

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00510 vom 30. August 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-08-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00510

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00510 du 30 août 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00510 del 30 agosto 2022

Erwägungen

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 Einspracheentscheides eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

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

E. 1.3

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

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

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

E. 1.4

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

E. 1.5

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

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je mit Hinweisen).

E. 1.6

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).

E. 1.7

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den

Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (Urteil des Bundesgerichts 9C_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2). 2.

E. 2

Gegen die Verfügung vom 29. Juni 2021 erhob die Versicherte am 31. August 2021 Beschwerde mit dem Antrag, es sei ihr ab dem 1. November 2016 eine ganze Rente zuzusprechen. In prozessualer Hinsicht beantragte sie die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und die Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertreterin (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle beantragte in der Beschwerdeantwort vom 1. Oktober 2021 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Mit gerichtlicher Verfügung vom 25. Oktober 2021 wurde der Beschwerdeführerin dies zur Kenntnis gebracht und das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und die Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertreterin mangels Bedürftigkeit abgewiesen (Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Zur Begründung ihres Entscheides führte die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 29. Juni 2021 aus, nach der im Jahr 2016 erfolgten Neuanmeldung seien Arztberichte eingeholt und interdisziplinäre Begutachtungen veranlasst worden. Letztere enthielten jeweils eine fachpsychiatrische Beurteilung

unter expliziter Berücksichtigung der Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr. F.____.

Die medizinischen Darlegungen von Dr. F.____

gründeten

weder auf eine nachvollziehbare Beschwerdevalidierung noch

auf nachvollziehbaren Diagnosen, sondern gäben fast ausnahmslos die subjektive Einschätzung der Beschwerdeführerin wieder. Gemäss Stellungnahme der

D.____-Gutachter vom 6. August 2020 habe anlässlich der psychiatrischen Untersuchung und der neuropsychologischen Testung mit nicht validen Befunden und Hinweisen auf eine Aggravation keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können. Die Auffälligkeiten liessen sich nicht mit einer krankheitswertigen psychischen Störung erklären. Aufgrund neu aufgetretener rheumatologischer Leiden (Peritendinitis der distalen Bizepssehne , Bursitis bicipitoradialis und Parästhesien in den Fingern) hätten die Gutachter ab dem 21. November 2019 vorübergehend für jegliche Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Dauerhaft verbleibe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in der bisherigen Tätigkeit. Mit der Ausheilung der Bursitis bestehe in einer angepassten Tätigkeit eine höhere Arbeitsfähigkeit. Zumutbar sei diesbezüglich eine Arbeitsleistung von 80 % . Angepasst sei eine wechselbelastende Tätigkeit ohne anhaltendes Arbeiten mit Gewichten über der Horizontalen, mit nur seltenem Heben und Tragen von Lasten über 15 kg über Brusthöhe, mit nur manchmaligem Knien, ohne Arbeiten in sturzgefährdeten Höhen oder an gefährlichen Maschinen und ohne Arbeiten verbunden mit der Notwendigkeit des Führens eines Motorfahrzeuges. Die Ausübung einer im umschriebenen Sinne angepassten Tätigkeit habe im Vergleich zur früher ausgeübten eine Einkommenseinbusse von 37 % zur Folge, weswegen kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe. Die neu eingereichten Berichte von Dr. F.____ enthielten keine neuen medizinischen Tatsachen. Die stationäre Hospitalisation

im Jahr 2020 entspreche keiner dauerhaften Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes. Der Psychostatus bei der Entlassung aus der Behandlung habe einer minimalen Psychopathologie entsprochen (Urk. 2 S. 1 ff.).

In der Beschwerdeantwort vom 1. Oktober 2021 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf weitere Darlegungen zur Sache (Urk. 7).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin macht in der Beschwerdeschrift geltend, die Beschwerdegegnerin habe bei der Bemessung der Invalidität nur die somatischen Befunde berücksichtigt und gestützt auf das D.____-Gutachten ein krankheitswertiges psychisches Leiden verneint. Die betreffenden gutachterlichen Schlussfolgerungen seien jedoch nicht überzeugend. Die psychiatrische Expertin, Dr. med. H.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, habe sich nicht mit der von

den behandelnden Ärzten diagnostizierten

schwergradigen depressiven Erkrankung auseinandergesetzt. Seit dem Jahr 2010 finde deswegen eine regelmässige psychotherapeutische Behandlung bei Dr. F.____ statt. In den Jahren 2016 und 2017 habe die Erkrankung jeweils eine stationäre Behandlung erforderlich gemacht . Auch im Jahr 2020 sei aufgrund des weiterhin schwer ausgeprägten depressiven Leidens wiederum

eine stationäre psychiatrische Behandlung nötig gewesen . Es sei nicht nachvollziehbar, weswegen die Beschwerdegegnerin dies ignoriere und behaupte, diese Behandlung sei nicht Folge einer dauerhaften Verschlechterung und der Psychostatus habe bei Entlassung nur einer minimalen Psychopathologie entsprochen. Gemäss den Berichten von Dr. F.____

