

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00153 vom 4. März 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-03-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00153

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00153 du 4 mars 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00153 del 4 marzo 2022

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1968, war zuletzt seit Oktober 2006 zu 100 % als Filialleiterin in der Modebranche tätig (Urk. 11/3 S. 4 Ziff. 5.4). Unter Hinweis auf Rückenbeschwerden meldete sich die Versicherte am 24. Februar 2011 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 11/3).

Mit Mitteilung vom 25. Januar 2012 (Urk. 11/35) wurde der Versicherten Kosten gutschprache für Integrationsmassnahmen ab Januar 2012 und mit Mitteilung vom 12. Dezember 2012 (Urk. 11/81) Kostengutschprache für eine berufsbegleitende Umschulung erteilt. Am 2. Februar 2015 (Urk. 11/116) wurde die Kostengutschprache für die Umschulung verlängert. Die beruflichen Massnahmen wurden mit Mitteilung vom 11. März 2015 (Urk. 11/124) per 31. März 2015 abgeschlossen, da sie aufgrund des Gesundheitszustandes der Versicherten zum jetzigen Zeitpunkt nicht eingliederungswirksam seien.

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog Akten der Krankentaggeldversicherung bei (Urk. 11/8) und holte bei der Y.____ AG ein polydisziplinäres Gutachten, das am 21. April 2016 erstattet wurde (Urk. 11/154), ein.

Mit Mitteilung vom 23. Mai 2016 (Urk. 11/156) wurde der Versicherten eine Mitwirkungspflicht im Sinne einer Durchführung einer stationären Überprüfung der Medikation zur Verbesserung des Gesundheitszustandes auferlegt. Mit Mitteilungen vom 19. September 2016 (Urk. 11/167), 30. Dezember 2016 (Urk. 11/169), vom 3. Mai 2018 (Urk. 11/183) und vom 10. Januar 2019 (Urk. 11/197) wurde an der auferlegten Massnahme festgehalten.

Die IV-Stelle holte sodann

bei der Z.____ ein psychiatrisches Gutachten ein, das am 26. Februar 2020 erstattet wurde (Urk. 11/219).

Mit Mitteilung vom 24. April 2020 (Urk. 11/220) wurde der Versicherten eine Schadenminderungspflicht im Sinne der Weiterführung der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung sowie Kontrollen der Methylphenidatdosis und labormedizinische Kontrollen gemäss Vorgaben im Gutachten der Z.____ auferlegt.

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 11/224, Urk. 11/228, Urk. 11/239) sprach die IV-Stelle der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 54 %

mit Verfügung vom 4. Februar 2021 eine halbe Rente mit Wirkung ab dem 1. April 2015 zu (Urk. 11/241, Urk. 11/249 = Urk. 2).

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 nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden. 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). 1.

E. 2

Ziff. 1) , eventuell sei die Angelegenheit für weitere Abklärungen und zur Neuentscheidung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (S. 2 Ziff. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, dass die Beschwerdeführerin ab dem 1. 2. August 2010 in der Ausübung der angestammten Tätigkeit im Verkauf in unterschiedlichem Ausmass eingeschränkt sei. Ein Rentenanspruch entstehe solange nicht, wie im Rahmen der beruflichen Eingliederungsmassnahmen ein IV-Taggeld ausbezahlt werde. Der Beschwerdeführerin sei bis zum 31. März 2015 durchgehend ein IV-Taggeld ausbezahlt worden. Aus medizinischer Sicht (somatisch und psychiatrisch) sei ihr ab Juni 2011 die Ausübung jeglicher den Fähigkeiten entsprechenden leichten, die Wirbelsäule wechselnd belastenden angepassten Tätigkeit zu 50 % möglich und zumutbar. Der Einkommensvergleich gestützt auf die statistischen Werte ergebe einen Invaliditätsgrad von 54 % .

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt (Urk. 1), es könne ihr keine Verletzung der Schadenminderungspflicht entgegengehalten werden und eine Verpflichtung zu einem Klinikaufenthalt sei nicht zumutbar. Die Ausführungen im ersten Gutachten würden nicht auf vollständigen Unterlagen beruhen und überzeugten auch fachlich nicht. Das erste Gutachten sei nicht nachvollziehbar und leuchte nicht ein, erst recht nicht die Schlussfolgerung. Beim zweiten Gutachten bestehe der Mangel, dass sich die Beschwerdeführerin nicht habe zum Gutachter Dr. A.____ äussern können, was ihr rechtliches Gehör verletzt habe. Inhaltlich wird moniert, dass Dr. A.____ und Dr. C.____ die dissoziativen Zustände als Folgen einer Methylphenidatüberdosierung beurteilt hätten, obschon aufgrund der von Dr. D.____ eingereichten Unterlagen keine Überdosierung vorhanden gewesen sei und aus der Geschichte der Beschwerdeführerin eine schwere Traumatisierung in der Kindheit sowie später weitere Traumatisierungen in der Lehre und dann wieder ab der Kündigung hervorgingen (S. 12 f.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob auf das psychiatrische Gutachten vom 26. Februar 2020 abgestellt werden kann. 3.

E. 3

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 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). 1.

E. 3.1

Dr. med. Werner Fuchs, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Rheumatologie, erstattete sein rheumatologisches Gutachten zuhanden der Krankentaggeldversicherung am 24. Januar 2011 (Urk. 11/8/14-31) gestützt auf die Untersuchung der Beschwerdeführerin sowie die Akten. Er nannte folgende Diagnosen (S. 17 Ziff. 4): - chronifizierte Kreuz- und Beinschmerzen links unklarer Ätiologie bei - fehlendem organischem Korrelat - nicht-organischen Befunden - seit Jahren bestehendem generalisiertem Schmerzsyndrom

- Verdacht auf somatoforme Störung - Adipositas - arterielle Hypertonie und Ruhetachykardie

Er führte aus, das angegebene Behinderungsbild werde nicht plausibel. Die von der Beschwerdeführerin angegebene Schmerzhaftigkeit tieflumbal sowie der seitlichen Hüfte links sei subjektiv und lasse sich klinisch nicht objektivieren. Eine leicht vermehrte Beschwielung unter dem linken Vorfuss lasse eine habituelle vermehrte Belastung dieses

Bereichs vermuten, was gegen ein länger dauerndes Schonen der linken unteren Extremität spreche. Zudem zeige sich auch keine schonungsbedingte Verschmächtingung des linken Beines. Auch wenn das aktuell auffallende Gangbild, das kaum die linke untere Extremität entlaste, während und nach der Untersuchungssituation recht konstant habe beobachtet werden können, fänden sich somit keine objektivierbaren Schonungszeichen. Während der Untersuchung hätten zudem Selbstlimitierungen dominiert, welche die Untersuchung stark erschwert hätten. So seien muskuläre und konditionelle Defizite dringend zu vermuten, hätten durch die Untersuchung jedoch nicht objektiviert werden können (S. 14 f.). Aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht bestehe ein unklares Schmerzsyndrom, das diagnostisch nicht eingereiht werden könne. Für die Diagnose einer Fibromyalgie fehlten die notwendigen generalisierten Tenderpoints. Allenfalls müsste von einem lokalisierten weichteilrheumatischen Syndrom im Sinne einer Periarthropathia

coxae gesprochen werden, was den kleinsten Teil der Symptomatologie und schon gar nicht die vorliegende Chronifizierung

erkläre. Der konstant hohe, durch keine Massnahmen signifikant beeinflussbare Schmerzpegel spreche für eine Schmerzverarbeitungsstörung, also eine Problematik auf Verhaltenzebene. Die eindeutig nachweisbaren nicht-organischen Befunde sprächen gegen eine ausschliesslich unbewusste Problematik. Als Rheumatologe könne er jedoch allein auf die Diskrepanzen zwischen den geklagten Beschwerden und Behinderungen sowie den objektivierbaren klinischen Befunden hinweisen, was eine somatoforme Schmerzstörung nahelege (S. 15). Zumindest eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit lasse sich nur begründen mit einer relevanten Diagnose und einem entsprechenden Schweregrad. Als Rheumatologe könne er keine solche Diagnose stellen (S. 15 unten). Das von der Beschwerdeführerin präsentierte Störungsbild erstaune durch seinen Chronifizierungsgrad, wenn diese ihre Beschwerden erst seit nicht einmal einem Jahr angebe (S. 16).

