

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00425 vom 3. November 2021**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-11-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2021.00425](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00425)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00425 du 3 novembre 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00425 del 3 novembre 2021

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Mit Urteil des hiesigen Gerichts vom

#### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art.

#### **E. 1.2**

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.

#### **E. 1.3**

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im

Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E.

4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E.

4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15.

März 2018 E. 7.4). 1. 4

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.

### **E. 1.004**

x 0.85 ). 6.5

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE

124 V 321 E.

3b/ aa ). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25

% nicht übersteigen (vgl. BGE

135 V 297 E.

5.2, 134 V 322 E.

### **E. 2**

9.

Januar

2019 im Verfahren Nr.

IV.2018.00729 wurde die von X.\_\_\_\_, geboren 1963, gegen die leistungsanspruchsverneinende Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom

9.

Juli 2018 (Urk.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung (Urk.

2) damit, dass in der bisherigen Tätigkeit der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 50

% bestehe und sie in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ein Pensum von 85

% absolvieren

könnte. Der vorgenommene Einkommensvergleich ergebe einen Rentenanspruch ausschliessenden Invaliditätsgrad von 17

%. Ein leidensbedingter Abzug könne nicht zugesprochen werden, da die Einschränkungen der Beschwerdeführerin bereits im reduzierten Pensum berücksichtigt worden seien. Da sie keine Berufsausbildung habe und in der Stellensuche nicht eingeschränkt sei, bestehe kein Anspruch auf berufliche Massnahmen in Form einer Umschulung. Auf das Gutachten sei abzustellen. Es müsse davon ausgegangen werden, dass die Vorbehandler die Angaben der Beschwerdeführerin unkritisch übernommen hätten.

Ihre Aussage, wonach die persönliche Untersuchung für das psychiatrische Teilgutachten lediglich zehn Minuten gedauert habe, sei nicht glaubhaft (S. 1 ff.).

### **E. 2.2**

Dagegen machte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde (Urk.

1) geltend, dass auf das Y.\_\_\_\_-Gutachten vom 22.

Juni 2020, insbesondere auf das psychiatrische Teilgutachten vom 1.

Juni 2020, worin keine psychiatrische Diagnose gestellt werde,

aus näher dargelegten Gründen nicht abgestellt werden könne. Zudem habe die psychiatrische Untersuchung lediglich rund zehn Minuten gedauert (S. 6 ff. Ziff.

4.1-4.4, S. 12 Ziff.

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente. 3.

Im Urteil des hiesigen Gerichts vom 29.

Januar

2019 wurde zusammenfassend festgehalten, dass es an verlässlichen medizinischen Grundlagen zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sowohl in somatischer als auch in psychiatrischer Hinsicht mangle (Urk.

5/52 E. 4.5).

Zur gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht wurde ausgeführt, dass zwar gestützt auf die vorliegenden Berichte zumindest in einer angepassten Tätigkeit von einer gewissen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne, jedoch unklar sei, ab wann und in welchem Umfang eine solche vorliege (Urk.

5/52 E. 4.2).

Was die psychische Situation anbelangt, wurde im Urteil festgehalten, dass sich namentlich das Gutachten von Dr.

med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom Dezember 2016 aus näher dargelegten Gründen

in keiner Weise als nachvollziehbar erweise. Auch zu den Berichten von med. pract. C.\_\_\_\_, Oberärztin, Psychiatriezentrum D.\_\_\_\_, A.\_\_\_\_, vom Januar

2017 und der Fachpersonen der Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, A.\_\_\_\_, vom Februar 2018

wurde ausgeführt, dass diese keine verlässlichen Aussagen zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin enthielten, ebenso wenig die Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr.

med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, dies unter anderem auch mit Blick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung (vgl. Urk.

5/52 E. 4.3). Auf diese Ausführungen ist zu verweisen. 4.

4.1

Nach dem Urteil des hiesigen Gerichts vom 29.

Januar 2019

(Urk.

5/52) gingen die folgenden medizinischen Berichte bei der Beschwerdegegnerin ein: 4.2 PD Dr.

med. F.\_\_\_\_, stellvertretende Chefärztin, Z.\_\_\_\_, stellte in ihrem Bericht vom 11. Februar

2019 (Urk.

5/55) nach ambulanter Behandlung der Beschwerdeführerin vom 25.

bis 31.

Mai

2018 folgende Diagnosen (S. 1): - generalisierte Angststörung, ICD-10 F41.1 - Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst), ICD-10 F41.0 - mittelgradige depressive Episode, ICD-10 F32.1

Als somatische Diagnosen nannte PD Dr.

F.\_\_\_\_ eine Schmerzsymptomatik mit Arthrose und einen Verdacht auf eine rheumatologische Erkrankung (S. 1 Mitte). PD Dr.

F.\_\_\_\_ führte aus, dass bei der Beschwerdeführerin aktuell die depressive Symptomatik nicht deutlich führend sei. Die Symptomatik mit

deutlichem Fokus auf die Angst vor Erkrankungen bei Familienmitgliedern zeige eine biographische Komponente. Die potentiell neurologische Symptomatik (Kopfwackeln) sollte gegebenenfalls fachärztlich abgeklärt werden. Es sei nicht festzustellen, inwieweit

die Beschwerdeführerin eine willentliche Kontrolle darüber habe (S. 3 unten). 4. 3

Dr.

med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, stellte in ihrem Bericht vom 29. Mai 2019 (Urk.

5/60) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff.

2.5): - schwere chronische Depression, ICD-10 F32.2, Erstdiagnose 2016 - Angsterkrankung, Panikstörungen, Agoraphobie, ICD-10 F41.0 - Arthrose mit diffusen Gelenks- und Muskelschmerzen (genauere Differenzierung siehe Berichte Dr.

med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin)

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr.

