleine nach draussen. Wenn sie in Angstzustände gerate, müsse sie an bedrohliche Situationen von früher denken, etwa als sie ein Mann im Dunkeln verfolgt habe. Die Stimmung sei phasenweise schlecht. Des Weiteren müsse sie zu Hause alles sehr sauber und ordentlich halten, ansonsten sie sich verunsichert fühle. Insgesamt sei sie energie los und neige dazu, alles «in sich hineinzufressen». Sie könne sich nicht abgrenzen und behaupten (Urk.

7/116/27).

Aus psychiatrischer Sicht hätten sich weder hinsichtlich Bewusstseins, Orientierung oder Wahrnehmung noch in Bezug auf Mnestic, Konzentration und Aufmerksamkeit oder formales und inhaltliches Denken Auffälligkeiten eruieren lassen. Von Ängsten, einem gewissen Misstrauen und einem Vermeidungsverhalten habe die Beschwerdeführerin in Situationen mit anderen Personen berichtet. Zudem träten zwei bis drei Mal pro Monat Panikattacken auf. Ferner sei ein anankastisches Verhalten geschildert worden, jedoch keine Zwangshandlungen, -impulse oder -gedanken. Affektiv habe die Beschwerdeführerin zunächst bei einer eingeschränkten Modulation ängstlich verunsichert und subdepressiv gewirkt. Im weiteren Verlauf habe sich die Interaktion adäquat gestaltet, wobei die Beschwerdeführerin phasenweise auch auslenkbar gewesen sei. Schuldgefühle oder Insuffizienzerleben seien nicht geschildert worden. Der gerichtete motorische Handlungsantrieb sei zunächst vermindert gewesen, im Verlauf dann jedoch adäquat (Urk. 7/116/32 f.). In der Gegenübertragung habe die Beschwerdeführerin während der Untersuchungssituation nicht namhaft beeinträchtigt gewirkt. Sie habe von einem weiterhin ausreichend gut strukturierten Tagesablauf mit guten Fähigkeiten zur Selbstversorgung berichtet. Während der psychiatrischen Exploration habe sie zudem keine mnesticen oder kognitiven Defizite beschrieben. Sämtliche Fragen seien folgerichtig beantwortet worden und bei den zeitlichen Zuordnungen seien keine Probleme aufgetreten (Urk. 7/116/36).

Anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung seien die Validierungsverfahren auffällig gewesen, sodass gesamthaft von einer negativen Antwortverzerrung auszugehen sei. Die neuropsychologischen Befunde seien folglich als nicht valide zu werten. Aus psychiatrischer Sicht würden sich diese auch nicht durch eine allfällige psychische Erkrankung erklären lassen. Insbesondere widerspreche der ermittelte IQ-Wert von 72 dem Antwortverhalten der Beschwerdeführerin sowie ihrem beruflichen Werdegang. Auch der in der neuropsychologischen Vorbegutachtung erhobene Wert von 82, welcher mit einer Lernbehinderung gleichzusetzen wäre, stehe im Widerspruch zu den mnesticen und kognitiven Fähigkeiten der Beschwerdeführerin. Bei einer derart niedrigen Intelligenz wäre sie nicht annähernd zur Ausübung ihrer letzten Erwerbstätigkeit in der Lage gewesen. Durch die Validierungstests würden sich somit insgesamt belegbare Inkonsistenzen ergeben. Dies sei insbesondere vor dem Hintergrund zu sehen, dass der Beschwerdeführerin seitens des psychiatrischen Gutachters bezüglich der neuropsychologischen Untersuchung die Konsequenzen falscher Angaben erläutert worden seien. Somit sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Aggravation auszugehen. Folglich seien auch psychiatrischerseits keine diagnostischen Einschätzungen mit dem Grad einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit mehr möglich, da das tatsächliche Beschwerdeausmass nicht mehr objektiviert werden könne. Daher sei gesamthaft keine versicherungsmedizinische diagnostische Einschätzung mit dem Grad einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit mehr möglich. Daraus resultiere ausserdem, dass keine valide Aussage über allfällige bei der Beschwerdeführerin vorhandene Funktionseinschränkungen erfolgen könne und dementsprechend auch keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/116/36 f). 3.2.5