E. 3.2

Dr. med. Hanno Lührssen, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete sein psychiatrisches Gutachten zuhanden der Krankentaggeldversicherung am 7. März 2011 (Urk. 11/8/1-5) gestützt auf die Untersuchung der Beschwerdeführerin sowie die Akten.

Er führte aus, es gebe Hinweise für eine emotionale Instabilität im Zusammenhang mit belastenden Themen, bei denen die Beschwerdeführerin wiederholt weinen müsse und Kränkungs- und Belastungserleben im Zusammenhang mit ihren letzten Arbeitsplätzen und dort subjektiv empfundenen Schikanierungen vermittele. In der Persönlichkeitsstruktur bestünden dependente, zur Überforderung neigende Züge bei hohem Leistungsanspruch an sich selbst. Die Schmerzbeschwerden würden im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung ohne demonstrative oder aggravierende Komponenten berichtet (S. 3).

Bei der Beschwerdeführerin habe sich im Zusammenhang mit der berichteten Überlastung am letzten Arbeitsplatz ein psychophysischer Erschöpfungszustand mit einer beschriebenen Symptomatik, die retrospektiv einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21) zugeordnet werden könne, sowie ein berichtetes ubiquitäres Weichteilschmerzsyndrom, das rheumatologisch in einer entsprechenden Begutachtung im Januar 2011 mit der somatischen Befundlage nicht habe hinreichend erklärt werden können, entwickelt.

Psychiatrisch fänden sich aufgrund der angedeuteten, ein Schmerzerleben potentiell mit verstärkenden biographischen Belastungen und daraus resultierenden innerpsychischen Konfliktdynamiken Verdachtsmomente für die Diagnose einer durch psychische Faktoren

verstärkten erschwerten Schmerzverarbeitung (ICD-10 F54). Differentialdiagnostisch müsse auch an die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) gedacht werden. Aufgrund der aktuell vorliegenden Informationen und Befunde könne letztere Diagnose aber zum jetzigen Zeitpunkt nicht definitiv gestellt werden und es müsse diesbezüglich eine Evaluation des Verlaufs erfolgen.

Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin müsse im vorliegenden Fall integrativ interdisziplinär beurteilt werden. Allein aus psychiatrischer Sicht könne aus der aktuellen Befundlage und den abgeleiteten Diagnosen beziehungsweise Verdachtsdiagnosen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden (S.

4).

E. 3.3

Die Ärzte der Z.____ berichteten am 24. August 2011 (Urk. 11/25) und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - Verdacht auf Persönlichkeitsstörung aus dem Cluster B mit histrionischen und emotional instabilen Zügen (ICD-10 F61.0), seit der Jugend - leichte bis mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F32.0), seit zirka Frühjahr 2010 Sie führten aus, die Beschwerdeführerin sei seit Juni 2011 bei ihnen in ambulanter Behandlung (S. 2 Ziff. 1.2). Bei entsprechender Psycho- und Pharmakotherapie sowie Behandlung der Schmerzen könne von einer positiven Prognose ausgegangen werden. Erschwerend könne die psychiatrische Doppeldiagnose, bestehend aus einer affektiven Erkrankung und Persönlichkeitsstörung gewertet werden. Prognostisch günstig zu werten sei der Wunsch der Beschwerdeführerin, endlich wieder Arbeit zu finden (S. 3 Ziff. 1.4). Als Filialleiterin in der Textilbranche bestehe seit dem 1. Juni 2011 bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3 Ziff. 1.6). Eine Arbeitsleistung in einer angepassten Tätigkeit sei zu prüfen. Eine Arbeitsleistung von bis zu 50 % , orientiert an den Ressourcen der Beschwerdeführerin wäre gut vorstellbar (S. 4 Ziff. 1.7).

E. 3.4

Die Ärzte der Z.____ berichteten am 29. März 2012 (Urk. 11/45), nannten die bereits am 24. August 2011 gestellten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und neu folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 3 Ziff. 1.1): - posttraumatische Belastungsstörung bei Typ II Trauma (angebliche körperliche Misshandlung durch den Vater über Jahre; ICD-10 F43.1) - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0)

Sie führten aus, die Beschwerdeführerin nehme ihre ambulanten Termine in einer Frequenz von einmal wöchentlich regelmässig wahr. Eine medikamentöse antidepressive Therapie habe etabliert werden können. Darunter zeigen sich das impulsive Verhalten und die gedrückte Stimmung leicht rückläufig. Vor allem die Einbindung in das Arbeitsbelastungstraining der Invalidenversicherung habe sich sehr positiv auf das Selbstwertgefühl der Beschwerdeführerin ausgewirkt. Diagnostisch lasse sich der Verdacht der aufgeführten Persönlichkeitsstörung erhärten. Die Arbeitsfähigkeit sollte nach Abschluss des Belastungstrainings erneut beurteilt werden. Für die weitere psychische Genesung sei der Erhalt einer Arbeitstätigkeit von grosser Bedeutung (S. 2). In den vergangenen Monaten sei es zu einer leichten Verbesserung im psychischen Befinden der Beschwerdeführerin gekommen. Unter Fortführung der ambulanten psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung sei durchaus von einer positiven Prognose auszugehen, wobei

der mittlerweile länger andauernde psychische Krankheitsverlauf mitberücksichtigt werden müsse (S. 4 Ziff. 1.4) .

E. 3.5

Dr. med. D.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 11. November 2013 (Urk. 11/98) und nannte als Diagnose eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0). Er führte aus, klinisch zeige die Beschwerdeführerin keine depressive Symptomatik , und es seien keine Anhaltspunkte für eine Persönlichkeitsstörung vorhanden (S. 1) . Unter dreimal 60-70mg Methylphenidat pro Tag sei es zu einer deutlichen Verbesserung der Aufmerksamkeitsstörung gekommen (S. 2) .

E. 3.6

Die Ärzte der Y.____ AG erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten am 21. April 2016 (Urk. 11/154) gestützt auf die Untersuchungen der Beschwerdeführerin sowie die Akten. Sie nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 35 Ziff. 5.5.1): - deutliche Affektlabilität im Rahmen der Differentialdiagnose (DD) Nebenwirkung der Therapie mit Elvanse - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren, leistungsorientierten, aber auch histrionischen Anteilen (ICD-10 F61.0) - einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0)

Sie führten aus, aus psychiatrischer Sicht gebe es zusammenfassend Funktions einschränkungen im Rahmen der deutlichen Affektlabilität. Die diagnostische Zuteilung dieser Symptomatik sei aufgrund der Akten und der Exploration weiterhin sehr schwierig. Als gegeben könne die Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsdiagnose erachtet werden, die auch neuropsychologisch belegt sei. Daneben kämen verschiedene differentialdiagnostische Fragestellungen (S. 33) . Da aus den Akten wie aber auch aus den Schilderungen der Beschwerdeführerin die Verbesserung der Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätssymptomatik nicht belegt sei, sei eine Korrektur der Medikation sinnvoll, am besten im stationären Rahmen, und nach erfolgter «Normalisierung» der Therapie wäre eine Neubeurteilung notwendig. Es handle sich bezüglich der jetzigen Therapie um eine Off-label-Medikation in einer Dosierung, die nicht nachvollzogen werden könne. Aggravation oder ähnliche Erscheinungen liessen sich nicht nachweisen. Auffallend sei, dass die Beschwerdeführerin zurzeit in einem Umfeld lebe, wo sie sehr eng

betreut werde, auf den Zug gebracht und auch abgeholt werde. Inwieweit sich dadurch auch ein sekundärer Krankheitsgewinn ergebe, sei schwer feststellbar. Als persönliche Ressourcen sei zu erwähnen, dass die Beschwerdeführerin deutlich ziel- und leistungsorientiert sei und dies auch genutzt werden könne, um weiterzukommen . (S. 34) . Aktuell sei die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit schwierig, da es nicht ganz klar sei, inwieweit die Symptomatik als Nebenwirkung der medikamentösen Therapie zu betrachten sei. Aus psychiatrischer Sicht bestehe ein instabiler Zustand, der angegangen werden sollte, sinnvollerweise in einem stationären Aufenthalt. Im Sinne von objektivierbaren Befunden sei die Beurteilung von Handicaps und Funktionen und Ressourcen aufgrund der Akten und der Exploration schwierig zu formulieren. Im Vordergrund stehe die Affektlabilität, in der die Beschwerdeführerin mittelgradig in der Durchhaltefähigkeit eingeschränkt sei (s. 35).