seien alle Kriterien einer rezidivierenden depressiven Störung gemäss der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F; nachfolgend: ICD-10) erfüllt. Eine Arbeitsleistung könne auch bei geeigneter psychotherapeutischer Behandlung nicht erwartet werden. Das Leiden habe sich seit 2019 stark verschlechtert und 2020 sei es gar zu einem Suizidversuch gekommen. Der Argumentation im D.____-Gutachten, es liege eine Aggravation vor, sei die Feststellung von Dr. F.____ entgegenzuhalten, dass ein Ray Memory Test zur Detektion der Simulation oder Aggravation nicht aussagekräftig sei, da die klinische Symptomatik, die von den Ärzten der Psychiatrischen Universitätsklinik I.____ und der Psychiatrischen Dienste G.____ erhoben worden sei, das Testresultat in Frage stelle. Zusammenfassend sei davon auszugehen, dass seit spätestens 4. November 2016 eine Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Sofern eine invalidisierende psychiatrische Diagnose durch das Gericht verneint werden sollte, sei eine erneute psychiatrische Expertise einzuholen. Bei der Invaliditätsbemessung sodann sei ein Abzug vom Invalideneinkommen in der Höhe von 15 % zu berücksichtigen (Urk. 1 S. 3 ff.). 3.3.1

Zeitlicher Referenzpunkt für die Beurteilung der

Sachverhaltsveränderung ist die Verfügung vom 8. Mai 2012 (Urk. 8/75), die das Sozialversicherungsgericht

mit Urteil IV.2012.00599 vom 22. August 2012 bestätigte (Urk. 8/84). Die

Verfügung

vom 8. Mai 2012 beruht auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung.

Die spätere Neuanschuldung vom 24. April 2014 zog keine Sachverhaltsabklärungen nach sich. Die Beschwerdeführerin sprach bei der Beschwerdegegnerin persönlich vor und reichte verschiedene ärztliche Berichte ein (Urk. 8/85 ff.). Die Beschwerdegegnerin kam in der Folge

aufgrund einer bloss summarischen Prüfung zum Schluss, eine gesundheitliche Verschlechterung sei nicht hinreichend glaubhaft gemacht worden, was zur Folge hatte, dass sie mit Verfügung vom 1. Juli 2014 auf das erneute Leistungsbegehren nicht eintrat (Urk. 8/92). Dieser Entscheid kann deshalb nicht als Vergleichsbasis herangezogen werden. 3.2.3.2.1

In der Verfügung vom 8. Mai 2012 hatte die Beschwerdegegnerin festgehalten, die Abklärungen mittels polydisziplinärem Gutachten der MEDAS B.____

hätten ergeben, dass zwar Gesundheitsschäden vorhanden seien, im Wesentlichen in der Form einer Persönlichkeitsstörung und in der Form von schmerzhaften Einschränkungen an der Wirbelsäule. Es bestehe jedoch keine relevante Arbeitsunfähigkeit, weder in der bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiterin in einer Schokoladenfabrik noch in einer anderen leichten bis mittelschweren Tätigkeit mit Wechselposition. Somit sei die Beschwerdeführerin weiterhin in der Lage, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen (Urk. 8/75/1 f.). 3.2.2

Im Urteil IV.2012.00599 vom 22. August 2012 hatte das Sozialversicherungsgericht die von der Beschwerdeführerin gegen die Verfügung vom 8. Mai 2012 erhobene Beschwerde abgewiesen und zusammengefasst festgehalten, die im Gutachten gestellten Diagnosen seien umfassend und die Beurteilung sei nachvollziehbar. Daran änderten die davon

abweichenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte nichts. Die Abklärungen hätten ergeben, dass sich im Vergleich zu dem Ergebnis der auf das Jahr 2000 zurückgehenden Abklärungen der gesundheitliche Zustand nicht verschlechtert

haben. Zumutbar seien die bisherige Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Produktionsmitarbeiterin bei A. ___ AG oder auch jede andere leichte bis mittelschwere Tätigkeit mit Wechselpositionen und ohne häufiges Heben und Tragen von Gewichten über 10 kg (E. 4; Urk. 8/84/11-13). 3.3.3.1