G.\_\_\_\_ eine Paracetamol- und Inflammac-Allergie (Ziff.

2.6). Dr.

G.\_\_\_\_ führte aus, dass die Beschwerdeführerin seit 1992 bei ihr in Behandlung sei und die letzte Kontrolle am 15.

Mai 2019 erfolgt sei (Ziff.

1.1). Sie habe der Beschwerdeführerin zuletzt eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis zum 17.

Juli 2016 attestiert (Ziff.

1.3). Die Patientin sei weder in ihrer ursprünglichen noch in angepasster Tätigkeit arbeitsfähig. Die Depression und der damit verbundene Verlust des Antriebs seien derart ausgeprägt, dass eine Aktivierung kaum möglich sei, dies trotz guter Compliance und Ausschöpfung der Therapieangebote. Auch bezüglich der körperlichen Beschwerdesymptomatik, welche vorwiegend auf degenerative Befunde zurückzuführen sei, sei die Arbeitsfähigkeit nicht gegeben (Ziff.

## **E. 2.5**

und Ziff.

1.3). Auch eine angepasste Tätigkeit sei aktuell nicht möglich. Die sehr niederschwellige Ergotherapie, welche wöchentlich bis vierzehntäglich stattfindet, und zu welcher die Beschwerdeführerin gebracht werde, scheine derzeit den Belastungsgrenzen zu entsprechen (Ziff.

4.2). Formal seien die Kriterien einer Agoraphobie mit Panikstörung sowie einer schweren depressiven Episode weiterhin erfüllt (gedrückte Stimmung, Interessenverlust/Freudlosigkeit, stark verminderter Antrieb, verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstvertrauen, Schuldgefühle, negative Zukunftsperspektive, verminderter Appetit) und es bestünden erhebliche Einschränkungen des Funktionsniveaus (Ziff.

2.2). Die Befunderhebung und Kommunikation sei bei der Untersuchung vom 21.

Juni 2019 bei Fremdsprachigkeit sowie einer mutistisch anmutenden Beschwerdeführerin erschwert gewesen (Ziff.

24). 4.6

Am

22.

Juni 2020

erstatteten Dr.

med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, Dr.

med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin, Dr.

med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Medizinische Onkologie,  
und Lic. phil. O.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP,

Y.\_\_\_\_, das von der Beschwerdeführerin veranlasste polydisziplinäre Gutachten (Urk.

5/111). Die Gutachterpersonen stellen zusammenfassend folgende Diagnosen mit  
Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit (S. 7 Ziff.

4.2): - generalisiertes, ausgedehntes und therapieresistentes Weichteilschmerzsyndrom -  
bilaterales subakromiales

Impingementsyndrom mit Supraspinatus- und Subskapularisruptur am rechten Schultergelenk,  
links Partialruptur der Rotatorenmanschette

möglich - Femoropatellararthrose und beginnende Gonarthrose beidseits

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit nannten  
die Gutachter eine Adipositas und eine Hypovitaminose D (S. 7 Ziff.

4.2). Die Gutachter führten aus, dass in der bisherigen Tätigkeit aufgrund der im rheumatologischen  
Fachgebiet festgestellten Symptomatik eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Davon sei seit der  
Aufgabe der Arbeit im April 2016 auszugehen (S.

8 f. Ziff.

4.7). In einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 85

% (8,5 Stunden pro Tag, Leistungsminderung von höchstens 15

% aufgrund der im rheumatologischen Fachgebiet festgestellten Symptomatik). Diese  
Arbeitsfähigkeit bestehe seit April 2016 (S. 9 Ziff.

4.8). Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich ausschliesslich aus rheumatologischer  
Sicht, in den übrigen beteiligten Fachgebieten lasse sich eine Einschränkung oder  
gar Aufhebung der Arbeitsfähigkeit nicht ableiten (S. 9 Ziff.

4.9). Eine dem Leiden aus rheumatologischer Sicht optimal angepasste Tätigkeit müsste  
rückenkonform durchgeführt werden und alle Arbeitstätigkeiten auf oder über  
Schulterhöhe ausschliessen. Auch dürfte sie kein repetitives Anheben und Tragen von  
Lasten ab Bodenhöhe bis Gürtelhöhe (maximale Gewichte 5 kg) und auch keinen  
repetitiven Treppengang beinhalten. Von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von  
15

% sei aufgrund einer anzunehmenden Dekonditionierung auszugehen (S. 53 oben).

Die Gutachter führten zusammenfassend aus, dass die bei der Versicherten vor liegenden Diagnosen leitliniengerecht hätten erhoben werden können. Zweifel an der Richtigkeit der von ihnen festgestellten Diagnosen seien nicht aufgekommen, wohl aber teilweise an der früheren diagnostischen Einschätzung. Psychiatrisch habe keine Diagnose gestellt werden können (S. 5 unten). Die Schilderungen seien in sich vage gewesen und hätten einem bekannten psychiatrischen Krankheitsbild nicht zugeordnet werden können. Sowohl im Rahmen der neuropsychologischen als auch in der psychiatrischen Untersuchung seien Beschwerdevalidierungsverfahren angewandt worden, die alle drei hochauffällige Ergebnisse zutage gebracht hätten. Ähnliches gelte für die Labordiagnostik. Eine psychiatrische Erklärung für die Beschwerden der Versicherten gebe es nicht. Die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht zu keinem Zeitpunkt eingeschränkt gewesen. Dies gelte auch aus neuropsychologischer Sicht (S. 7 Ziff.

4.3) .

Hinweise auf eine Persönlichkeitsakzentuierung oder gar Persönlichkeitsstörung hätten sich nicht gefunden. Dies würde im Übrigen auch überraschen, da die Versicherte über Jahre hinweg gesund und leistungsfähig gewesen sei und drei Kinder grossgezogen habe (S. 8 Ziff.