Mit Bericht vom 29. August 2019 kritisierte Dr. F. \_\_\_ das Gutachten in mehrfacher Hinsicht. Namentlich sei es oberflächlich, lückenhaft und unsorgfältig aus gefertigt. Es erfasse in keiner Weise die Komplexität der gesundheitlichen Störungen und deren

funktionellen Folgen . Des Weiteren erfülle es die Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten nicht und vermittele den Eindruck, dass der Fokus auf den Nachweis von Noncompliance und Aggravation gerichtet gewesen sei. Ausserdem sei nur mangelhaft auf die Vorbefunde eingegangen worden ( Urk. 7/122/2 ff. ). 3.2.6

In ihrer Stellungnahme vom 24. Oktober 2019 wiesen die Gutachter insbesondere den Vorwurf zurück, dass die Expertise selektiv zwecks Nachweis von Non compliance und Aggravation erstellt worden sei. Darüber hinaus sei der formale und inhaltliche Aufbau eines IV-Gutachtens durch die obligatorische Vorlage des Bundesamtes für Sozialversicherung vorgegeben und strikt eingehalten worden. Aufgrund der Gesamteinschätzung habe das tatsächliche Beschwerdeausmass nicht beurteilt werden können, weshalb auch keine Auseinandersetzung mit den Vorbefunden möglich gewesen sei ( Urk. 7/124/2). Die Ausführungen von Dr. F.\_\_\_\_ würden keine neuen Erkenntnisse beinhalten, welche zu einer anderen Bewertung führen würden ( Urk. 7/124/3, 7/124/8). 3.2.7

Mit Bericht vom 1. Dezember 2019 erachtete

Dr. F.\_\_\_\_ die von ihr erhobenen Einwände für nicht widerlegt. Die Gutachter hätten ihre Kritikpunkte zurückgewiesen, ohne inhaltlich vertieft auf diese einzugehen (Urk. 7/126/1) . Aufgrund der ungenügenden Qualität des Gutachtens empfehle sie, die Anfertigung eines neuen Gutachtens beziehungsweise eines Obergutachtens zu beantragen ( Urk. 7/126/5). 4. 4.1

Die Parteien vertreten unterschiedliche Auffassungen in Bezug auf die Frage, ob auf das psychiatrisch-neuropsychologische Gutachten der B.\_\_\_\_ vom 16. Mai 2019 abgestellt werden kann und ob auf dieser medizinischen

Grundlage

mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Aggravation ausgemittelt ist, die einem Rentenanspruch entgegensteht. 4.2

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 9C\_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 Bundes gerichts 8C\_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). 4.3 4.3.1

Dr. H.\_\_\_\_ zog die Schlussfolgerung, dass die Beschwerdeführerin mit über wiegender Wahrscheinlichkeit aggraviert habe , weshalb weder eine versicherungsmmedizinische diagnostische Einschätzung noch eine valide Aussage zu den vorhandenen Funktionseinschränkungen möglich sei . Während der Untersuchungssituation habe sie in der Gegenübertragung nicht namhaft beeinträchtigt gewirkt. Des Weiteren habe sie von einem ausreichend gut strukturierten Tages ablauf mit guten Fähigkeiten zur Selbstversorgung berichtet. Mnestiche o der kognitive Defizite habe sie anlässlich der psychiatrischen Exploration nicht geschildert; sämtliche Fragen seien von ihr folgerichtig beantwortet worden.

