

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00733 vom 1. März 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-03-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00733

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00733 du 1 mars 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00733 del 1 marzo 2022

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1978, war vom 1. Juli 2012 bis am 31. März 2014 in einem Pensum von 60 %

als Sachbearbeiterin Produktion bei der Bäckerei Y.____ in Z.____ tätig. Am 14. April 2014 meldete sie sich unter Hinweis auf psychische Beschwerden bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 13/1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, führte medizinische und erwerbliche Abklärungen durch und verneinte mit Verfügung vom 25. September 2014 den Anspruch der Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 13/25).

Nachdem die Versicherte vom 16. November 2015 bis am 31. Juli 2016 bei der

A.____ AG angestellt gewesen war (Urk. 13/40), jedoch ab 12. April 2016 durchwegs zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben war (Urk. 13/30/2), meldete sie sich am

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

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. 1.3

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

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

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

E. 1.4

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, 13

E. 1.5

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung 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).

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

geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen).

E. 1.6

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). 2.

E. 2

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Daniel Christe, am 22. Oktober 2020 Beschwerde mit den Anträgen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Sache sei zur ergänzenden medizinischen Abklärung und zum Neuentscheid über die Invalidenrente an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Am 3. November 2020 reichte sie zudem ergänzende medizinische Unterlagen ein (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Abweisung des Leistungsbegehrens im Wesentlichen damit, dass die medizinischen Abklärungen ergeben hätten, dass die Beschwerdeführerin ausgenommen von den stationären Aufenthalten immer vollständig arbeitsfähig gewesen sei und daher kein Anspruch auf eine Invalidenrente entstanden sei (Urk. 2 S. 1). Der psychiatrische Gutachter habe abweichend von den behandelnden Ärzten keine psychische Störung diagnostiziert; dies lasse sich mit der Tatsache

erklären, dass behandelnde Ärzte aufgrund ihrer Vertrauensstellung eher Aussagen zu Gunsten ihrer Patienten machen würden und auch nicht zwischen Aggravation/Simulation beziehungsweise Verdeutlichung unterscheiden müssten. Der von der Beschwerdeführerin vorgebrachte Einwand, der psychiatrische Gutachter sei voreingenommen gewesen, lasse sich sodann ebenfalls nicht bestätigen. Im psychiatrischen Gutachten seien die gestellten

Diagnosen in nachvollziehbarer Weise hergeleitet worden. Die früher gestellten Diagnosen seien diskutiert und plausibel begründet verworfen worden, dies vor allem auch vor dem Hintergrund der während der Begutachtung erhobenen Diskrepanzen und Inkonsistenzen sowie der aggravierten Symptompräsentation und der negativen Antwortverzerrung während der neuropsychologischen Untersuchung (Urk. 2 S. 2 f.).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte dagegen vor, auf das MEDAS-Gutachten und insbesondere auf die psychiatrische Teilbegutachtung könne nicht abgestellt werden. Das Gutachten werfe ihr unbegründet täuschendes Verhalten über ihre psychischen Beschwerden vor. Die darin vertretene Auffassung würde letztlich bedeuten, dass sie sich wiederholt monatelang in stationäre Behandlung begeben habe, um den Anschein einer schweren psychischen Erkrankung zu erwecken. Dies sei absolut lebensfremd und deute vielmehr auf eine negative Voreingenommenheit des Gutachters hin. Weiter könne nicht davon ausgegangen werden, dass sich die behandelnden Institutionen und Therapeuten ohne weiteres und ausnahmslos hätten täuschen lassen (Urk. 1 S. 10). Die zahlreichen fachpsychiatrischen Berichte über die jahrelang intensiv durchgeführten psychiatrischen Behandlungen mit verschiedenen, jeweils monatelangen stationären Therapien widersprächen dem Vorwurf des täuschenden Verhaltens. Auch inhaltlich vermöge das Gutachten nicht zu überzeugen. Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung habe der Gutachter Befunde erhoben, die für eine wesentliche psychiatrische Erkrankung, insbesondere eine Depression, sprächen. Er habe diese jedoch wegen der angeblichen Inkonsistenzen in Bezug auf die neuropsychologische und auch die neurologische Begutachtung als vorgetäuscht bzw. aggraviert angesehen. Das neuropsychologische Gutachten halte jedoch lediglich fest, dass keine validen Ergebnisse vorlägen (Urk. 1 S. 12). Zudem setze sich der psychiatrische Gutachter nicht seriös mit den Behandlungsberichten auseinander. Er habe es nicht einmal für notwendig befunden, sich mit den Behandlern in Bezug auf die tatsächliche Schwere der psychischen Erkrankung auszutauschen, obwohl sie im Begutachtungszeitpunkt sogar in stationärer Behandlung gewesen sei. Gestützt auf die Behandlungsberichte sei entgegen dem Gutachten von einer anhaltenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Da praxisgemäss nicht ausschliesslich auf Berichte der behandelnden Ärzte abgestellt werde, bleibe nichts Anderes übrig, als die Sache zur Durchführung eines psychiatrischen Einzelgutachtens und zum nachfolgenden Neuentscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 13) .