4.4). Als Belastungsfaktor sei die bereits vorbeschriebene psychosoziale Situation zu benennen. Die Versicherte habe seit Jahren ihren IV-berenteten Ehemann zu pflegen und habe offenbar mit den Konflikten am Arbeitsplatz nicht umgehen können. Dies sei allerdings nicht Ausdruck einer Erkrankung, sondern vielmehr eine Charakterfrage. Die Ressourcen seien einzig aus rheumatologischer Sicht eingeschränkt. Zur Konsistenzprüfung führten die Gutachter aus, dass sich im rheumatologischen Fachgebiet Hinweise auf eine Aggravation und im psychiatrischen beziehungsweise neuropsychologischen Fachgebiet Hinweise auf das zielgerichtete Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik gefunden hätten. Die Auffälligkeiten, die die Versicherte gerade im psychiatrischen und im neuropsychologischen Gebiet präsentiere, seien so ausgeprägt, dass sie sich medizinisch nicht im Ansatz erklären liessen ( S . 8 Ziff.

4.6) . 4. 7

Dr.

med. P.\_\_\_\_ , Facharzt für Chirurgie, Regionaler Ärztlicher Dienst ( RAD ) , führte in seiner Stellungnahme vom 30.

Juni 2020 ( Urk.

5/112/6-7) aus, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht empfohlen werde, den Beurteilungen des vor liegenden MEDAS-Gutachtens vom 22.

Juni 2020 zu folgen , zumal diese s die formalen Aspekte der Beweiswertigkeit

erfülle. Damit bestehe in der bisherigen Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin seit April 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 50

% und in einer angepassten Tätigkeit gemäss Belastungsprofil eine Arbeitsunfähigkeit von 15

% , entsprechend einer Arbeitsfähigkeit von 85

% . 4. 8

Med. pract . Q.\_\_\_\_ , Oberarzt, med. pract . R.\_\_\_\_ , Leitende Ärztin , und Prof. Dr.

S.\_\_\_\_ , Klinikdirektor, Gutachtenstelle der

Z.\_\_\_\_ , führten in ihrer zuhanden der Beschwerdeführerin erstellten Stellungnahme vom 13.

November

2020 ( Urk.

5/123) zum fachpsychiatrischen Gutachten de s

Y.\_\_\_\_ vom 22.

Juni

2020 aus, dass sie vorgängig darauf hinweisen wollten, dass sie die Beschwerdeführerin nicht persönlich untersucht und sie lediglich eine Bewertung der ihnen zuge schickten Akten durchgeführt hätten (S. 1 Mitte) .

Das ihnen vorliegende vielschichtige polydisziplinäre Gutachten sei hinsichtlich d e r Darlegung der komplexen m edizinischen Zusammenhänge und der unklaren medizinischen Situation nicht ausreichend nachvollziehbar .

Da ihnen die Originalakten nicht vorlägen, könne nicht abschliessend beurteilt werden, ob seitens der therapeutisch tätigen Ärzte die Diagnosen validiert worden seien (S. 2 oben). Zur Nachvollziehbarkeit des psychiatrischen Befundes führten die Fachpersonen aus, dass im psychiatrischen Befund die Konzentration als nicht beeinträchtigt angegeben werde , obwohl die Explorandin von starken Konzentrationsstörungen berichte. Warum die angegebenen Konzentrationsstörungen nicht hätten verifi ziert werden können und weshalb der Gutachter zu diesem Schluss komme, werde nicht berichtet (S. 2 Mitte). Auch werde angegeben, dass die Explorandin zur eigenen Person vollständig orientiert sei, obwohl in der Anamnese davon berich tet werde, dass sie nicht mehr genau wisse, wann sie geboren sei. Auch bleibe unklar , anhand welcher Merkmale die Verifizierung durchgeführt worden sei, wo nach sich die Angaben der Beschwerdeführerin, dass sie an Störungen der Merkfähi gkeit und des Kurz- und Langzeitgedächtnisses leide, nicht hätten veri fiziert lassen können .

Eine beschreibende Erklärung dafür, weshalb sich die Explorandin «demonstrativ zum depressiven Pol hin verschoben» zeigen würde, fehl e , und es finde keine vertiefte Auseinandersetzung mit ihren Angaben statt (S. 2

unten f. ). Auch habe keine vertiefte Auseinandersetzung mit ihrer Persönlichkeit stattgefunden (S. 3 Mitte). Es sei nicht nachvollziehbar , auf welche Befunde sich die fehlende Dia gnose stütze und weshalb der Gutachter die dokumentierten Befunde als nicht nachvollziehbar erachte (S. 3 unten f.). Negative Antwortverzerrungen in der Be schwerdevalidierung schlössen das gleichzeitige Vorhandensein einer psychi schen Störung nicht per se aus. Es dürfe also nicht automatisch auf eine Simula tion oder wie es im Gutachten beschrieben worden sei auf «ein zielgerichtetes Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik» geschlossen werden (S. 4 Mitte). Warum zur klinischen Beschwerdevalidierung der SIRS - 2 aufgeführt wor den sei, bleibe offen. Soweit bekannt, sei diese s Testinstrument zur Beschwerde validierung in albanischer Sprache noch nicht erhältlich oder validiert (S. 4 un ten).

Die Fachpersonen führten abschliessend aus, dass die Angabe der 100%igen Arbeitsfähigkeit demzufolge mit einem nicht objektivierten psychiatrischen Befund und einer fehlenden Diagnose begründet sei. Es sei nicht klar, woraus ein Belastungsprofil abgeleitet werde (S. 5 oben). 4. 9

Dr.

L.\_\_\_\_, Y.\_\_\_\_, führte in seiner Stellungnahme vom 17.

Februar

2021 (Urk.

5/131) aus, dass die Stellungnahme der Fachpersonen der Gutachtenstelle der Z.\_\_\_\_ vom 13.