Internistisch zeige die Untersuchung keine Hinweise für eine radikuläre lumbale Läsion bei Fehlen sensibler und motorischer Ausfälle der Beine. Typische Symptome einer lumbalen Nervenwurzelreizung lägen nicht vor. Die berichteten Schmerz einstrahlungen in Richtung Hüfte seien pseudoradikulär, gingen also von der Segmentdegeneration der Lendenwirbelsäule (LWS), vorwiegend durch Überlastung myofaszialer Strukturen und der Wirbelgelenke aus. Dadurch ergäben sich Einschränkungen für LWS-belastende Tätigkeiten (S. 44).

Zurzeit sei die Beschwerdeführerin aufgrund der psychiatrischen Gesundheitsstörung nicht in der Lage, einer geregelten Arbeit nachzugehen. Im Vordergrund stehe derzeit ein instabiler Zustand, wobei es nicht ganz klar sei, inwieweit Nebenwirkungen von Elvanse einen Teil der geäußerten Symptomatik ausmachen würden, so dass weitere diagnostische und therapeutische stationär psychiatrische Massnahmen nötig seien. Die Symptomatik müsse objektiviert und durch medikamentöse Therapie normalisiert werden. Insofern bestehe nach den gutachterlichen Untersuchungsergebnissen Einigkeit darüber, dass die Beschwerdeführerin zurzeit nicht arbeitsfähig sei. Aus rein somatischer Sicht liege eine Arbeitsfähigkeit von 100 % seit dem 2. August 2010 vor (S. 48).

E. 3.7

Dr. D. ___ berichtete am 13. Juli 2016 (Urk. 11/163) und führte aus, das Aufmerksamkeitsdefizit und die Überaktivitätsstörung im Erwachsenenalter würden nach evidenzbasierter Medizin beziehungsweise Behandlungsalgorithmen behandelt. Initial sei die Beschwerdeführerin mit Methylphenidat (MPH) und sekundär mit Lisdexamfetamin behandelt worden (S. 1). Es könne mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin eine CES1 Gen Variante habe, die zu einer erhöhten Clearance von MPH führe. Während der ganzen Behandlungsdauer mit MPH habe die Beschwerdeführerin keine klinischen Zeichen einer Überdosierung gezeigt. Wegen der nachlassenden Wirkung von MPH sei im März 2015 auf Lisdexamfetamin gewechselt worden. Die Wirkung von Lisdexamfetamin sei bei der Beschwerdeführerin insgesamt nicht optimal gewesen. Trotz Wirkungsverlust sei die Beschwerdeführerin immerhin knapp in der Lage, ihre persönlichen Angelegenheiten zu erledigen. Aufgrund des Wirkungsverlustes des Lisdexamfetamin sei erneut auf die Substanz MPH in der retardierten Form gewechselt worden. Für eine stationäre Überprüfung der aktuellen Pharmakotherapie bestehe seines Erachtens keine Indikation. Die jetzige Dosierung von MPH sei nicht im Hochdosisbereich. Ein Absetzen der Stimulanzien wie MPH könne aus pharmakologischer Sicht abrupt erfolgen. Die Beschwerdeführerin habe bei Absetzen beziehungsweise Wechsel der Präparate auch nie Entzugssymptome gehabt. Eine stationäre oder ambulante Entzugsbehandlung sei nicht angezeigt. Eine Überprüfung der ADHS-Medikation beziehungsweise das Einholen einer Zweitmeinung könne im ambulanten Setting durchgeführt werden, da es keine plausiblen Gründe für eine stationäre Beobachtung über Wochen gebe (S. 2).

E. 3.8

Die Ärzte der Z. ___ berichteten am 28. Juli 2017 (Urk. 11/177) und nannten folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2 Ziff. 1.1): - Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (ICD-10 F90.0)

- Sie führten aus, die Beschwerdeführerin sei vom 15. Februar 2017 bis 15. März 2017 ambulant bei ihnen behandelt worden (S. 2 Ziff. 1.2). Das Ziel sei die Stabilisierung der

Symptomatik (S. 3 Ziff. 1.4). Bei ihnen erfolge keine Behandlung. Die Empfehlung sei weiterhin Methylphenidat in hohen Dosen (S. 3 Ziff. 1.5). Aufgrund der komplexen psychischen Störungen sei von einer hohen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, mindestens 80 % für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit (S. 3 Ziff. 1.6).

E. 3.9

Dr. med. A.____, Facharzt für Pharmazeutische Medizin, und med. pract. C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Z.____, erstatteten ihr psychiatrisches Gutachten am 26. Februar 2020 (Urk. 11/219) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchung der Beschwerdeführerin. Sie nannten folgende Diagnosen (S. 62 Ziff. 8): - Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) - Methylphenidat-Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F15.2)

Sie führten aus, während der Exploration seien das Auffassungsvermögen und die Aufmerksamkeit unbeeinträchtigt gewesen. Die Konzentration der Beschwerdeführerin sei in den Untersuchungssituationen auch über mehrere Stunden hinweg grundsätzlich vorhanden gewesen. Bezüglich Alltagsinhalten und bei Rückbezug auf Inhalte des ersten Untersuchungstermins hätten sich keine Anhaltspunkte für Gedächtnisstörungen gefunden (S. 53).

Affektiv sei die Beschwerdeführerin

euthym gewesen. Beim zweiten Termin sei auch mehrfaches Weinen zu beobachten gewesen, dies habe jedoch eher oberflächlich gewirkt, so dass nicht von einer Affektlabilität auszugehen sei. Die emotionale Schwingungsfähigkeit sei erhalten gewesen. Im Antrieb sei die Beschwerdeführerin unauffällig gewesen (S. 54).

Bereits die Hauptbeschwerde der Beschwerdeführerin, von ihr meist als «Weg sein» bezeichnet und als wesentlicher Grund für die Arbeitsunfähigkeit dargestellt, sei eine Herausforderung bezüglich der diagnostischen Einordnung.

An der diagnostischen Einordnung als Form der dissoziativen Störung, Trance- und Besessenheitszustände (ICD-10 F44.3), lasse einerseits die unklare und kaum durch unabhängige Beobachtung verifizierte Symptomatik, andererseits vor allem die Hochdosis-Methylphenidatbehandlung zweifeln. Aktuell sei eine durch die Hochdosis-Methylphenidatbehandlung ausgelöste vegetative Übererregbarkeit als besser erklärend für die Schreckreaktion als eine dissoziative Störung (S.

57 f.).

Auch wenn bei der Beschwerdeführerin zumindest zeitweise Symptome im Bereich der Aufmerksamkeitsleistung vorliegen hätten (und ja einmalig 2013 auch neuropsychologisch verifiziert worden seien), ließen sich auch gegenteilige Testergebnisse und alternative Erklärungen als ein ADHS finden. Diese alternativen Erklärungen (Hochdosis-Stimulanzientherapie, Reaktion auf life-events) hätten eine höhere Erklärungskraft als ein ADHS, so dass diese Diagnose nicht gestellt werde (S. 59).

Obwohl die Beschwerdeführerin mit ihrer von Gewalt und sexueller Gewalt (letzteres in den Vorakten nicht dokumentiert) geprägten Kindheit und Jugend über längere Zeit Ereignissen ausgesetzt gewesen sei, die eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) hätten auslösen können, habe sich eine solche bei ihr nicht manifestiert.

Mit Ausnahme

des berichteten Vermeidens von Einkaufszentren hätten sich anamnestisch oder in der Befunderhebung keine Beschwerden gefunden, die einem der typischen Merkmale einer PTBS zugeordnet werden könnten. Es sei allerdings davon auszugehen, dass ein Zustand «vegetativer Ü bererregtheit mit Vigilanzsteigerung » bestehe . Dieser sei aber naheliegender auf die Hochdosis- Stimulanzientherapie zurückzuführen. Auch die Kriterien für eine komplexe post traumatische Belastungsstörung nach ICD-11 sei bei Fehlen der Hauptkriterien als nicht gegeben anzusehen . Dass die Diagnose einer PTBS nach ICD-10 oder einer komplexen PTBS nach ICD-11 nicht zu stellen sei, bedeute nicht, dass das fortgesetzte Gewalterleben folgenlos an der Beschwerdeführerin vorbeigegangen wäre. Es sei davon auszugehen , dass die muskuloskelettalen Symptome, die Selbstwertproblematik und natürlich auch wichtige Lebensentscheidungen aufs Engste damit in Verbindung stünden (S. 60 f.) .