E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin ergänzte in der Beschwerdeantwort, gestützt auf die Stellungnahme des RAD vom 10. Februar 2021 (Urk. 12) könne im Kurzaustrittsbericht der Integrierten Psychiatrie

C.____

vom 31. August 2020 (Urk. 6) aufgrund des psychopathologischen Befunds keine schwere depressive Symptomatik gemäss den ICD-10 Kriterien erkannt werden. Eine solche sowie auch die weiteren Diagnosen seien bereits im MEDAS-Gutachten verneint worden. Darüber hinaus habe der RAD Inkonsistenzen festgestellt. Es könne daher weiter auf das MEDAS-Gutachten abgestellt werden (Urk.

E. 2.4

Die Beschwerdeführerin hielt in der Replik im Wesentlichen fest, die RAD-Ärztin habe den Austrittsbericht der Integrierten Psychiatrie C.____ teilweise unvollständig beziehungsweise falsch oder zumindest sinnentstellend wiedergegeben. Die angeblichen Inkonsistenzen würden sich im Hinblick darauf, ihr ihren berechtigten Anspruch auf eine Invalidenrente zu verweigern, als konstruiert erweisen (Urk.

E. 2.5

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung der Beschwerdeführerin vom 23. März 2017 (Urk. 13/31) eingetreten. Es gilt somit zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im massgeblichen Zeitraum zwischen der Verfügung vom 25. September 2014 , mit welcher ein Anspruch auf eine Invalidenrente verneint worden war (Urk. 13/25), und der angefochtenen Verfügung vom 22. September 2020 (Urk. 2) insoweit verschlechtert hat, dass nunmehr ein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht. Dabei fällt ins Gewicht, dass die Beschwerdeführerin nach Lage der Akten ab 25. September 2013 zu 100 % arbeitsunfähig war (Urk. 13/1/3, Urk. 13/2/1, Urk. 13/2/12, Urk. 13/13/1). Damit war das gleichentags eröffnete Wartejahr (Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG) am

24. September 2014 abgelaufen. Mit der tags darauf erlassenen Verfügung hat die IV-Stelle dementsprechend das Leistungsgesuch mit der Begründung abgewiesen, es liege kein invalidisierendes psychisches Leiden vor (Urk. 13/25). Die vorliegende Leistungsprüfung hat daher unter dem Blickwinkel der Neuanschuldung zu erfolgen (BGE 97 V 59). 3.

3.1

Die Verfügung vom 25. September 2014 beruhte im Wesentlichen auf der Aktenbeurteilung von RAD-Ärztin Dr. med .

E.____ , praktische Ärztin, welche die von der behandelnden Psychiaterin aufgrund der Diagnose einer Anpassungsstörung seit Behandlungsbeginn am 21. Oktober 2013 attestierte Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 13/19) zwar als nachvollziehbar erachtete, jedoch davon ausging, dass diese Diagnose unter adäquater fachpsychiatrischer Behandlung keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermöge. Die ebenfalls diagnostizierte zwanghaft anankastische Persönlichkeitsstörung habe bis im Oktober 2013 eine Arbeitstätigkeit ermöglicht und sei daher nicht primär zur Begründung der Arbeitsunfähigkeit heranzuziehen (Urk. 13/20/3). Da demnach kein invalidisierendes psychisches Leiden vorliege, wies die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren ab (Urk. 13/25). 3.2

3.2.1

Im Rahmen der erneuten Anmeldung vom 23. März 2017 wurden die folgenden medizinischen Unterlagen eingeholt:

Dr. med. F.____ , Facharzt für Psychiatrie, attestierte gegenüber dem Krankentaggeldversicherer der A.____ AG der Beschwerdeführerin ab 12. April 2016 eine durchgehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 13/30) auf grund einer schweren Depression (Urk. 13/38/ 9 ff.) .