Im Rahmen der neuropsychologischen Testung seien die Validierungsverfahren auf fällig gewesen. Gesamthaft sei von einer negativen Antwortverzerrung auszugehen. Die nicht validen neuropsychologischen Befunde seien nicht durch eine all fällige psychische Erkrankung zu erklären. Der ermittelte Intelligenzquotient widerspreche dem Antwortverhalten der Beschwerdeführerin und ihrem beruflichen Werdegang. Die durch die Validierungstests belegbaren Inkonsistenzen seien insbesondere vor dem Hintergrund zu sehen, dass der Beschwerdeführerin die Konsequenzen falscher Angaben erläutert worden seien ( Urk. 7/116/36 f.). 4.3.2

Lic . phil. G.\_\_\_\_

führte in der Tat aus, dass bei einem nonverbalen Leistungs validierungsverfahren der Fehler-Cut-Off überschritten worden und ein auffälliges Resultat erzielt worden sei. In einem verbalen Leistungsvalidierungsverfahren hätten sowohl in den primären als auch in den sekundären Effort -Parametern durchgängig Auffälligkeiten festgestellt werden können. Die Leistungen der Beschwerdeführerin seien mehrere Standardabweichungen schwächer gewesen als diejenigen einer klinischen Vergleichsstichprobe von Patienten mit mittelgradiger bis schwerer Hirnverletzung und vergleichbar mit denjenigen von Demenz patienten. In einem eingebetteten Validitätsparameter mit tiefer Sensitivität sei eine unauffällige Leistung erbracht worden. Insgesamt sei trotzdem von einer negativen Antwortverzerrung auszugehen, weshalb die neuropsychologischen Befunde als nicht valide einzustufen seien. Kognitive Beeinträchtigungen im Rahmen allfällig bestehender psychiatrischer Komorbiditäten seien nicht ausgeschlossen. Bei fehlender Validität der aktuell erhobenen Befunde entzögen sich der exakte IQ Wert und ein detailliertes neuropsychologisches Störungsmuster aber der gutachterlichen Erkenntnismöglichkeit ( Urk. 7/116/69 f.). 4.3.3

In Anbetracht dieser Ausführungen ist dem psychiatrischen Gutachter insoweit beizupflichten, als die auffälligen neuropsychologischen Befunde ein Indiz für eine Übertreibung oder Ausweitung von Beschwerden darstellen , da die unter durchschnittlichen Resultate einiger Validierungstests nicht durch eine psychische Erkrankung erklärt werden konnten. Diese Gegebenheit verschafft für sich jedoch noch nicht die notwendige Klarheit über das Vorliegen einer Aggravation , zumal diese aufgrund der einschneidenden Folgen des Anspruchsverlusts

recht sprechungsgemäss nicht leichthin anzunehmen ist. Das Vorliegen eines Ausschlussgrundes ist rechtsprechungsgemäss auf möglichst breiter Beobachtungsbasis auch in zeitlicher Hinsicht zu beurteilen. Beschwerdevalidierungstests bilden in diesem Zusammenhang einen «Mosaikstein» (Urteile des Bundesgerichts 9C\_621/2018 vom 27. November 2018 E. 5.3.3 und 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.3).

Hervorzuheben ist zunächst, dass Dr. H.\_\_\_\_

im Zuge seiner fachärztlichen Untersuchung keine typischen Hinweise für eine Aggravation (vgl. vorstehende E. 4.2) feststellen konnte. Für ihn wirkte die Beschwerdeführerin zwar nicht namhaft beeinträchtigt. Anhaltspunkte dafür, dass sie ihre Klagen demonstrativ und unglaubwürdig vorgetragen hätte, finden sich allerdings nicht; der Gutachter beschrieb auch keine Diskrepanzen zwischen der geschilderten Beeinträchtigung und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese. Ebenso wenig wurden ihrerseits beispielsweise intensive Schmerzen angegeben, deren Charakterisierung vage blieb.

Ferner geht aus den Akten hervor, dass die Beschwerdeführerin seit Jahren psychiatrische Behandlungen in Anspruch nimmt. Aktuell handelt es sich um therapeutische Sitzungen bei Dr. F.\_\_\_\_ im Abstand von jeweils etwa drei Wochen (Urk. 7/110/7) und wöchentliche Gruppenpsychotherapien bei Dr. E.\_\_\_\_ (Urk. 7/107/1). In der Vergangenheit befand sie sich zudem mehrfach in (teil-)stationärer Behandlung (vgl. Urk. 7/52/2).