November 2020 weder auf einer persönlichen Untersuchung der Versicherten noch auf einer Kenntnis der Aktenlage fusse (S. 1). An der Einschätzung, wonach aus den vorliegenden Originalakten eine Nachvollziehbarkeit der früher genannten Diagnosen nicht ableitbar sei, werde festgehalten, ebenso an der Feststellung, wonach seitens der Vorbehandler die Angaben der Versicherten unkritisch übernommen worden seien. Festzuhalten sei, dass der Beschwerdevortrag der Versicherten insgesamt vage und im Ungefähren geblieben sei. Zu diesen vagen Angaben seien die erheblichen Auffälligkeiten bei der Beschwerdevorstellung gekommen (S. 2 oben). Die Versicherte habe im explorativen Kontext in keinsten Weise persönlichkeitsgestört gewirkt (S. 2 Mitte).

Hinsichtlich der Nachvollziehbarkeit der Diagnose sei auszuführen, dass bei der Versicherten - wie im Gutachten dargelegt worden sei - keine psychiatrische Diagnose zu vergeben gewesen sei. Zweifelsohne habe die Versicherte eine entsprechende Symptomatik beschrieben, die allerdings nicht nachvollzogen werden können (S. 2 unten). Das entsprechende Verhalten der Versicherten habe sich durch die gesamte Begutachtung durchgezogen. Dem rheumatologischen Gutachter sei eine Aggravation aufgefallen, und im neuropsychologischen Gutachten seien die Auffälligkeiten derart ausgeprägt gewesen, dass eine Aggravation alleine keine hinreichende Erklärung für die Auffälligkeiten der Versicherten liefere (S. 3 oben).

Was die Kritik hinsichtlich der Anwendung des SIRS-2 anbelange, habe es sich nur um einen weiteren Baustein gehandelt, der - nach stattgehabter neuropsychologischer Begutachtung und psychiatrischer Exploration durch den Referenten - letzterem eine kritische Bewertung seines eigenen Eindrucks habe ermöglichen wollen. Es sei keinesfalls so, dass er das Verhalten der Versicherten ausschliesslich gestützt auf das genannte Verfahren bewertet habe (S. 3 Mitte). Die Fachpersonen der Gutachtenstelle der Z.\_\_\_\_ hätten die fehlende Medikamenteneinnahme trotz gegenteiliger Angabe völlig unberücksichtigt gelassen (S. 3 unten f.). 5. 5. 1

Die Beschwerdegegnerin ging nach Empfehlung des RAD-Arztes Dr.

P.\_\_\_\_ vom 30.

Juni 2020 (vorstehend E. 4. 6) gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten des Y.\_\_\_\_ vom 22.

Juni 2020 (vorstehend E. 4. 5) sowie die ergänzende Stellungnahme von Dr.

L.\_\_\_\_ vom 17.

Februar 2021 (vorstehend E. 4.8) davon aus, dass bei der Beschwerdeführerin seit Arbeitsniederlegung im April 2016 in der ange stammten Tätigkeit von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % und in einer ange passten Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 85 % auszugehen sei (vorstehend E. 2.1). Dagegen machte die Beschwerdeführer in insbesondere gestützt auf die Stellungnahme der Fachpersonen der Gutachtenstelle der Z.\_\_\_\_ vom 1 3.

November 2020 (vorstehend E. 4. 8 ) geltend, dass dem Y.\_\_\_\_ -Gutachten vom 2 2. Juni 2020 kein Beweiswert zukomme (vorstehend E. 2.2).

### **E. 2.7**

, Ziff.

4.1-2 ). 4. 4

Dr.

H.\_\_\_\_

stellte in ihrem Bericht vom 1 5.

Juni 2019 ( Urk.

5/63/1-8) fol gende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( Ziff.

2.5): - chronische rechtsbetonte Schulterschmerzen beidseits bei degenerativen Veränderungen der Rotatorenmanschette rechts und chronischem myofaszialem Schmerzsyndrom der Nacken- und Schultergürtelmuskulatur - chronische rechtsbetonte Knieschmerzen beidseits bei Gonarthrosen (we nig fortgeschritten) wiederhol t mit Zeichen einer Aktivierung der Arthrose (Ergussbildung) - Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr.

H.\_\_\_\_ eine Adipositas ( Ziff.

2.6) . Dr.

H.\_\_\_\_ führte aus, dass die Be schwerdeführerin seit dem 3 0.

Mai 2016 bei ihr in Behandlung sei und die letzte Kontrolle am 2 2.

März 2019 stattgefunden habe ( Ziff.

1.1). Die letzte Tätigkeit als I.\_\_\_\_ -Mitarbeiterin sei aus rheumatologischer Sicht nicht mehr zumutbar ( Ziff.

4.1). Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei während drei bis vier Stunden am Tag möglich. Es müsse sich um eine überwiegend sitzende Tätigkeit ohne Krafteinsatz der Arme und ohne Überkopftätigkeit handeln ( Ziff.

4.3). Der psy chische Zustand der Patientin, die sich selber limitiere, die fehlende Ausbildung und die fehlenden Sprachkenntnisse stünden einer Eingliederung im Wege ( Ziff.

4.4). 4 . 5

Dr.

med. J.\_\_\_\_ , O berärztin, und Psychologin K.\_\_\_\_ , Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, A.\_\_\_\_ , führten in ihrem Bericht vom 1.

Juli 2019 ( Urk.

5/67) eine Agoraphobie (ICD-10 F40.01) sowie eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) an, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Die Arbeitsunfähigkeit betrage seit dem Behandlungsbeginn in ihrer Klinik am 1.

Oktober 2018 bis aktuell 100

% ( Urk.

5/67/1-6 Ziff.