Angesichts von Dosiserhöhung und Toleranzentwicklung, verschieder körperlicher Beschwerden, kognitiver Folgen (Kopf erst abends klar, wenn volle Dosis gehabt), dem Versuch mit weniger Tabletten auszukommen, seien wesentliche Merkmale eines Abhängigkeitssyndroms erfüllt. Nicht unmittelbar nachweisen liessen sich die Vernachlässigung an derer Aktivitäten und das körperliche Entzugssyndrom. Dies lasse sich aber gut dadurch erklären, dass durch die problemlose medizinische Bereitstellung der Substanz derartige Probleme auch vermieden würden. Es sei die Diagnose eines Methylphenidat-Abhängigkeitssyndroms (ICD-10 F15.2) zu stellen (S. 61) .

Die Beschwerdeführerin scheine im Längsschnitt trotz widriger Umstände in Kindheit und Jugend hochgradig adaptiv, habe Schule und Berufsausbildung abschliessen können , sei von Arbeitgebern geschätzt und sogar in Leistungspositionen tätig gewesen und habe mehrjährige Partnerschaften gehabt . Erst 2010 sei es zum biographischen Bruch im Sinne einer Anpassungsstörung gekommen. Auch in der Gutachtensituation habe

es im Querschnitt in der zwischenmenschlichen Interaktion keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsproblematik gegeben . Aus diesen Gründen sei die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht zu stellen. Auch für die Diagnose einer Persönlichkeitsakzentuierung gebe es nicht hinreichend Anhaltspunkte. Es seien fundamental die spezifischen äusseren Umstände, nicht die Persönlichkeit als solche, die bei der Beschwerdeführerin dysfunktionale, sich wie derholende Interaktionsmuster unterhalten würden (S. 61 f.) .

Eine der wesentlich gutachterlich zu beurteilenden Fragen sei im vorliegenden Fall, ob eine Behandlung mit Methylphenidat in der vorliegenden Dosis gerechtfertigt sei . Leider habe Dr. D.____ hierzu nicht direkt befragt werden können , da eine diesbezügliche Anfrage per E-Mail unbeantwortet geblieben sei . Gemäss Angaben der Beschwerdeführerin

nehme sie aktuell Ritalin LA 40mg 9-15 beziehungsweise 9-18 (Angabe bei erstem Gutachtertermin) Tabletten am Tag, das heisse 360 bis 720mg Methylphenidat pro Tag. Gemäss Medikationsliste des Hausarztes belaufe sich die Dosierung hingegen auf 250mg pro Tag. Die Behandlung werde von Dr. med. D.____ in der Indikation einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung durchgeführt. Im pol ydisziplinären Vorgutachten und durch den RAD sei auf die off-label-Natur der Behandlung hingewiesen worden , sowie auf die Möglichkeit, dass zumindest ein Teil der Beschwerden der Beschwerdeführerin Folge der Behandlung seien. «Off-label» beziehe sich dabei nicht auf die Auswahl des Pharmakons , sondern auf den Einsatz in der aktuellen Dosierung. Soll eine Pharmakotherapie

durchgeführt werden, sei gemäss der aktuellen deutschen (S3) Leitlinie „Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitäts störung (ADHS) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter“ der Einsatz von Methylphenidat mit einem hohen Evidenzgrad untermauert und werde stark empfohlen. Gemäss Swissmedic-genehmigten Fachinformationen betrage die Maximaldosis jedoch 60 mg Methylphenidat täglich, das heisse die Beschwerdeführerin

werde aktuell off-label mit dem 4-12fachen der empfohlenen täglichen Höchstdosis behandelt (S. 65).

Zur Plausibilität der Einnahme sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin tatsächlich in der geschilderten Menge Methylphenidat einnehme. Die Beschwerdeführerin habe plastisch berichtet, dass sie erst gegen abends «einen klaren Kopf» bekomme, wenn sie die volle Dosis eingenommen habe. Sie habe auch berichtet, wie sie versuche, an bestimmten Tagen weniger Tabletten zu nehmen. Ausser dem fänden sich in der Auflistung der zu Lasten der Concordia abgerechneten Gesundheitskosten hohe Ausgaben für Medikamente, die mit Hochdosis-Stimulanzientherapie vereinbar seien. Dementsprechend gebe es keinen Grund, das Ausmass der Einnahme grundsätzlich anzuzweifeln. Zur gewünschten Wirkung gebe die Beschwerdeführerin an, dass sie körperlich ruhiger sei, besser funktioniere und die Konzentration besser sei. Nach der ersten Einnahme habe

sie gedacht «Wow, jetzt geht es mir wieder gut». Dieser Effekt stelle sich jetzt aber nicht mehr so ein. Auch die fortgesetzte Einnahme des Medikaments an sich, könne als Hinweis herangezogen werden, dass die Beschwerdeführerin bei sich einen positiven Effekt bemerke.

Insofern sei davon auszugehen, dass eine erwünschte Hauptwirkung vorhanden sei. Weitere erwünschte Wirkungen der Behandlungen dürften gemäss Angaben der Beschwerdeführerin

das Sistieren der Migräne sowie eine Förderung der starken Gewichtsreduktion sein.

Bezüglich möglichen Nebenwirkungen sei mit der Einschätzung von Dr. D.____ übereinstimmend davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin die Kriterien einer Stimulanz

Intoxication nach DSM-5 nicht erfüllt seien. Es fänden sich keine Hinweise auf eine akute, unter Umständen sogar lebensbedrohliche Vergiftung durch Überdosierung von Methylphenidat.

Dies allerdings als Beleg für Therapiesicherheit oder gute Verträglichkeit heranzuziehen, sei ein Fehlschluss. Es fänden sich verschiedene Beschwerden, die durchaus auf die Behandlung zurückzuführen sein könnten. Für sehr plausibel sei dies bei den Magenbeschwerden zu sehen. Als mögliche negative Konsequenzen stünden weiterhin eine Blutdruckhöhung mit Notwendigkeit einer antihypertensiven Therapie, die kardiovaskuläre Monitoring-Notwendigkeit, Sehstörungen mit Notwendigkeit einer Prismenbrille und Arthralgien im Raum. Eine besondere Tragweite habe die Frage, ob die Behandlung mit Methylphenidat bei der Beschwerdeführerin «Nervosität» auslöse, eine sehr häufige, aber schlecht operationalisierte Nebenwirkung des Medikaments. Es sei zumindest nicht sicher auszuschliessen, dass die einmalig beobachtete und anamnestisch sehr prävalente Hypervigilanz eine Form von Methylphenidat-assoziiertes «Nervosität» sei. Da es sich

beim «Weg sein» um eine der subjektiven Hauptbeschwerden der Beschwerdeführerin handle, komme der Klärung dieses Zusammenhangs hohe

Bedeutung zu. Zuletzt sei bei der Bewertung des Nebenwirkungsprofils die Frage der Abhängigkeitsentwicklung zu berücksichtigen, die bei der Beschwerdeführerin eingetreten sei (S. 66 f.).

Die Rechtfertigung des behandelnden Psychiaters Dr. D.____ für die Hochdosistherapie bestehe im Wesentlichen darin, dass ein therapeutischer Nutzen in der Indikation Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung vorliege, und dass es sich eigentlich gar nicht um eine Hochdosistherapie handle, da bei der Beschwerdeführerin ein beschleunigter Medikamentenabbau bestehe. Prinzipiell sei eine solche Argumentation pharmakologisch nachvollziehbar. Zugespitzt formuliert sei ja nicht die Anzahl Tabletten, die ein Patient einnehme (Dosis), sondern der Spiegel, der sich dadurch im Patienten aufbaue, für die Wirkung eines Medikaments entscheidend. Dieser Spiegel werde beeinflusst durch die Freisetzung des Medikaments, die Aufnahme in den Körper, die