Diese Einschätzung bestätigte der Vertrauensarzt des Krankentaggeldversicherers am 28. August und am 13. Oktober 2016 (Urk. 13/38/13, Urk. 13/38/23-24). Die Arbeitgeberin hatte

das Arbeitsverhältnis bereits

per Ende Juli 2016 gekündigt (Urk. 13/38/16) .

Am 21. November 2016 berichtete Dr. med. G.____, Facharzt für Neurologie, von rezidivierenden konvulsiven Anfällen und Bewusstseinsverlusten seit dem 26. Oktober 2016, die er medikamentös behandelte. Das MRI zeigte keinen epileptischen Fokus. Die Wiederaufnahme der Arbeit machte er abhängig von der weiteren Diagnostik (Urk. 13/38/27-28). 3.2.2

Die Beschwerdeführerin war vom 6. bis am 12. Januar 2017 in der Epilepsie-Klinik H.____ zur Differentialdiagnostik von epileptischen beziehungsweise nicht-epileptischen Anfällen hospitalisiert. Die behandelnden Fachpersonen stellten im Austrittsbericht vom 7. Februar 2017 im Wesentlichen die Diagnose von dissoziativen Anfällen sowie einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig unter pharmakologischer Behandlung leichtgradig ausgeprägt (Urk. 13/93/20). Bei der Beschwerdeführerin sei es erstmalig am 26. Oktober 2016 zu einem Bewusstseinsverlust mit Amnesie und beobachteten Konvulsionen gekommen. Seither seien diese Anfälle fast täglich aufgetreten, jeweils mit einer Dauer von etwa einer Minute (Urk. 13/93/20). Die Anfälle seien als dissoziativ zu werten. Patiententypische Anfälle seien während der Hospitalisation und mittels Langzeit-Video-EEG mehrfach registriert worden, ohne dass sich im EEG eine Veränderung der fortlaufenden Aktivität gezeigt habe (Urk. 13/93/21). Während der 115-stündigen Untersuchung seien keine epileptischen Potentiale registriert worden (Urk. 13/93/22).

Eine erneute Hospitalisierung der Beschwerdeführerin in der Klinik H.____ erfolgte vom 20. bis am 23. Februar 2017. Die behandelnden Fachpersonen hielten fest, die Beschwerdeführerin habe von einer deutlichen Reduktion der Anfälle berichtet. Sie seien jedoch in der Intensität stärker geworden und dauerten kürzer (Urk. 13/93/27). Im aktuell durchgeführten Langzeit-EEG nach Abdosierung vom Levetiracetam, welches epileptische Potentiale maskieren könne, seien erneut keine epileptischen Potentiale registriert worden. In der Zusammenfassung sei von dissoziativen Anfällen als Begleitsymptomatik einer schweren depressiven Störung auszugehen. Hinweise für eine Epilepsie hätten sich weiter hin keine ergeben (Urk. 13/93/28). Als Folge davon wurde die Beschwerdeführerin vom 27. Februar 2017 bis am 1. März 2017 in die Akutpsychiatrie der Integrierten Psychiatrie C.____, Zentrum D.____, überwiesen, wo sie in die Angst- und Depressionsstation angemeldet wurde (Urk. 13/41/2). 3.2.3

Med. pract. I.____, Oberärztin auf der Depressions- und Angststation der Integrierten Psychiatrie C.____, stellte in ihrem Bericht vom 20. Juni 2017 im Wesentlichen die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (seit 2012; ICD-10 F33.3) sowie dissoziative Krampfanfälle (seit Herbst 2016; ICD-10 F44.5; Urk. 13/41/1). Sie führte aus, die Beschwerdeführerin habe sich vom 11. April bis am 8. Juni 2017 in stationärer Behandlung auf der Depressions- und Angststation befunden. Die depressive Symptomatik sei im Verlauf des Aufenthaltes deutlich zurückgegangen. Ebenso sei es der Beschwerdeführerin gelungen, ihre angstbezogene Vermeidung zu reduzieren und bezüglich der dissoziativen Anfälle ihre Selbstwahrnehmung zu verbessern und auf Stresssignale früher zu reagieren (Urk. 13/41/3). Während des gesamten Aufenthaltes und bei Austritt sei sie zu 100% arbeitsunfähig gewesen (Urk. 13/41/4). Es wurde ein Übertritt in die tagesklinische Betreuung in Aussicht genommen, auf die die Beschwerdeführerin jedoch warten musste (

Urk. 13/46/6).