### **E. 2.8**

-2.11 ). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 0.5

%

(vgl. Nominallohnindex, Frauen, 2011-2018, Tabelle T1.2.10, Lit . C) resultiert ein Invalideneinkommen von Fr.

57'878.-- im Jahr 2017 ( Fr.

57'590.-- x 1.005). 6.3

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E.

2.3, 135 V 297 E.

5.2, 129 V 472 E.

4.2.1). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E.

4.1.3; 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). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Bezug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE

142 V 178 E.

2.5.7, 139 V 592 E.

2.3, 135 V 297 E.

5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth,

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3.

Auflage 2014, Rn

55 und 89 zu Art.

28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). 6.4

Gemäss den beweiskräftigen Feststellungen im

Y.\_\_\_\_ -Gutachten vom

2 2.

Juni 2020

war der Beschwerdeführerin ab April 2016 eine leidensadaptierte Tätigkeit im Umfang von 85

% zumutbar (vorstehend E. 5). Im Jahr 2016 belief sich der Medianlohn von Frauen, Kompetenzniveau 1, gemäss LSE

2016 auf Fr.

4'363.-- pro Monat (LSE

2016, Tabelle TA1, Total, Frauen, Kompetenzniveau 1). Um gerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Total; vgl. [www. bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch), Statistiken, Arbeit und Erwerb) und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 0.4

%

im Jahr 2017 (vgl. Nominal lohnindex, Frauen, 2011-2018, Tabelle T1.2.10, Total) resultiert bei dem noch möglichen 85 %-Pensum ein Invalideneinkommen von Fr.

46' 579.-- im Jahr 2017 (Fr.

4'363.--

:

40 x 41.7 x 12 x

## **E. 5**

/ 41 ) erhobene Beschwerde vom

### **E. 5.2**

und 126 V 75 E.

6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_808/2015 vom 29.

Februar 2016 E.

3.4.3 und 8C\_113/2015 vom 26.

Mai 2015 E.

3.2 ). 6.6

Anhaltspunkte dafür, weshalb in einer behinderungsangepassten Tätigkeit bei be reits reduziertem Pensum ein leidensbedingter Abzug zu gewähren wäre, ergeben sich vorliegend keine. 6.7

Demnach resultiert bei einem Valideneinkommen von Fr.

57'878.-- und einem Invalideneinkommen von Fr.

46'579.-- eine Einkommenseinbusse von Fr.

11'299.--, was einem Invaliditätsgrad von gerundet 20

% entspricht. Demnach besteht kein Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente.

Die angefochtene Verfügung ( Urk.

2) erweist sich daher als rechtens, was zur Ab weisung der Beschwerde führt. 7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streit wert festzulegen ( Art.

69 Abs.

1 bis IVG) und auf Fr.

8 00.-- anzusetzen. Entspre chend dem Aus gang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdefüh rerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr.

800 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tomas Kempf - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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 Bundesge setzes 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 1 5.

Juli bis und mit 1 5.

August sowie vom 1 8.

Dezember bis und mit dem 2.

Januar ( Art.

46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind bei zulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art.

42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubSchucan

### **E. 5.3**

In somatischer Hinsicht wurde gestützt auf die Einschätzung des rheumatologi schen Gutachters des Y.\_\_\_\_ , Dr.

M.\_\_\_\_ , davon ausgegangen, dass in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit von einer Einschränkung der Leistungsfähig keit von 15

%

auszugehen sei ( vorstehend E. 4. 6 ). Dass Dr.

H.\_\_\_\_ die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin geringer ein ge schätzt hatte , führte Dr.

M.\_\_\_\_ in seinem Teilgutachten darauf zurück, dass die behandelnde Ärz tin nicht auf die von ihm festgestellte wahrnehmbare Inkonsistenz zwischen den subjektiven heftigen Beschwerden und den relativ geringen objektivierbaren Be funde n eingegangen sei. Diese Aussage gelte auch für die am 4.

Juli 2017 erfolgte Beu rteilung an der Klinik T.\_\_\_\_ .

Für eine dem Leiden angepasste Tätigkeit stehe die aktuelle Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit mit derjenigen von Dr.

H.\_\_\_\_ weitgehend im Einklang

( Urk.

5/111 S. 51 Ziff.

7.3).

An der Schlüssigkeit des Y.\_\_\_\_ -Gut achtens in somatischer Hinsicht

vermögen auch die Ausführungen der langjährig behandelnden Hausärztin Dr.

G.\_\_\_\_

vom 2 9.

Mai 2019 (vorstehend E. 4.3) nichts zu ändern. Abgesehen davon , dass sie hinsichtlich der somatischen Diagnosen auf Dr.

H.\_\_\_\_ verwies , welche ihrerseits jedoch in einer angepassten Tätigkeit von einer Restar beitsfähigkeit ausging (vorstehend E. 4.4) , ist hinsichtlich der Beurteilung der voll ständigen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin durch Dr.

G.\_\_\_\_

zu beachten, dass das Gericht in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Haus ärzten der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen hat, dass diese mit unter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Guns ten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Die s zeigt sich vorliegend auch darin, dass die Ärztin von einer grossen Com pliance der Beschwerdeführerin sprach und dies entgegen de r

in den Akten mittels Labordiagnostik

dokumentierte n Nichteinnahme beziehungsweise unzu reichende n Einnahme der Medikamente ( vgl. Urk.

5/19/31, Urk.

5/ 75/1-14, Urk.

111/72-73 ) und dem meist vorzeitigen Abbruch der Behandlungen ohne sich wirklich darauf eingelassen zu haben (vgl. Urk.

5/52 E. 4.3 ) . 5. 4

Was das hier umstrittene Vorliegen einer psychischen Erkrankung anbelangt, er fordert gemäss neuer Praxis des Bundesgerichts die Anerkennung eines renten begründenden Invaliditätsgrades einerseits, dass die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren ( vgl. vorstehend E. 1.3) schlüssig und wider spruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind, und andererseits , dass keine Ausschlussgründe , namentlich keine Aggrava tion , vorliegen.