Verteilung im Körper, den Stoffwechsel und die Ausscheidung. Die Argumente von Dr. D.____ seien im Wesentlichen, dass die hohe Dosis klinisch vertragen werde, und dass bei einer Spiegelbestimmung am 13. Dezember 2013 drei Stunden nach Methylphenidat-Einnahme ein Methylphenidat-Spiegel von 20 mg/l (Referenzbereich: 8-30 mg/l) und ein Ritalinsäure-Spiegel von 1120 mg/l (Referenzbereich: 80-300 mg/l, Ritalinsäure) gemessen worden sei. Die klinisch gute Verträglichkeit und die – in der Interpretation von Dr. D.____ unauffälligen oder akzeptablen – Spiegel seien erklärbar durch eine bislang in der Literatur noch nicht beschriebene, den Abbau von Methylphenidat beschleunigende Genvariante des Hauptabbauenzym von Methylphenidat, Carboxylesterase. Diese Schlussfolgerung sei auf Grundlage der vorhandenen Daten mindestens voreilig, vielleicht sogar falsch. Die naheliegendste Ursache für tiefer als erwartete Medikamentenspiegel sei Nichteinnahme des Medikaments. Die zweite noch wahrscheinlicher erscheinende Ursache für die

gegenüber der Dosis tiefen Spiegel sei ein Fehler in der Probenverarbeitung. Methylphenidat sei im Blut bei Raumtemperatur instabil. Aus diesem Grund müssten Blutproben baldmöglichst abzentrifugiert und eingefroren werden, ansonsten würden falsch tiefe Spiegel gemessen. Sollte tatsächlich ein präanalytischer Fehler gemacht worden sein, wäre der Methylphenidat Spiegel möglicherweise deutlich über dem Referenzbereich. Damit würde eine wesentliche Säule der Rechtfertigung für die Hochdosistherapie wegfallen (S. 67).

Sollten tatsächlich beide naheliegenden Ursachen für den tiefer als zu erwartenden Methylphenidat Spiegel von Dr. D.____ beachtet worden sein, sei

davon auszugehen, dass eine einzige Spiegelbestimmung (Ende 2013) angesichts der mittlerweile jahrelangen Hochdosistherapie mit einer Reihe von möglichen Nebenwirkungen nicht ausreiche, um Therapiesicherheit zu gewährleisten. Weiterhin sei zu beachten, dass die Beschwerdeführerin aktuell vermutlich zeitweise noch deutlich mehr einnehme (bis 720 mg täglich) als zum Zeitpunkt der Spiegelbestimmung. Ausserdem sei durch die Gewichtsreduktion der Beschwerdeführerin (im Ausmass von 30 % ihres Körpergewichts seit 2013) das Verteilungsvolumen von Methylphenidat deutlich geringer geworden, was wiederum die Spiegel aktuell deutlich erhöhen dürfte (S. 68 oben).

Wie das polydisziplinäre Vorgutachten kommt auch dieses Gutachten zum Schluss, dass eine valide psychiatrische Diagnostik und Einschätzung der Defizite erst nach Anpassung der Methylphenidat-Therapie möglich sei. Dies habe für die Beschwerdeführerin zweifellos massive Auswirkungen in der Lebensplanung. Zuletzt sei bezüglich der Rechtfertigung der Behandlung konkret zu überlegen, ob überhaupt eine Indikation bestehe.

Bezüglich der Methylphenidat-Therapie werde ein schrittweises Vorgehen empfohlen. Erstens sollten rasch neue Spiegelbestimmungen erfolgen, da es sich bei der aktuellen Hochdosisbehandlung mit Methylphenidat klar um eine dosisabhängige off-label-Behandlung handelt. An off-label-Behandlungen seien hinsichtlich des Therapiemonitorings generell höhere Anforderungen zu stellen. Konkret sollte die Einnahme der Medikation vor der Blutentnahme überwacht werden, um nicht durch Nichteinnahme falsch zu tiefe Spiegel zu messen. Ausserdem sollte der Entnahmezeitpunkt so gewählt werden, dass die für die Toxizität relevanten Spitzenspiegel gemessen würden. Ausserdem sollte die Probenbehandlung vorgängig mit dem analysierenden Labor besprochen und entsprechend durchgeführt werden. Ideal wäre die Bestimmung mehrerer Spiegel über den Tag hinweg verteilt, um die Pharmakokinetik wirklich zu bestätigen. In Abhängigkeit von den so methodisch sauber erhaltenen Methylphenidat-Spiegeln sollte dann das weitere Prozedere überlegt werden. Wenn – wie erwartet

– deutlich erhöhte Spiegel gemessen würden, sollte – zunächst ambulant – eine Dosisreduktion von Methylphenidat erfolgen. Es sei auch nicht von einer zwangsläufigen Abnahme der klinischen Wirksamkeit des Methylphenidats bei Dosisreduktion unter diesen Bedingungen auszugehen. Entscheidend für die Wirksamkeit eines Medikaments sei schlussendlich nicht der Spiegel im Blut, sondern das Ausmass der Besetzung seiner Zielstruktur.

Bezüglich allfälliger Nebenwirkungen sei jedoch mit einer deutlicheren Reduktion zu rechnen (S. 68).

Die ambulante psychotherapeutische Behandlung bei Dr. Steinacher sei als bislang zielführend und wirksam einzuschätzen. Die Beschwerdeführerin selbst berichte über die Fortschritte, die sie in der Behandlung gemacht habe und auch über die Erwartungen an weitere Therapieerfolge. Da in der Vergangenheit durch mehrere Therapeutenwechsel ein ungünstiger Krankheitsverlauf entstanden sei, wäre eine Konstanz hier wünschenswert. Eine Fortsetzung der ambulanten Psychotherapie werde die Alltagsbewältigung weiter verbessern. Es sei bewusst, dass hier die Weiterführung einer Therapie empfohlen werde, für die formal keine Diagnose bestehe. Dies sei jedoch nur ein scheinbarer Widerspruch: Zwar sei keine PTBS-Diagnose zu stellen, eine erhöhte Vulnerabilität bezüglich affektiver und Angststörungen sowie Somatisierungen aufgrund der geschilderten life-events (Konflikte im Elternhaus mit nachfolgendem Bruch, Aufwachsen im Heim) bestehe durchaus (S. 69).

Erst nach grundsätzlicher Überprüfung der Methylphenidat-Therapie sei die diagnostische wie auch prognostische Einordnung der Beschwerden der Beschwerdeführerin sinnvoll möglich.

Die langjährige Berufstätigkeit in der Vorgeschichte, ihre Teilnahme an den Wiedereingliederungsmassnahmen und ihre Fähigkeit ein soziales Netz aufrecht zu

erhalten, sei als prognostisch günstig anzusehen. Umgekehrt bestünden mehrere Faktoren, die sich negativ auf die Prognose auswirken dürften: Erstens wären hier die Krankheitskonzepte der Beschwerdeführerin zu nennen, die eher zu Passivität führen dürften (Unausweichlichkeit des Zustands als Missbrauchsfolge, Biologie-nahe und deswegen kaum beeinflussbare Dysorthographie, Dyskalkulie, Legasthenie und ADHS). Zweitens liege die letzte Berufstätigkeit nun schon neun Jahre zurück. Die Möglichkeit und Bereitschaft, sich den Ansprüchen einer Erwerbsarbeit auszusetzen, dürften über die Zeit immer geringer werden (S. 69 f.).

Aus der Lebensgeschichte der Beschwerdeführerin lasse sich ableiten, dass sie die notwendigen personalen und interpersonellen Ressourcen besitze (oder zumindest besessen habe), um Adversitäten zu bestehen und so gar als Motivationsfaktoren für sich nützlich zu machen. Die Beschwerdeführerin

sei grundsätzlich leistungs- und erfolgsorientiert gewesen und habe jahrelang zur Zufriedenheit ihrer Vorgesetzten in leitender Funktion gearbeitet.

Im Privaten verfüge sie über die Fähigkeit, ein enges soziales Netz langjährig aufrechtzuerhalten. Sie sei zu langjährigen Partnerschaften fähig, gleichzeitig aber auch in der Lage gewesen, diese zu beenden, wenn sie ihr nicht mehr entsprochen hätten. Weiterhin verfüge die Beschwerdeführerin über eine ganze Reihe lebenspraktischer Fähigkeiten wie Haushaltsführung und Behördenkontakte. Sie sei sogar in der Lage, sich Hilfe zu organisieren, um ihre Rechte nötigenfalls vor Gericht durchzusetzen. Als Belastungen bestehe bei der Beschwerdeführerin allem voran die erwähnten Life-Events, denen sie als Kind und Jugendliche ausgesetzt gewesen sei. Wie bereits beschrieben, sei davon auszugehen, dass diese Erfahrungen die Beschwerdeführerin vor allem im Bereich des Selbstwerts und im Umgang mit als bedrohlich

empfundene Situationen belasten. Ein weiterer Belastungsfaktor sei das Erleben der körperlichen Verfalltheit und des Verlustes des Nachgehens zuvor praktizierter handwerklicher Hobbies. Ausserdem zu nennen seien der enge finanzielle Spielraum, der die soziale Teilhabe der Beschwerdeführerin nach ihren Angaben einschränke und die fehlende Einbürgerung, die eine zusätzlichen Unsicherheitsfaktor beim Umgang mit dem Sozialamt schaffe. Als aufrechterhaltende Faktoren seien die Krankheitskonzepte der Beschwerdeführerin bezüglich Lernschwächen und ADHS zu erachten. Diese würden von ihr als unbeeinflussbare Determinanten ihres Zustandes betrachtet (S. 71 f.).