Vom 12. September bis am 15. November 2017 befand sich die Beschwerdeführerin in tagesklinischer Behandlung in der Akut-Tagesklinik für Erwachsene der Integrierten Psychiatrie C.____

(Urk. 13/48/1). Nach kurzzeitiger Verschlechterung des Zustandsbildes mit Zunahme der dissoziativen Anfälle und psychotischen Symptome (akustische Halluzinationen) konnte unter Medikation eine Verbesserung der depressiven Symptomatik und eine Rückbildung der Anfälle beobachtet werden. Die behandelnden Ärzte attestierten ihr im Bericht vom 27. November 2017 bei unveränderten Diagnosen eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und hielten fest, dass unter ambulanter psychotherapeutischer und ergotherapeutischer Behandlung sowie Wiedereingliederungsmassnahmen bei weiterer Stabilisierung des psychischen Zustandsbildes von einer mittelfristigen Steigerung der Arbeitsfähigkeit auszugehen sei (Urk. 13/48/2-3). 3.2.4

Die ab 8. Juni 2017 ebenfalls behandelnden Dr. med. J.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und K.____, Psychologin,

vom L.____

Institut, Psychotherapeutisches Ambulatorium, stellten in ihrem Bericht vom 5. Juli 2018 zusätzlich die Diagnose einer Panikstörung (ICD-10 F41.0). Es bestünden eine ausgeprägt depressive und eine psychotische (Hören von Geräuschen) Symptomatik sowie dissoziative Krampfanfälle. Aufgrund des aktuellen, einschränkenden Zustandes seien die Ressourcen der Beschwerdeführerin kaum zugänglich. Sie sei zu 100 % arbeitsunfähig; inwiefern die bisherige oder eine angepasste Tätigkeit zumutbar sei, sei im Moment nicht genau einschätzbar. Sie empfahlen eine Abklärung der Arbeitsfähigkeit durch Fachpersonen oder einen Case Manager oder auch eine berufliche Massnahme sowie die Prüfung einer Rente (Urk. 13/52/5 f.).

3.2.5

Die Beschwerdeführerin wurde vom 21. August bis am 16. Oktober 2018 erneut auf der Depressions- und Angststation der Integrierten Psychiatrie C.____

stationär behandelt. Die behandelnden Ärzte hielten im Verlaufsbericht vom 15. Januar 2019 einen verschlechterten Gesundheitszustand bei den Diagnosen dissoziativer Krampfanfälle (ICD-10 F44.5), einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), sowie eines Verdachts auf eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) fest (Urk. 13/65/1). Die Beschwerdeführerin habe im stationären Aufenthalt eine deutlich reduzierte Belastbarkeit gezeigt. Ihr Pflichtbewusstsein und ihr Perfektionismus führe bei den bestehenden psychiatrischen Erkrankungen zu Überforderung und vermehrtem Auftreten von dissoziativem Geschehen. Bei Eintritt und Austritt habe daher eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Es sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit auch in den nächsten Monaten nicht wiederhergestellt werden könne. Eine Eingliederung auf dem ersten Arbeitsmarkt erscheine auch mittelfristig unrealistisch (Urk. 13/65/2).

Erneut trat die Beschwerdeführerin am 13. März 2019 stationär in die Integrierte Psychiatrie C.____

ein, wo sie - auch im Zeitraum der Untersuchungen in der MEDAS M.____ (Urk. 13/93/2) - bis 1 2. Juni 2019 blieb (Urk. 13/90). 3.2.6

Im polydisziplinären Gutachten der MEDAS B.____

vom 5. August 2019 stellten Dr. med. M.____ , Facharzt für Neurologie, lic . phil. N.____ , Fach psychologe für Neuropsychologie, Dr. med . O.____ , Fachärztin für Allge meine Innere Medizin , und Dr. med. P.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, keine die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Diagnosen (Urk. 13/93/8). Den folgenden Diagnosen massen sie keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu (Urk. 13/93/8): - Angst und depressive Reaktion, gemischt (ICD-10 F43.22) - mögliche dissoziative Krampfanfälle (ICD-10 F44.5), gemäss intensiver epileptologischer

Abklärung in der H.____ -Klinik im Januar und Februar 2017 kein Hinweis für objektivierbare ictale Anfälle - nicht-authentische neuropsychologische Störung verschiedener Funktionen bei Aggravation - primäre episodische Migräne mit Aura bereits seit Kindesalter mit Tendenz zu Hypotonie und anamnestisch migräneassoziierten Ohnmachtsepisoden - Status nach Magenbypass-Operation 2014 aufgrund einer Adipositas, nun normalgewichtig