Die Ergebnisse der von Dr. H.\_\_\_\_ veranlassten Blutuntersuchung lassen des Weiteren wie er selbst festhielt nicht zweifelsfrei auf eine unregelmässige Einnahme der verordneten Psychopharmaka schliessen (Urk. 7/116/33 f.).

In Bezug auf die ebenfalls einzubeziehende zeitliche Beobachtungsbasis bringt die Beschwerdeführerin zu Recht vor (Urk. 1 S. 9), dass sich in den übrigen medizinischen Akten keine Anhaltspunkte für eine Aggravation oder gar Simulation finden lassen. Dr. I.\_\_\_\_ äusserte sich in seinem psychiatrischen Gutachten vom 8. Oktober 2014 dahingehend, dass die Beschwerden authentisch geschildert worden seien und kein Malingering vorliege (Urk. 7/37/8, 7/37/11). Von somatischer Seite wurde im Rahmen der Begutachtung durch die MEDAS A.\_\_\_\_

lediglich eine Verdeutlichungstendenz in Bezug auf die Schmerzsymptomatik festgestellt (Urk. 7/73/35), was charakteristisch ist für Schmerzstörungen, denen von vornherein kein ausreichendes organisches Korrelat zu Grunde liegt. Psychiatrischerseits

ergaben sich hingegen keine Hinweise für Inkonsistenzen, Aggravation oder Simulation (Urk. 7/73/67, 7/73/72). Derartige ist auch den zahlreichen Berichten der behandelnden Fachärzte nicht zu entnehmen. 4.3.4

Gesamthaft ist der Schluss auf eine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestehende Aggravation bei dieser Ausgangslage nicht haltbar. Zwar liegen neuropsychologische Befunde vor, welche auf eine absichtliche, gesteuerte Symptomerzeugung hindeuten. Im Ergebnis erachtete es lic. phil. G.\_\_\_\_ trotzdem für denkbar, dass eine authentische neuropsychologische Störung vorliegt (Urk. 7/116/70

f.).

Ein zweifelloses Überschreiten der Grenzen bloss verdeutlichenden Verhaltens ist auch unter Berücksichtigung einer möglichst breiten medizinischen

Beobachtungsbasis nicht ausgewiesen.

Namentlich wurden im Rahmen vorangegangener Begutachtungen keine Hinweise für eine Aggravation festgestellt. Diesen Umstand liess Dr. H.\_\_\_\_, welcher selbst ebenfalls keine typischen Anzeichen einer Aggravation erkennen konnte, jedoch nicht in seine Einschätzung miteinfließen. Die Vorakten wurden seinerseits zwar umfassend im Gutachten wiedergegeben (Urk. 7/116/14 ff.); eine eigentliche Auseinandersetzung damit fand allerdings nicht statt, beziehungsweise wurde für nicht möglich erachtet. Eine solche wäre jedoch in jedem Fall zu erwarten gewesen, zumal rückwirkend für mehrere Jahre ein Rentenanspruch in Frage steht und angesichts der früheren Gutachten und Arztberichte Diagnosen zur Diskussion standen, deren Symptomatik sich nicht primär in kognitiven Beeinträchtigungen äussert und die somit durch eine neuropsychologische Untersuchung nicht oder nur bedingt zu verifizieren sind. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin durfte der begutachtende Experte seine Abklärung nicht abbrechen. Vielmehr hätte er den Gesundheitszustand aus objektiver Sicht fassen müssen, damit der Gesundheitszustand und der hier strittige Rentenanspruch beurteilt werden kann, denn die Abklärungspflicht der Beschwerdegegnerin bleibt unter den gegebenen Umständen zentral. Damit erweist sich das psychiatrisch-neuropsychologische Gutachten der B.\_\_\_\_

mangels Auseinandersetzung mit den Vorakten

und den dort diagnostizierten Diagnosen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mit Blick auf die Standardindikatoren somit nicht als beweiskräftig, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann.