Aufgrund der beeinträchtigten Konzentration, Schreckhaftigkeit, verringerten Durchhaltefähigkeit sowie der Tendenz zu inadäquater Kommunikation in Drucksituationen sei die Beschwerdeführerin

in der bisherigen Tätigkeit 0% arbeitsfähig (S. 72). Diese Arbeitsunfähigkeit bestesse seit dem Zeitpunkt des Vorgutachtens 2016, damals habe grössenordnungsmässig eine vergleichbare Symptomlast bestanden (S. 74).

Eine den aktuellen Beschwerden (beeinträchtigte Konzentration, Schreckhaftigkeit, verringerte Durchhaltefähigkeit

sowie Tendenz zu inadäquater Kommunikation in Drucksituationen) optimal angepasste Tätigkeit müsste sich in einem ruhigen Umfeld ohne grösseren Zeitdruck vollziehen, im Sinne einer Bürotätigkeit. Aufgrund der eingeschränkten Fähigkeit mit Kritik umzugehen, wäre eine Tätigkeit mit einem eigenen Aufgabenbereich wünschenswert. Aus der aktuellen

Hochdosis-Methylphenidattherapie mit dem resultierenden Abhängigkeitssyndrom und vegetativer Übererregbarkeit liasse sich aktuell eine mittelgradige Reduktion der Belastbarkeit ableiten. Dementsprechend sei eine Präsenzzeit von 5 Stunden (60 %) möglich. Es bestehe während dieser Anwesenheitszeit eine 15%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Grund hierfür seien kognitive Beeinträchtigungen (vor allem der Konzentration) und eine Hypervigilanz. Gesamthaft bestehe somit seit April 2016 (Zeitpunkt Vorgutachten Y. ___ AG) eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt von 50 % bezogen auf ein 100% - Pensum (S. 74 f.) . 4.

E. 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, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1.

E. 4.1

Die psychiatrischen Gutachter konnten in ihrem Gutachten vom Februar 2020 (vgl. vorstehend E. 3.9) als Diagnose eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) sowie ein Methylphenidat-Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F15.2) nennen und gingen davon aus, dass die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei und in einer angepassten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestehe.

E. 4.2

Das Gutachten von Dr. A. ___ und med. pract. C. ___ vom Februar 2020 erfüllt die formalen Beweiswert-Anforderungen (vorstehend E. 1.6) ohne weiteres, ist es doch für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der ihnen zur Verfügung gestellten Vorakten (Anamnese) abgegeben.

Darüber hinaus leuchtet es in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und enthält nachvollziehbar begründete Schlussfolgerungen, weshalb darauf abgestellt werden kann.

Eine entsprechende Prüfung ergibt denn auch, dass die psychiatrischen Gutachter die heute massgebenden Standardindikatoren (vorstehend E. 1.5) in ihre Beurteilung weitestgehend einbezogen haben.

So haben sie sich einlässlich mit den diagnostisch relevanten Befunden und deren Ausprägung auseinandergesetzt (Urk).

E. 4.3

Nachdem sich die Gutachter Dr. A.____ und med. pract. C.____ in ihrer Beurteilung (auch) an den Standardindikatoren orientiert haben, ist die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob sie sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt haben (BGE 141 V 281 E. 5.2.2), klar zu bejahen. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage lassen sich anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen (BGE 144 V 50 E. 3.4). Mithin erfüllt das Gutachten sowohl die praxisgemässen herkömmlichen Anforderungen (vorstehend E. 1.6) als auch diejenigen des strukturierten Beweisverfahrens (vorstehend E. 1.3-1.5). Somit ist betreffend die Diagnosen wie auch hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit auf das Gutachten von Dr. A.____ und med. pract. C.____ abzustellen.

E. 4.4

Die Beschwerdeführerin wurde mit Schreiben vom 21. November 2019 (Urk. 8/213) sowie mit Schreiben vom 8. Januar 2020 (Urk. 8/217) zur Begutachtung aufgeboten und gleichzeitig darüber informiert, dass Dr. A.____ (neben med. pract. C.____) am Gutachten mitwirken werde. Das Vorbringen der Beschwerdeführerin, dass sie nicht vorab über das Mitwirken von Dr. A.____

informiert worden sei, schlägt ent sprechend fehl. Darüber hinaus werden keine Einwände gegen das Mitwirken von Dr. A.____ vorgebracht und auch keine konkreten Ausstands- und Ablehnungsgründe geltend gemacht. Aus den Akten sind denn solche auch nicht ersichtlich.

E. 4.5

4.5.1

Am 24. April 2020 (Urk. 11/220) auferlegte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin eine Schadenminderungsspflicht. Sie verlangte die Durchführung folgender Massnahmen: Die ambulante psychotherapeutische Behandlung sei weiterzuführen. Es seien Kontrollen der Methylphenidatdosis und labormedizinische Kontrollen gemäss Vorgaben im Gutachten der Z.____ vom 26. Februar 2020 durchzuführen, wobei auf eine korrekte Probeentnahme und den Versand zu achten sei. Die Kontrolle sei vorzugsweise stationär durchzuführen, da die Einnahmeüberwachung im ambulanten Bereich schwierig sei. Bei Vorliegen einer Methylphenidatüberdosierung sei ein Wechsel auf alternative Produkte zu prüfen. Im Begründungsteil der angefochtenen Verfügung vom 4. Februar 2021 (Urk. 2) wird darauf verwiesen, dass die Beschwerdeführerin zusätzlich zur Renten zusprache eine Verpflichtung zur Schadenminderung erhalten habe. Die Einhaltung dieser Verpflichtung werde mit einer Rentenrevision überprüft. 4.5.2

Die Beschwerdeführerin stellt sich auf den Standpunkt (Urk. 1 S. 12 f.), die Verpflichtung zu einem Klinikaufenthalt sei nicht zumutbar, da die Invalidenversicherung die Kosten nicht übernehme und auch keine Indikation dafür bestehe. Im Übrigen hätte ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müssen. 4.5.3

Im Gebiet der Invalidenversicherung gilt ganz allgemein der Grundsatz, dass die invalide Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern (BGE 113 V

22 E. 4a mit Hinweisen). Dieses Gebot der Selbsteingliederung ist Ausdruck des in der ganzen Sozialversicherung geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht (vgl. BGE 120 V 368 E. 6b, 117 V 275 E. 2b), wobei jedoch von der versicherten Person nur Vorkehren verlangt werden können, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelalles zumutbar sind (BGE 113 V 22 E. 4a mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; ZAK 1989 S. 214 E. 1c). Als Ausdruck der allgemeinen Schadenminderungspflicht geht die Pflicht, die notwendigen Schritte zur Selbsteingliederung zu unternehmen, nicht nur dem Renten-, sondern auch dem gesetzlichen Eingliederungsanspruch vor (Urteil des Bundesgerichts 9C_356/2014 vom 14. November 2014 E. 3.1 mit Hinweisen auf Urteile I 116/03 vom 10. November 2003 E. 3.1 und I 145/01 vom 12. September 2001 E. 2b).

Für die Beantwortung der Frage nach der Zumutbarkeit der Behandlung oder Eingliederungsmassnahme im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG kann auf die zu Art. 31 Abs. 1 IVG in der bis 31. Dezember 2002 gültig gewesenen Fassung ergangene Rechtsprechung verwiesen werden, da sich diesbezüglich mit dem neuen Recht nichts geändert hat (vgl. auch SVR 2007 IV Nr. 34 S. 121, E. 3.1, I 744/06; Urteile des Bundesgerichts I 1068/06 vom 31. August 2007 E. 2.2 und I 824/06 vom 13. März 2007 E. 3.1.1). Danach sind die gesamten persönlichen Verhältnisse, namentlich die berufliche und soziale Stellung der versicherten Person, zu berücksichtigen. Massgebend ist aber das objektiv Zumutbare, nicht die subjektive Wertung des Versicherten (ZAK 1982 S. 495, E. 3; Urteil des Bundesgerichts I 105/93 vom 11. März 1994 E. 2a; Meyer-Blaser, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, Diss. Bern 1985, S. 189). Die gesetzliche Vorgabe, wonach Massnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, nicht zumutbar sind, bedeutet nicht, dass eine Vorkehrung, die keine solche Gefahr darstellt, automatisch zumutbar ist (ZAK 1985 S. 326, E.