Die Experten führten in der Konsensbeurteilung aus, in der

klinischen neurologischen Untersuchung seien keinerlei Defizite aufgefallen. In der Vergangenheit sei dann auch ein MRI des Kraniaums völlig unauffällig gewesen. Die epileptologische Abklärung in der H.____ -Klinik im Januar und Februar 2017 habe im Übrigen keine Hinweise für eine ictale Genese der Anfälle erbracht, diese seien als dissoziativ bewertet worden

(vgl. Urk. 13/93/19 ff.) . Nebenbefundlich sei eine seit der Kindheit bestehende episodische Migräne mit Aura zu erwähnen, die in der Kindheit/Jugend zu gelegentlichen Ohnmachtsituationen geführt habe. Solche seien jedoch nach Angaben der Beschwerdeführerin nicht mehr aufgetreten. Da die Frequenz der Migräne zudem gering sei, sei diese versicherungsmedizinisch nicht relevant (Urk. 13/93/6) .

Da ictale Anfälle nicht objektivierbar seien, bleibe die Verdachtsdiagnose dissoziativer Anfälle. Jedoch müssten aufgrund der neuropsychologischen Untersuchung gewisse Zweifel bezüglich Häufigkeit und Dauer der Anfälle erhoben werden, sofern überhaupt welche vorliegen würden. Bezüglich des Beschwerdevortrages habe sich die Beschwerdeführerin als wenig verlässlich erwiesen, wie es sowohl die Serumspiegelkontrolle als auch das neuropsychologische Gutachten ergeben hätten . Betrachte man die aktuellen gutachterlichen psychischen Befunde unter Einbezug der Ergebnisse der neuropsychologischen Begutachtung, müssten erhebliche Zweifel an der Authentizität der angegebenen und dargestellten Symptomatik angemeldet werden. Insbesondere in der neuropsychologischen Begutachtung hätten sich erhebliche negative Leistungsverzerrungen ergeben , sowohl in der Form auffälliger Ergebnisse in einem Performanzvalidierungsverfahren , wo ein Fragebogen zu atypischen Symptomen einen deutlich über dem kritischen Wert der Beschwerdeübertreibung liegenden Befund ergeben habe, als auch in der Form erheblicher Inkonsistenzen innerhalb und zwischen den Tests und zwischen klinischer Beobachtung und den Ergebnissen der Testdiagnostik. Die Ätiologie solcher schwergradiger defizitärer Befunde

sei auch mit keiner der in Frage kommenden Diagnosen zu erklären. Auch hinsichtlich der Therapieaktivität falle auf, dass ausgerechnet zum Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung, trotz der bekannten Daten, eine stationäre Behandlung von der Beschwerdeführerin initiiert worden sei. Die im Rahmen der stationären Therapie verordneten Medikamente hätten in der Serumspiegelkontrolle sodann nicht in der zu erwartenden Höhe nachgewiesen werden können, die Wirkstoffspiegel seien deutlich unter dem therapeutischen Bereich gelegen und für solche durchaus höheren Dosen nicht angemessen. Die Compliance betreffend die stationäre Behandlung werfe somit einige Fragen auf. Auch die Schilderung, die offensichtlich nicht zuverlässig eingenommenen Medikamente hätten das Stimmenhören verbessert, lasse erhebliche Zweifel daran aufkommen, ob die Beschwerdeführerin überhaupt je Stimmen gehört habe. Auch sei das Verhalten im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung nochmals als aggraviert gegenüber dem deutlich entspannteren Ausdrucksverhalten im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung erschienen. Auch in der neurologischen Untersuchung habe keine tiefgreifende Depressivität festgestellt werden können. Diese sehr diskrepante Erscheinung stehe auch klar im Widerspruch zu den diagnostischen Einschätzungen der Integrierten Psychiatrie C.____, wo in deren vertrauensvollen therapeutischen Rolle aber auch keine Überprüfung der Befundkonsistenz vorgenommen worden sei. Die Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig unter thymoleptischer Behandlung schwer ausgeprägt, könne angesichts dieser hochgradigen Inkonsistenzen nicht belegt werden (Urk. 13/93/6 f.).