Steht fest, dass eine anspruchsausschliessende Aggravation oder ähnliche Konstellation im Sinne der Rechtsprechung gegeben ist, erübrigt sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE

141 V 281 (vgl.

Urteile des Bundesgerichts 9C\_520/2019 vom 22.

Oktober 2019 E.

6.1 und 9C\_371/2019 vom 7.

Oktober 2019 E.

5.1.2).

Eine Aggravation zeichnet sich aus durch eine Übertreibung oder Ausweitung von Beschwerden, indem tatsächlich vorhandene Symptome zur Erreichung eines Ziels (im hier interessierenden Kontext die Zusprechung einer Rente) verstärkt werden. Externe Motivation (Erreichen einer Rente) und Bewusstseinsnähe sind somit starke (in der Praxis aller dings oft schwierig nachzuweisende) Anhaltspunkte für eine anspruchs hindernde Aggravation. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass eine Aggravation umso eher vorliegt, je

mehr Hinweise auf eine absichtliche, gesteuerte und in diesem Sinne "bewusste" Symptomerzeugung hindeuten (Urteil des Bundesgerichts 9C\_899/2014 vom 29.

Juni 2015 E.

4.2.2 ). 5. 5

Vorliegend hielt der psychiatrische Teilgutachter des Y.\_\_\_\_, Dr.

L.\_\_\_\_,

nach eigener Untersuchung der Beschwerdeführerin und unter Einbezug der Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung durch lic. phil.

O.\_\_\_\_ fest, dass sich Hinweise auf ein zielgerichtetes Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik gefunden hätten. Eine psychiatrische Diagnose mit Krankheitswert konnte er (daneben) nicht stellen (vorstehend E. 4. 6).

Insbesondere die zusätzlich durchgeführte neuropsychologische Untersuchung vom 7.

Mai 2020 ergab Ergebnisse, die höchstens im Rahmen einer schweren geistigen Behinderung zu erklären gewesen wären. Ausgeführt wurde unter anderem, dass sich die Beschwerdeführerin sogar beim Benennen von bildlich dargestellten Alltagsgegenständen als schwerst beeinträchtigt gezeigt habe und dies bei gemäss Übersetzerin völlig unauffälliger Spontansprache (Urk.

5/111 S. 33 unten f., Urk.

5/111/67-70).

Was die zusätzlich  
veranlasste

Labordiagnostik anbelangt, ergab diese, dass die Beschwerdeführerin die gegenüber den Y.\_\_\_\_ - Gutachtern angegebenen Psychopharmaka (vgl. Urk.

5/111 S. 31 oben, S. 45 Ziff.

3.2 unten ; Urk.

5/111/67-70 S.

2

Mitte) nicht oder nicht in einem relevanten Ausmass einnahm  
(Urk.

5/111/71-72 S. 2). Ihre Angabe, wonach sie aufgrund ihrer Nervosität gezwungen sei, bis zu fünf Temesta pro Tag ein zu nehmen (Urk.

5/111 S. 45 Ziff.

3.2 unten), erweist sich vor dem Hintergrund, dass im Medikamentenspiegel der Referenzbereich für Temesta bei Weitem nicht erreicht wurde, als höchst zweifelhaft. Im Übrigen ergab bereits die anlässlich der Begutachtung bei Dr.

B.\_\_\_\_ im Dezember 2016 durchgeführte Laboruntersuchung, dass die Beschwerdeführerin die Medikamente nicht oder nicht im angegebenen Ausmass einnahm (vgl. Urk.

5/19/10-30 S. 16 Mitte ) . Die jeweils im Vorfeld während verschiedenen Konsultationen gezeigte Einnahme von Temesta ( Urk.

5/17 S. 2 Mitte , Urk.

5/19/10-30 S. 10 Mitte, S. 13 Mitte) muss daher

eher als demonstrativ gewertet werden.

In diesem Rahmen ist wohl auch das gegenüber den Y.\_\_\_\_ -Gutachtern und ver-  
schieblich im Vorfeld der Begutachtung ( Urk.

5/19/10-30 S. 8 Mitte, S. 11 oben ; Urk.

5/55 S. 3 ) von der Beschwerdeführerin berichtete und gezeigte stän dige Kratzen an den  
Vorderarmen und an den Handrücken sowie das Wippen des Kopfe s ( Urk.

5/111 S. 45 Ziff.

3.2 , S. 47 Ziff.

4.1 , Urk.

5/111/67-70 Ziff.

4 ) zu würdigen. So wäre bei ständigem Kratzen an den Händen und den Vorderarmen  
zumindest eine Reizung oder dermatologische Problematik respektive Verletzung der Haut  
zu erwarten gewesen , was aber in den Akten nicht dokumentiert ist. Hinsichtlich des  
erstmal von PD Dr.

F.\_\_\_\_ beobachteten Kopfwackelns (vorstehend E. 4. 2 ), war ein solches der langjährig  
behandelnden Hausärztin Dr.

G.\_\_\_\_ , wie aus ihrem Schreiben vom 3 1.

Juli 2019 ( Urk.

5/75/1) hervorgeht, nicht bekannt.

Bei dieser Ausgangslage erweist sich das im Y.\_\_\_\_ -Gutachten beschriebene aggra-  
vierende Verhalten der Beschwerdeführerin bis hin zum Erzeugen von nichtvorhandenen  
Symptomen als nachvollziehbar und plausibel dargelegt, wes halb von einem  
Ausschlussgrund im Sinne einer Aggravation der Beschwerden (vgl. vorstehend E. 5. 4 )  
auszugehen ist. 5. 6

Soweit sich die Kritik der Beschwerdeführerin am psychiatrischen Teilgutachten von Dr.