Hinzu kommt, dass die bereits im Urteil IV. 2017.00756 als abklärungsbedürftig eingestuft

Fragen (vgl. Urk. 7/100/14) nicht beantwortet wurden, da von gutachterlicher Seite zu Unrecht auf eine Aggravation erkannt und zum von der Beschwerdegegnerin ausgearbeiteten Fragenkatalog in keiner Weise Stellung genommen wurde (vgl. Urk. 7/116/39 ff.).

Folglich erweist sich der entscheidende Sachverhalt in psychiatrischer Hinsicht nach wie vor als ungenügend abgeklärt, weshalb die Voraussetzungen für eine erneute Rückweisung an die Beschwerdegegnerin erfüllt sind (vgl. vorstehende E. 1.5) und von der Veranlassung eines Gerichtsgutachtens abzusehen ist.

Die Beschwerdegegnerin wird in Nachachtung des geltenden Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) gleichzeitig

zu prüfen haben, ob auch in somatischer Hinsicht weitere Abklärungen angezeigt sind. In diesem Kontext machte die Beschwerdeführerin geltend, dass sich ihr Gesundheitszustand seit der Begutachtung durch die MEDAS A.\_\_\_\_ verschlechtert habe (Urk. 1 S. 6 f.), ohne diese Behauptung indes während des Beschwerdeverfahrens durch ärztliche Berichte zu untermauern.

Soweit die Beschwerdeführerin schliesslich den Standpunkt vertritt, dass ein Anspruch auf eine ganze Rente ab August 2014 für einen befristeten Zeitraum bereits gegenwärtig mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen sei (Urk. 1 S. 9), ist ihr zu widersprechen, da unverändert keine beweiskräftige medizinische Grundlage dafür besteht. Es ist daran zu erinnern, dass das psychiatrische Teilgutachten von pract. med. C.\_\_\_\_ nicht zu überzeugen vermochte, weshalb es im Übrigen auch nicht zweckmässig erscheint, bei der MEDAS

A. \_\_\_ ein Verlaufsgutachten in Auftrag zu geben (vgl. Urk. 1 S.

2). Die Zusprechung von Leistungen der Invalidenversicherung würde daher im Wesentlichen gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte erfolgen, welche erfahrungsgemäss mitunter im Hinblick auf ihre auftrags rechtliche Vertrauensstellung eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen . Dies kommt gemäss bundesgerichtlicher Praxis allerdings kaum je in Frage

(BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc ) . 5.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die Aktenlage für eine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin und damit des Invaliditätsgrades nach wie vor als unzulänglich erweist. Folglich ist die angefochtene Verfügung vom 11. Februar 2020 (Urk. 2) in teilweiser Gut heissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache ist erneut an die Beschwer degegnerin zurückzuweisen, damit diese nach ergänzender Abklärung im Sinne der obigen Erwägungen eine neue Beurteilung vornehme und sodann über den Leistungsanspruch der Versicherten neu verfüge.

Soweit die Beschwerdeführerin bereits nach dem aktuellen Stand der Aktenlage um die Zusprechung einer Inva lidenrente ersucht, ist ihr Begehren abzuweisen. 6 . 6 .1

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Ver fahrensaufwand sowie unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen. Nach ständiger Rechtspre chung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die Gerichtskosten der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind. 6 .2

Nach Art. 61 lit . g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streit sache, der Schwierigkeit des Prozesses sowie dem Mass des Obsiegens bemessen ( § 34 Abs. 3 GSVGer ).

Mangels Vorliegens einer Honorarnote ist die Prozessentschädigung ermessens weise festzusetzen. Unter Berücksichtigung der massgebenden Kriterien hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin eine Parteient schädigung in der Höhe von Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 11. Februar 2020 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese nach ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch der Beschwerde führerin neu verfüge. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

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

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessent schädigung von Fr. 1'800 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie Schwarz - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Fehr Würsch

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