1; Kieser, a.a.O., N 60 zu Art. 21; Meyer-Blaser, a.a.O., S. 138 f.); sie weist aber doch darauf hin, dass nur Gründe von einer gewissen Schwere zur Unzumutbarkeit führen. Die Zumutbarkeit ist sodann in Relation einerseits zur Tragweite der Massnahme, andererseits zur Bedeutung der in Frage stehenden Leistung zu beurteilen. Insbesondere bei medizinischen Massnahmen, die einen starken Eingriff in

die persönliche Integrität der versicherten Person darstellen können, ist an die

Zumutbarkeit kein strenger Massstab anzulegen (ZAK 1985 S. 325 f., E. 1). Umgekehrt ist die Zumutbarkeit eher zu bejahen, wenn die fragliche Massnahme unbedenklich ist (RKUV 1995 Nr. U 213 S. 68 f., E. 2b). Sodann sind die Anforderungen an die Schadenminderungspflicht dort strenger, wo eine erhöhte Inanspruchnahme der Invalidenversicherung in Frage steht, namentlich wenn der Verzicht auf schadenmindernde Vorkehren Rentenleistungen auslöst (BGE 113 V 22 E. 4d.; SVR 2007 IV Nr. 34 S. 121, E. 3.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_128/2007 vom 14. Januar 2008 E. 3.1 mit Hinweisen).
4. 5 .4

Es ist festzuhalten, dass gemäss Gutachten eine berufliche Wiedereingliederung beziehungsweise eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit an die Bedingung einer dringenden Bestimmung des Methylphenidat - sowie Ritalinsäure spiegels und einer Dosisreduktion beziehungsweise langsames Ausschleichen der Therapie zu knüpfen sei . Dabei sei zu beachten, dass die Einnahme des Methylphenidats vorher durch Beobachtung zu verifizieren sei , und der Abnahmezeitpunkt sei in Abhängigkeit von den galenischen

Formen zu wählen. Darüber hinaus sei das Handling der Blutproben mit dem Labor abzusprechen. Es sollten über den Tag verteilt mehrere Spiegelbestimmungen erfolgen. Auch wenn bei den Bestimmungen tiefe Spiegel gefunden würden, werde empfohlen, ein Wechsel der Pharmakotherapie in Erwägung zu ziehen. In der Querschnittsuntersuchung und in Würdigung des Längsschnitts gebe es nicht hinreichend Gründe für die Stellung der Diagnose einer ADHS. Insofern wäre die Therapie als Ganzes zu hinterfragen. Ausserdem sei davon auszugehen, dass sich eine Methylphenidatabhängigkeit entwickelt habe, weshalb die Dosisreduktion unter entsprechender Überwachung stattfinden sollte (S. 75 f.).

4.5.5

Der Beschwerdeführerin wurde eine halbe Rente der Invalidenversicherung zugesprochen und ihre Erwerbsunfähigkeit könnte gemäss fundierter gutachterlicher Ausführungen (E. 4.4.5) allenfalls durch eine Anpassung der Medikation reduziert werden. Es besteht entsprechend ein gewichtiges Interesse der Beschwerdegegnerin an der Durchführung der auferlegten Massnahmen. Die auferlegten Massnahmen bergen für die Beschwerdeführerin die Chance auf eine erhebliche Verbesserung ihres Gesundheitszustands, und es sind keine persönlichen Gründe ersichtlich, welche ihr einen stationären Aufenthalt unzumutbar machen würden. In einem ersten Schritt geht es bei den auferlegten Massnahmen um eine Abklärung, ob eine Methylphenidatüberdosierung vorliegt, erst in einem zweiten Schritt, nach sorgfältiger Abklärung, um eine Reduktion und somit um einen grösseren Eingriff in die persönliche Integrität der Beschwerdeführerin. Der Verweis auf die Kostenproblematik erscheint vorgeschoben, da keine erfolglosen Bemühungen um Kostengutsprache durch die obligatorische Krankenversicherung dokumentiert sind. Sollte die Frage der Kostentragung nicht geklärt werden können, wäre es an der Beschwerdeführerin mit der Beschwerdegegnerin die Verhandlungen betreffend Modifikation der Durchführung der Massnahmen aufzunehmen. Die Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens ist – entgegen der Ausführungen der Beschwerdeführerin (E. 4.4.2) – erst angezeigt, wenn inskünftig wegen Verletzung der Schadenminderungspflicht eine Kürzung beziehungsweise Verweigerung der Versicherungsleistungen zur Diskussion stehen sollte.

E. 4.6

Die Beschwerdeführerin ist unbestrittenermassen seit 12. August 2010 in ihrer Arbeitsfähigkeit dauerhaft eingeschränkt (Urk. 1 S. 4, Urk. 2). Für die Renten zu sprache relevant ist die Zeit ab 1. April 2015, da bis zu diesem Zeitpunkt die Ausrichtung von Taggeldern der Invalidenversicherung (Urk. 11/124) die Entstehung des Rentenanspruchs in Anwendung von Art. 29 Abs. 2 IVG hinderte. Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ist aus psychiatrischer Sicht seit April 2016 (Zeitpunkt Vorbegutachtung durch Y. ___ AG) in angepassten Tätigkeiten gemäss beschriebenem Profil zu 50 % eingeschränkt. Über die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit vor diesem Zeitpunkt machen die Gutachter

Dr. B. ___ und Dr. C. ___ keine eigenen Aussagen (Urk. 11/219 S. 75, S. 77 f.). Es liegt die Angabe der Ärzte der Z. ___ vom 24. August 2011 bei den Akten, gemäss deren eine angepasste Tätigkeit zu 50 % denkbar war (E. 3.3). Weiter schätzte Dr. D. ___ am 13. Oktober 2014 die Arbeitsfähigkeit bei einer Praktikumsstelle auf 60 % bei 50 % Leistung (Urk. 11/110 S. 3). Es ist damit mangels sicherer Rekonstruierbarkeit des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit und mangels dokumentierter dauerhafter

Schwankungen davon auszugehen, dass die Angabe von einer Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 50 %

über den ganzen zu beurteilenden Zeitraum, ab 1. April 2015, Gültigkeit hatte.

5.

E. 5

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).

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 1.

E. 5.1

Zu prüfen bleibt, wie sich die Einbusse des Leistungsvermögens vorliegend in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt.

Der für die Invaliditätsbemessung und damit den Rentenanspruch massgebende Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E. 3.4.2).

E. 5.2

5.2.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (vgl. BGE 145 V 141 E. 5.2.1, 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 f. zu Art. 28a). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt bezogen auf den Zeitpunkt des Rentenbeginns aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_202/2021 vom 17. Dezember 2021 E. 6.2.2 mit Hinweis; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1).

E. 5.2.2

Die Beschwerdeführerin macht geltend, sie habe vor Eintritt des Gesundheitsschadens einen Jahreslohn von Fr. 66'500.- erzielt (Urk. 1 S. 4).