Zusammenfassend ergäben sich bei der Beschwerdeführerin so erhebliche Inkonsistenzen, dass ihr Verhalten als selektives, gezielt negativ leistungsverzerrendes Verhalten angesehen werden müsse. Es sei wahrscheinlich davon auszugehen, dass auch der aktuelle stationäre Aufenthalt in der Integrierten Psychiatrie C.____, der auf Wunsch der Beschwerdeführerin initiiert worden sei, dazu diene, ein schwereres Leidenbild zu demonstrieren, als tatsächlich vorliege. Ein derartiges, selbst solche komplexen Massnahmen planendes und umsetzendes Verhalten, setze durchaus starke Persönlichkeitsanteile voraus, mit einem hohen Grad an selbstbewusster Intentionalität, Zielstrebigkeit, Durchhalte- und Durchsetzungsfähigkeit und schliesse eine schwere Depression aus. Eine depressive Symptomatik habe im Rahmen der persönlichen gutachterlichen Untersuchungen denn auch nicht festgestellt werden können. Welche biografischen Daten der Diagnose einer PTBS, wie sie von der Integrierten Psychiatrie C.____

gestellt worden sei, zugrunde liegen sollen, erschliesse sich dem Gutachter nicht. Zwar habe sie ein traumatisches Elternhaus erlebt, Brückensymptome, welche die späte Diagnose einer PTBS rechtfertigen würden, hätten sich jedoch keine ergeben. Das erheblich inkonsistente Verhalten sei auch nicht auf der Grundlage einer krankheitswertigen psychischen Störungssymptomatik erklärbar. Ohne Arbeitsrelevanz sei allenfalls von der Diagnose Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22) auszugehen (Urk. 13/93/7).

Die Gutachter kamen zum Schluss, bei den dargestellten ausserordentlich starken Persönlichkeitsanteilen ergäben sich auch unter zu Grundelegung der Mini ICF APP keine Fähigkeitsstörungen. Wegen den invaliden Testergebnissen könne kein übliches Profil mit Ressourcen und Einschränkungen erstellt werden. Aus Sicherheitsgründen seien alle Arbeiten mit Gefährdungspotential im Falle von Bewusstseinsstörungen oder Bewusstlosigkeit zu vermeiden. Die Beschwerdeführerin sei in der bisherigen sowie in einer angepassten Tätigkeit ohne Leistungsminderung zu 100% arbeitsfähig. Dies gelte

auch durchgängig retrospektiv, abgesehen von den Zeiten der stationären Massnahmen (Urk. 13/93/9 f.). 3.2.7

In ihrer «Stellungnahme zum niedrigen Medikamentenspiegel» vom 28. Oktober 2019 erläuterten Dr. med. Q.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und die Psychologin K.____, beide vom L.____ Institut, Psychotherapeutisches Ambulatorium, die Beschwerdeführerin versichere, die Medikation verschreibungsgemäss einzunehmen, und berichte, durch die Medikation eine Entlastung der intensiven Emotionen sowie der psychotischen Symptome zu erleben. Sie sähen die Erklärung für den niedrigen Quetiapin-Spiegel im Blut in diversen möglichen Einflussfaktoren auf die Pharmakokinetik (Essverhalten, Rauchen, Geschlecht, Alter, Metabolismus usw.). Weiter gebe es individuelle Unterschiede in Aufnahme, Transport, Verteilung und Abbau von Medikamenten. Hinzu komme, dass die Beschwerdeführerin sich im Jahr 2014 einer Magen-bypass-Operation unterzogen habe. Es gebe Befunde, die auf eine veränderte Metabolisierung der Medikation nach einer solchen Operation hinweisen würden (Urk. 13/104). 3.2.8

Vom 17. Februar bis am 17. März 2020 sowie vom 5. Mai bis am 18. Juni 2020 war die Beschwerdeführerin auf der Spezialstation für Traumafolgestörungen der Integrierten Psychiatrie C.____

in stationärer Behandlung. Die behandelnden Fachpersonen stellten in ihrem Bericht vom 2. Juli 2020 auf ihrem Fachgebiet die Diagnosen einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), einer dissoziativen Störung, gemischt mit Abdriften und Krampfanfällen (ICD-10 F44.7), einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1), sowie einer Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst; ICD-10 F41.0; Urk. 13/113/3).