L.\_\_\_\_ im Wesentlichen auf die Stellungnahme der Fachpersonen der Gut achtenstelle der  
Z.\_\_\_\_ vom 1 3.

November 2020 (vorstehend E. 4. 8 ) stützt ( Urk.

1 S. 8 ff. Ziff.

4.5.1- 4.5.5 ), ist Dr.

L.\_\_\_\_ dahingehend beizupflichten (vorstehend E.

4. 9 ) , dass deren Wertigkeit erheblich dadurch geschmälert wird, dass den Fach personen  
der Gutachtenstelle der Z.\_\_\_\_ weder die Vorakten vorgelegen haben noch eine persönliche  
Untersuchung der Beschwerd eführerin stattgefunden hat . Die

vorgebrachte Kritik blendet sodann weitestgehend das anlässlich der psychiatrischen und neuropsychologischen Untersuchung am Y.\_\_\_\_

zu Tage getretene Aggravation s-

und Simulationsverhalten der Beschwerdeführerin , welches ihre subjektiven Beschwerdeschilderungen erheblich relativiert, aus. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin und jener der Fachpersonen der Gutachtenstelle der

Z.\_\_\_\_

lässt sich dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr.

L.\_\_\_\_ sehr wohl entnehmen , weshalb er die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden nicht im Sinne eines psychischen Gesundheitsschadens interpretierte respektive einer entsprechenden Diagnose zuordnete. Zudem äusserte sich Dr.

L.\_\_\_\_ auch hinreichend zu r Abweichung seiner Einschätzung zu jener in den Vorberichten.

So schrieb er dies im Wesentlichen der unkritischen Übernahme der von der Beschwerdeführerin dargebotenen Symptomatik und ihren Angaben sowie dem Fehlen einer Beschwerdevalidierung zu ( Urk.

5/111 S. 36 oben).

Weiter vermag auch die Kritik der Fachpersonen der Gutachtenstelle der Z.\_\_\_\_ an der objektiven Befunderhebung von Dr.

L.\_\_\_\_ nicht zu überzeugen. Dr.

L.\_\_\_\_ schilderte die Angaben der Beschwerdeführerin und die von ihm erhobenen Befunde ausreichend nachvollziehbar und zeigte auf, dass die Angaben der Beschwerdeführerin vage und wenig fassbar blieben , die Defizite in hohem Masse aufgesetzt wirkten und sie keinen Leidensdruck hinterlassen hatte ( Urk.

5/111 S. S. 31 Ziff.

4.3, S. 35 Ziff.

#### **E. 5.4**

). Aus der eingereichten Stellungnahme der Fachpersonen der Gutachtenstelle der Z.\_\_\_\_ vom 13.

November 2020 gehe hervor, dass die Beurteilung im fachpsychiatrischen Teilgutachten nicht ausreichend nachvollziehbar sei . Die Angabe der 100%igen Arbeitsfähigkeit beruhe auf einem nicht objektivierten psychiatrischen Befund sowie auf einer darauf basierenden fehlenden Diagnose, welche nicht begründet werde . Es sei unklar, aus welchen Gründen die Gutachter bei der psychiatrischen Diagnose zu einem anderen Schluss gekommen seien als die behandelnden Ärzte (S. 8 f. Ziff.

4.5.1-4.5. 5, S.

#### **E. 5.5**

). In somatischer Hinsicht habe die behandelnde Ärztin die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit weniger optimistisch eingeschätzt als die Y.\_\_\_\_ Gutachter. Gestützt auf die Berichte der A.\_\_\_\_ vom 1.

Juli

2019 und der behandelnden Hausärztin vom 29.

Mai 2019

[richtig: 2019] sei ohne hin davon auszugehen, dass sie aus psychischer Sicht zu 100 % in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei und kein Invalideneinkommen erwirtschaften könne (S. 13 Ziff.

6-7).

### **E. 7**

Mai 2021 (Urk.

2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr mit Wirkung ab 1.

April 2017 eine Invalidenrente nach dem Bundesgesetz

über die Invalidenversicherung (IVG) zuzusprechen. Eventuell sei die Sache zur weiteren Abklärung und Neuurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen

(Urk.

1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 1.

September 2021

(Urk.

4) die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am

2.

September 2021 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk.

6). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 7.3**

, S. 37 oben), weshalb er diese auch nicht berücksichtigen beziehungsweise keine psychiatrische Diagnose stellen konnte. Das Vorbringen, dass im psychiatrischen Befund die Konzentration der Beschwerdeführerin als unbeeinträchtigt angegeben werde, dies obwohl sie von starken Konzentrationsstörungen berichtet, und sie auch als zur eigenen Person vollständig orientiert beschrieben worden sei, obwohl sie nicht mehr genau gewusst habe, wann sie geboren worden sei, erweist sich vor dem Hintergrund der bereits dargelegten Aggravation und Simulation der Beschwerden als wenig geeignet, um Zweifel an der Einschätzung von Dr.

L.\_\_\_\_ aufkommen zu lassen.

Hinsichtlich der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten schweren Konzentrationsstörungen gilt es überdies zu beachten, dass Dr.

L.\_\_\_\_

keinesfalls der einzige Facharzt war, der diese nicht verifizieren konnte. So konnten Konzentrationsstörungen weder von Dr.

B. \_\_\_ im Dezember 2016 (vgl. Urk.

5/19/10-30 S.

## **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). 1. 5

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art.

16 ATSG in Verbindung mit Art.

28a Abs.

1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der 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 (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE

130 V 343 E.

3.4.2, 128 V 29 E.

1). 1. 6

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE

125 V 256 E.

4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE

125 V 256 E.

4 mit Hinweisen; AHI 2002 S.

70 E.

4b/cc).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Be lange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE

134 V 231 E.

5.1, 125 V 351 E.