Die Beschwerdeführerin absolvierte eine Lehre als Coiffeuse und als Schneiderin, war jedoch seit 1992 hauptsächlich in der Modebranche im Verkauf tätig, seit 1999 in der Funktion als Filialeiterin (Urk. 11/30). Zuletzt war sie vom 1. Oktober 2006 bis 31. Dezember 2010 als Filialeiterin

bei der E.____

SA angestellt (Urk. 11/19 S. 2). Diese Anstellung wurde ihr nicht infolge der Erkrankung, sondern infolge der Filialschliessung gekündigt (Urk. 11/19). Gemäss Arbeitgeberbericht (Urk. 11/19) bezog sie in dieser Stellung seit 2007 einen Bruttolohn von Fr. 66'300.-

jährlich (S. 2). Diese Angabe entspricht in etwa dem IK-Auszug, gemäss welchem sie bei der E.____ SA im Jahr 2007 ein AHV-beitragspflichtiges Einkommen von Fr. 62'709.-, im Jahr 2008 von Fr. 66'123.-, im Jahr 2009 von Fr. 74'610.- und im Jahr 2010 von Fr. 66'127.- erzielte (Urk. 11/225). Die Beschwerdegegnerin stellte für die Bestimmung des

Validen Einkommens auf den

Tabellenlohn für Dienstleistungsberufe und Verkauf ab, wobei sie für das Jahr 2015 ein Einkommen im Gesundheitsfall von Fr. 58'412.10 errechnete. Sie begründete den Bezug der Tabellenlöhne mit dem Umstand, dass die letzte Anstellung der Beschwerdeführerin aus wirtschaftlichen Gründen gekündigt worden sei (Urk. 11/221 S. 1). Letzteres ist zwar zutreffend (Urk. 11/19), aber der herangezogene Tabellenlohn wird vorliegendem Fall nicht gerecht, erzielte doch die Beschwerdeführerin als Filialleiterin bereits bei der vorhergehenden Arbeitgeberin, der F. ___ AG, ab dem Jahr 2004 ein Jahreseinkommen von deutlich über Fr. 60'000.-- (Urk. 11/225 S. 2). Es ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall nach der Kündigung infolge Geschäftsaufgabe eine gleichwertige Stelle als Filialleiterin in der Modebranche gefunden hätte und das Lohnniveau von Fr. 66'127.-- aus dem Jahr 2010 hätte halten können.

Hochgerechnet auf den Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns im Jahr 2015

ist entsprechend von einem Valideneinkommen von Fr. 70'822.-- auszugehen (vgl. Bundesamt für Statistik, Entwicklung der Nominallöhne, Nominallohnindex Detailhandel 2015 Frauen 107.1 Punkte, Basis 2010 = 100 Punkte).

E. 5.3

Nicht zu beanstanden ist das seitens der Beschwerdeführerin für das Jahr 2015 anhand der Tabellenlöhne festgesetzte Invalideneinkommen von Fr. 27'031.-- für die Verrichtung von Hilfsarbeiten in einem Pensum von 50 % (Urk. 11/221, Urk. 2). 5.4

Aus dem Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 70'822.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 27'031.-- errechnet sich eine Erwerbseinbusse von Fr. 43'791.--, was einem Invaliditätsgrad von 61 % entspricht und einen Anspruch auf eine Dreiviertelrente der Invalidenversicherung ab 1. April 2015 begründet (vgl. E. 1.3). Die Beschwerde ist in diesem Sinne teilweise gutzuheissen. 6.6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. 6.2

Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. In Berücksichtigung der vorstehend genannten Kriterien ist die Entschädigung des unentgeltlichen Rechtsvertreters Laurent Häusermann bei Anwendung des gerichtsüblichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise auf Fr. 1'000.-- festzusetzen. 6.3

E. 7

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 mit Hinweisen).

2.

E. 8

/ 219 S. 51 f., S. 52 ff., S. 56 ff.), ebenso mit dem Behandlungserfolg (S. 64 ff.). Sie legte n in nachvollziehbarer Weise dar, dass für die diagnostische Einordnung der Hauptbeschwerde der Beschwerdeführerin, welche von dieser als «Weg sein» bezeichnet werde, aktuell eine durch die

Hochdosis- Methylphenidatbehandlung ausgelöste vegetative Übererregbarkeit als besser erklärend für die Schreckreaktion sei als eine dissoziative Störung (S. 57 f.) . Das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung verneinten die Gutachter in ausführlicher Weise und begründeten dies schlüssig und nachvollziehbar. Anatomisch oder in der Befunderhebung hätten sich bei der Beschwerdeführerin keine Beschwerden gefunden, die einem der typischen Merkmale einer PTBS zugeordnet werden könnten. Zudem machten die Gutachter darauf aufmerksam, dass die Diagnose einer PTBS nach ICD-10 oder einer komplexen PTBS nach ICD-11 nicht zu stellen sei ,

bedeute jedoch nicht , dass das fortgesetzte Gewalterleben folgenlos an der Beschwerdeführerin vorbeigegangen wäre. Es sei davon auszugehen , dass die muskuloskelettalen Symptome, die Selbstwertproblematik und natürlich auch wichtige Lebensentscheidungen aufs Engste damit in Verbindung stünden (S. 60 f.). Zum Explorationszeitpunkt habe sich die Beschwerdeführerin klinisch-psychiatrisch unauffällig präsentiert (S. 54). Bisher hätten

(medikamentöse) Behandlungsangebote im ambulanten Setting stattgefunden (S. 42 , S. 51) , eine berufliche Wiedereingliederung sei an die Bedingung einer erneuten Bestimmung des Methylphenidat- und Ritalinsäurespiegels und eine Dosisreduktion beziehungsweise langsames Ausschleichen der Methylphenidattherapie zu knüpfen (S. 75). Zum Aspekt der Persönlichkeit wiesen

die Gutachter darauf hin, dass die Beschwerdeführerin im Längsschnitt trotz widriger Umstände in Kindheit und Jugend hochgradig adaptiv scheine, Schule und Berufsausbildung habe abschließen können, von Arbeitgebern geschätzt und sogar in Leitungspositionen tätig gewesen

sei und mehrjährige Partnerschaften gehabt habe .

Auch in der Gutachtensituation habe

es

keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsproblematik gegeben , es sei weder die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung noch einer Persönlichkeitsakzentuierung zu stellen (S. 61 f.). Als Belastungen bestehe bei der Beschwerdeführerin allem voran die erwähnten life-events, denen sie als Kind und Jugendliche ausgesetzt gewesen sei, welche die Beschwerdeführerin vor allem im Bereich des Selbstwerts und im Umgang mit als bedrohlich

empfundene Situationen belastete. Weitere Belastungsfaktoren seien das Erleben der körperlichen Verheertheit sowie der enge finanzielle Spielraum (S. 71 f.) . Als persönliche Ressourcen könnten dem Gutachten das Besitzen der notwendigen personalen und interpersonellen Ressourcen entnommen werden , um Adversitäten zu bestehen und so gar als Motivationsfaktoren für sich nützlich zu machen. Weiter seien die grundsätzlich e

Leistungs- und Erfolgsorientiertheit, das jahrelange Arbeiten in leitender Funktion und zur Zufriedenheit der Vorgesetzten, die Fähigkeit privat ein enges soziales Netz langjährig aufrechtzuerhalten sowie lebenspraktische Fähigkeiten wie Haushaltsführung und Behördenkontakte zu nennen (S. 71). Hinsichtlich des Gesichtspunkts der Konsistenz seien die zum Teil unterschiedlichen Angaben zu Jahreszahlen und Abfolgen von Ereignissen zwischen Akten und Anamnese, die Zunahme der Berichte über traumatische Ereignisse in Kindheit und Jugend, der Wandel der Präsentationssymptome und des Hauptbehandlungsbedarfs von körperlichen Beschwerden hin zu psychischen Symptomen sowie die Schlafstörungen festzuhalten (S. 70 f.). Hinsichtlich der Plausibilität sei vor allem die Frage nach dem Ausmass und Gestalt der Episoden von «Weg sein» diskussionswürdig. Bereits das polydisziplinäre Vorgutachten habe darauf hingewiesen, dass derartige Episoden nur anamnestisch, nicht aber durch direkte Beobachtung gesichert seien. Dies habe sich aktuell kaum geändert. Dementsprechend bestehe immer noch keine Sicherheit darüber, worüber hier wirklich gesprochen werde, und welche Beeinträchtigung allenfalls davon ausgehe. Die Gutachter waren der Meinung, ein stationär-psychiatrischer Aufenthalt nach Prüfung und Reduktion der Methylphenidat-Medikation würde hier die notwendige Klarheit schaffen (S. 71).

Die Bestimmung der Arbeitsfähigkeit (S. 72

f. f.) ist zudem so erfolgt, dass sie sich gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1) ergibt.

E. 9

00.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Entschädigungskosten durch die Beschwerdegegnerin zu übernehmen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 4. Februar 2021 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin ab 1. April 2015 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung hat. 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, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Laurent Häusermann, St. Gallen,

eine Prozessentschädigung von Fr. 1'900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Laurent Häusermann, unter Beilage einer Kopie von Urk. 17 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 17 - AXA Vorsorgestiftung Winterthur - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grieder-Martens Schüpbach

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