Im Zentrum der aktuellen Symptomatik stünden die dissoziativen Anfälle und Panikattacken. Die Beschwerdeführerin leide in unterschiedlicher Frequenz, teils mehrmals täglich, teils einmal alle zwei bis drei Tage, an den dissoziativen Anfällen, wobei sie stürze und für einige Minuten nicht ansprechbar sei. Die Stürze würden sie sehr verängstigen und ihr Selbstvertrauen und ihre Mobilität stark einschränken, da sie Angst habe, alleine das Haus zu verlassen. Im Verlauf hätten die Anfälle leicht abgenommen, dafür die Panikattacken zugenommen. Zudem leide sie an spontan auftretenden Intrusionen und massiven Körperflashbacks. Im Alltag leide sie unter starker Müdigkeit, Energielosigkeit und schneller Erschöpfbarkeit. Ein- und Durchschlafstörungen sowie regelmässige Alpträume würden die Regeneration erschweren. Starke Antriebslosigkeit führe zu einer eingeschränkten Alltagsbewältigung. Durch die geringen Therapieerfolge entwickle sie vermehrt Hoffnungslosigkeit und Lebensmüdigkeit. Selbstabwertung und das Gefühl, eine Last für andere zu sein, könnten zu suizidalen Krisen führen (Urk. 13/113/2). Mit Blick auf den psychiatrischen Krankheitsverlauf seit 2012 sowie die aktuelle Symptomatik und Therapieoptionen müsse mit einem weiterhin langwierigen Behandlungsverlauf gerechnet werden, in dem auch längerfristig nicht mit einer Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt gerechnet werden könne (Urk. 13/113/3). 3.2.9

Nachdem die Beschwerdeführerin in suizidaler Absicht Temesta zu sich genommen hatte, wurde sie am 7. August 2020 per ärztliche r

fürsorgerischer Unterbringung (FU) notfallmässig auf die Akutstation für Erwachsene der Integrierten Psychiatrie C.____

eingewiesen. Die behandelnden Ärzte gingen neben den bereits bekannten Diagnosen im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung aktuell von einer schweren depressiven Episode aus und berichteten, die Beschwerdeführerin habe sich zunächst müde, schwach und mit verwaschener Stimme präsentiert. Im weiteren Verlauf habe sie sich glaubhaft von Selbst- und Fremdgefährdung distanzieren können, so dass die FU habe aufgehoben werden können. Auf eigenen Wunsch sei sie am 10. August 2020 entlassen worden (Urk. 6 S. 2).
3.2.10

In ihrer Stellungnahme vom 15. September 2020 hielt RAD-Ärztin Dr. med.

R.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, im Bericht vom 1. Juli 2020 seien im Vergleich zum 15. Januar 2019 keine neuen medizinischen Fakten aufgeführt. Bemerkenswert sei, dass im letztgenannten Bericht ausser Depersonalisations- und Derealisationserleben sowie dissoziativen Phänomenen, die im Übrigen unspezifisch seien und auch bei psychisch gesunden Menschen vorkommen könnten, keine traumaspezifischen Symptome beschrieben worden seien. Im neusten Bericht hingegen sei plötzlich ein Strauss von traumaspezifischen Symptomen wie Intrusionen, Körperflashbacks und Schreckhaftigkeit beschrieben, was wenig glaubhaft erscheine. Bei erheblichen Zweifeln am Beschwerdevortrag, nicht validen neuropsychologischen Testresultaten und verschiedensten Inkonsistenzen seien im MEDAS-Gutachten vom 5. August 2019 die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwergradig (ICD-10 F33.3) und einer PTSD (ICD-10 F43.1) diskutiert und verneint worden. Es könne weiter hin auf das Gutachten abgestellt werden (Urk. 13/116/5).

In ihrer Stellungnahme vom 13. Januar 2021 zum Kurzaustrittsbericht der Integrierten Psychiatrie C.____

vom 31. August 2020 erläuterte Dr. R.____, aufgrund des psychopathologischen Befundes könne keine (schwere) depressive Symptomatik gemäss den ICD-Kriterien erkannt werden. Die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), sei also nur aufgrund des «Suizidversuchs» gestellt worden, da gemäss ICD-10 bei einer diagnostizierten Depression ein Suizidversuch immer als schwere Depression bezeichnet werden müsse. Ein Suizidversuch alleine könne aber keine (schwere) Depression begründen und da im plausibel nachvollziehbaren MEDAS-Gutachten keine Depressions-Diagnose gestellt worden sei, könne weiterhin nicht von einer (schweren) Depression ausgegangen werden (Urk. 12 S. 1). Weiter seien Inkonsistenzen ersichtlich, wie zum Beispiel einerseits die Aussage der Beschwerdeführerin, dass ihr nicht bewusst gewesen sei, dass sie so viel Temesta eingenommen habe, und andererseits der angebliche Abschiedsbrief. Ferner sei die Beurteilung, dass der Suizidversuch im Rahmen der möglichen dissoziativen Störung geschehen sei (vgl. dazu Urk. 6 S. 2 unten), wenig nachvollziehbar, da die Beschwerdeführerin sich diesfalls

nicht daran hätte erinnern können. Ebenfalls hochauffällig sei, dass eine dreitägige Behandlung genügt habe, um eine angeblich schwere Depression zu verbessern. Insgesamt seien keine neuen medizinischen Tatsachen vorgebracht worden, so dass weiterhin auf das MEDAS-Gutachten abgestellt werden könne (Urk. 12 S. 2). 3.2.11