3a mit Hinweis). 2.

## **E. 12**

f. Ziff.

## **E. 14**

Mitte), noch von med. pract . C.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 3 0.

Januar 2017 ( Urk.

5/17 S. 2 oben) bestätigt werden. Auch die Fachpersonen der Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, A.\_\_\_\_ , führten in ihrem Bericht vom 1 2.

Februar 2018 aus, dass sich keine Hinweise auf Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- oder Merkfähigkeitsstörungen gezeigt hätten. Die Konzentrations fähig keit befanden sie lediglich als subjektiv reduziert ( Urk.

5/29 Ziff.

1.4). Dies bestä tigte auch PD Dr.

F.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 1 1.

Februar 2019 ( Urk.

5/55 S. 3 oben). Entgegen der Ansicht der Fachpersonen der Gutachtenstelle der Z.\_\_\_\_ er weisen sich mit Blick auf die unauffällige Erwerbsbiographie

der Beschwerde füh rerin und ihre soziale E inbettung

sowie auf fehlende Hinweise in den Akten auf eine krankhafte Persönlichkeitsentwicklung auch die Ausführungen von Dr.

L.\_\_\_\_ , wonach keine Persönlichkeitsakzentuierung oder Persönlichkeits stö rung vorliege , als nachvollziehbar und ausreichend begründet.

Soweit sich die Beschwer deführerin zur Schmälerung der Beweiswertigkeit des Y.\_\_\_\_ -Gutach tens auf die bereits zum Zeitpunkt des Urteils vom 2 9.

Januar

2019 ( Urk.

5/52) bekannten Berichte beruft (vgl. Urk.

1 S. 6 ff. Ziff.

4.2),

ist auf die bereits erfolgte umfassende

Würdigung derselben zu verweisen (vorstehend E. 3). PD Dr.

F.\_\_\_\_ äusserte sich im Bericht vom 11.

Februar 2019 (Urk.

5/35) über die Behandlung vom 25.

bis 31.

Mai 2018 sodann nicht zu einer allfälligen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin und sah primär die Angst der Beschwerdeführerin um ihre Angehörigen, dass diese erkranken könnten, als im Vordergrund stehend an. Zum Bericht der Fachpersonen der Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie,

A.\_\_\_\_, vom 1.

Juli

2019 und der dort erfolgten Untersuchung vom 21.

Juni 2019 ist festzuhalten, dass die Befunderhebung und Kommunikation auch aufgrund von Fremdsprachigkeit erschwert war. Zudem berichteten die Fachpersonen, dass neben den zu stellenden Diagnosen ein sekundärer Krankheitsgewinn nicht auszuschliessen beziehungsweise wahrscheinlich sei (Urk.

5/67 S. 5 f. Ziff.

4). Die Frage, ob und inwieweit eine psychiatrische Krankheit Grund für die geltend gemachten Einschränkungen ist, oder ob und inwieweit diese mit einem sekundären Krankheitsgewinn oder anderen krankheitsfremden Aspekten zusammenhängen, war damit nachgerade Aufgabe der nachfolgenden gutachterlichen Beurteilung. In diesem Zusammenhang ist auf die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten anderseits (BGE 124 I 170 E. 4) zu verweisen.

Dem Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach die psychiatrische Begutachtung bei Dr.

L.\_\_\_\_

lediglich zehn Minuten gedauert haben soll (vorstehend E. 2.2), stehen die Angaben von Dr.

L.\_\_\_\_, wonach die Untersuchung am 25.

Mai

2020 von 14.30 Uhr bis 16.35 Uhr gedauert habe (Urk.

5/111 S. 27), gegenüber. In Anbetracht des Umfangs und der Ausführlichkeit des psychiatrischen Teilgutachtes (vgl. Urk.

5/111 /27-40) sowie mangels ersichtlicher Gründe, weshalb Dr.

L.\_\_\_\_ hinsichtlich der Dauer der Begutachtung eine Falschangabe getätigt haben sollte, erweist sich die Aussage der Beschwerdeführerin als wenig glaubhaft.

Gemäss den Angaben im Gutachten erfolgte

in diesem Zeitraum auch eine SRSI-Testung (Urk.

5/111 S. 34 Mitte; keine SIRS2-Testung wie gemäss Urk.

5/123 S.

4), was

10

bis 15 Minuten benötigt (<https://www.hogrefe.com/de/beschwerden>

valid

die

rung

), wobei die Beschwerdeführerin in dieser Zeit alleine mit der Dolmetscherin war (vgl. Urk.

5/133). Dass die Beschwerdeführerin die grösste Zeit der Untersuchung mit der Dolmetscherin alleine einen Fragebogen habe ausfüllen müssen (Urk.

5/129), erweist sich auch vor diesem Hintergrund als wenig glaubhaft. 5. 7

Aufgrund des Gesagten ist gestützt auf das beweiskräftige Gutachten des Y.\_\_\_\_ vom 22.

Juni 2020 der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit ab April 2016 zu 50

%

und in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 85

% arbeitsfähig ist. 6. 6.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen Einkommens 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 an angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 144 I 103 E.

5.3, 139 V 28 E.

3.3.2, 135 V 58 E.

3.1, 134 V 322 E.

4.1). 6.2

Für die Vornahme des Einkommensvergleichs ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des (hypothetischen) Rentenbeginns, mithin auf das Jahr 20

**E. 17**

, abzustellen (BGE 128 V 174, BGE 129 V 222).

Gemäss Arbeitgeberbericht der I.\_\_\_\_ vom 2 2.

November

2016 hätte die Beschwerdeführerin als Produktionsmitarbeiterin in einem Vollzeitpen sum zu diesem Zeitpunkt ohne Gesundheitsschaden ein Einkommen von Fr.

57'590.-- erzielt (Urk.

5/14 Ziff.

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