In ihrem Bericht zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin vom 2. März 2021, bezog sich Dr. J.____

auf die RAD-Beurteilung vom 13. Januar 2021 und stellte neben den weiteren bekannten Diagnosen wiederum die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1). Sie hielt fest, aufgrund der komplexen Symptomatik und des

chronifizierten

Krankheitsbildes sei die Beschwerdeführerin kontinuierlich arbeitsunfähig. Der Suizidversuch sei im Rahmen eines hochkomplexen und chronifizierten Krankheitsbildes, eines medikamentösen Umstellungsprozesses und von zusätzlichen psychosozialen Belastungsfaktoren geschehen. Weil die Beschwerdeführerin sich von der Suizidalität distanziert habe und in der Integrierten Psychiatrie C._____

bekannt sei, sei sie auf eigenen Wunsch gegen ärztlichen Rat am 10. August 2021 in Begleitung ihres Ehemanns nach Hause entlassen worden. Der weitere Stabilisierungsprozess sei im ambulanten Setting in wöchentlichen Abständen durchgeführt worden (Urk. _____).

E. 5

-6). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 10. Februar 2021 unter Beilage einer Stellungnahme des regionalärztlichen Dienstes (RAD) auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 11-12). Die Beschwerdeführerin hielt mit Replik vom 4. März 2021 an ihren Anträgen fest (Urk. 16), worauf die Beschwerdegegnerin am 3. Mai 2021 auf das Einreichen einer Duplik verzichtete (Urk. 19).

Hiervon wurde der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 4. Mai 2021 Kenntnis gegeben (Urk. 20).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG in der hier anwendbaren, bis am 31. Dezember 2020 in Kraft gewesenen Fassung (Art. 83 ATSG) kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- zu bemessen und vorliegend auf Fr. 800.-- festzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 6.2

Nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Als weitere Bemessungskriterien nennen die kantonalen Vorschriften das Mass des Obsiegens, den Zeitaufwand und die Barauslagen (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer] sowie § 7 Abs. 2 der Verordnung über die

Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht [GebV SVGer] Demzufolge ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine

ermessens - weise festgelegte Prozessentschädigung von Fr. 2'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 22. September 2020 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführer in eine Prozessentschädigung von Fr. 2'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Christe - 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 Die Gerichtsschreiberin FehrEngesser

E. 8

ATSG) sind.

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

E. 9

V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 11

S. 1 f.).

E. 16

S. 2). Insgesamt könne bei der psychiatrischen Beurteilung daher weder auf das MEDAS-Gutachten noch auf die RAD-Stellungnahme vom 13. Januar 2021 abgestellt werden. Es stelle sich ernsthaft die Frage, ob sogar bereits gestützt auf die übereinstimmenden Berichte sämtlicher Therapeuten und Institutionen ohne weitere Abklärungen von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden könne (Urk. 16 S. 4).

E. 17

ATSG. Gleiches gilt für die Stellungnahmen des RAD (vgl. Art. 59 Abs. 2 bis IVG und Art. 49 Abs. 1 IVV). Auf die Berichte der behandelnden Ärzte und auf die von ihnen attestierte Arbeitsunfähigkeit kann allein schon deshalb nicht abgestellt werden, weil sie diese Beurteilung nicht mit den Standardindikatoren plausibilisiert haben (BGE 143 V 418).

Daher wird die IV-Stelle weitere Abklärungen in Form einer neuerlichen psychiatrischen Begutachtung zu treffen und hernach

unter Berücksichtigung der Statusfrage erneut über den Rentenanspruch zu verfügen haben. Die somatischen Aspekte bedürfen

– bei der gegenwärtigen Aktenlage – grundsätzlich keiner weiteren Erhebungen. Der psychiatrische Sachverständige wird sich darüber auszusprechen haben, ob er allenfalls eine abermalige neuropsychologische Begutachtung für erforderlich hält. Zu diesem Zweck ist die Sache entsprechend dem Antrag der Beschwerdeführerin an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, was zur Gutheissung der Beschwerde führt. 6.

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