Dem Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung ging die Begutachtung durch die Ärzte der Begutachtungsstelle D. ___ voraus, auf die sich die Beschwerdeführerin für ihren Entscheid stützte (Urk. 8/237/4). Im Gutachten vom 31. Oktober 2019 nannten die Experten (Innere Medizin: Prof. Dr. med. J. ___, Facharzt für Innere Medizin; Psychiatrie: Dr. H. ___; Rheumatologie: Dr. med. K. ___, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie; Neurologie: PD Dr. med. et phil. L. ___, Facharzt für Neurologie; Neuropsychologie: lic. phil. M. ___, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP; Urk. 8/199/11 f.) in der Konsensbeurteilung als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit Osteochondrose, Spondylarthrose und nahezu aufgehobenem Bandscheibenschaden im Segment LWK4/5, (2) ein myofaszielles Schmerzsyndrom links, (3) eine Periarthropathia humeroscapularis links bei Status nach arthroskopischer Dekompression mit AC-Gelenks-Resektion links am 23. Januar 2013 (DD: myofaszielle Ursache), (4) ein metabolisches Syndrom mit Adipositas (BMI 38,2 kg/m²), arterieller Hypertonie, Diabetes mellitus Typ II und anamnestischer Dyslipidämie, (5) einen intermittierenden Schwindel unklarer Ätiologie ohne klinische sichere Hinweise auf eine peripher- oder zentral-vestibuläre Störung (DD: phobisch) und (6) rezidivierende Bewusstseinsverluste unklarer Ätiologie seit dem 22. Lebensjahr ohne Hinweise auf eine epileptische Genese (DD: vasovagale Synkopen; Urk. 8/199/7).

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter (1) eine nicht quantifizierbare neuropsychologische Störung auf Grund einer wahrscheinlichen Aggravation, (2) eine akutenanamnestische, derzeit nicht nachweisbare depressive Störung mit mittelgradigen und schweren depressiven Episoden und phasenweiser Pseudodemenz, (3) akutenanamnestische, derzeit nicht nachweisbare rezidivierende Bewusstseinsverluste (DD: dissoziativ), (4) eine akutenanamnestische, derzeit nicht nachweisbare anhaltende somatoforme Schmerzstörung, (5) eine akutenanamnestische, derzeit nicht nachweisbare kombinierte Persönlichkeitsstörung, unter anderem mit histrionischen Zügen, (6) eine beginnende lateral betonte Femoropatellararthrose am rechten Knie, (7) Kopfschmerzen vom Spannungstyp mit massgeblichem Übergebrauch von Kopfschmerzmedikamenten, (8) einen Status nach Resektion eines parasagittalen Meningeoms (WHO Grad I) frontal links am 15. Januar 2014 und (9) einen fortgesetzten Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (Urk. 8/199/7 f.).

Zu den gestellten Diagnosen führten die Gutachter gestützt auf die interdisziplinäre Konsensbesprechung aus, bei der Beschwerdeführerin seien seit über zehn Jahren Rückenschmerzen im Bereich der Hals- (HWS), der Brust (BWS) und der Lendenwirbelsäule (LWS) bekannt. Bildgebend (MRI 2011) seien degenerative Veränderungen im Bereich von HWS (mit möglicher neuroforaminaler Einengung) und LWS (mit möglicher rezessaler Einengung der L5-Wurzel) nachgewiesen. Eine radikuläre

Reiz- oder Ausfallsymptomatik könne aus neurologischer Sicht nicht objektiviert werden. Infiltrative Schmerzbehandlungen hätten keine wesentliche Beschwerdelinderung gebracht. Es bestehe eine weitgehend therapie resistente Schmerzsymptomatik. Aufgrund objektiver Befunde nachgewiesen sei sodann die Periarthropathia

humeroscapularis .

Auffallend sei eine Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden, wobei gleichzeitig aus psychiatrischer und neuropsychologischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könnten. Vielmehr sei diesbezüglich von einer Aggravation auszugehen. Eine Beschwerdevalidierung habe aufgrund der Verhaltensauffälligkeiten nicht durchgeführt werden können. Die wenigen neuropsychologischen Testbefunde seien in ihrer Deutlichkeit nicht konsistent gewesen, dies selbst vor dem Hintergrund der eigenanamnestisch beschriebenen eingeschränkten Alltagsfunktionen. Die Kopfschmerzen vom Spannungstyp seien massgeblich durch den Übergebrauch von Schmerzmedikamenten beeinflusst. Unklar geblieben seien die von der Beschwerdeführerin geklagten, seit dem 22. Lebensjahr bestehenden rezidivierenden Bewusstseinsverluste. Differentialdiagnostisch kämen vasovagale Synkopen oder dissoziative Zustände in Frage. Möglich sei auch ein Zusammenhang mit histrionischen Persönlichkeitszügen. Aus allgemeininternistischer Sicht ins Gewicht falle der Diabetes mellitus im Rahmen des metabolischen Syndroms

(Urk. 8/199/6 f.).

Funktionelle Auswirkungen hätten die myofaszialen Beschwerden an der HWS mit Tendenz zur Schmerzausweitung in die linke Schulter und in die obere Extremität in Bezug auf Gewichtsbelastungen, Zwangshaltungen und monotone Bewegungsabläufe . Zusätzlich bestünden Einschränkungen in Bezug auf vorge neigte Körperhaltungen und das Bücken. Aufgrund der rezidivierenden Stürze und des intermittierenden Schwindels seien Arbeiten an gefährlichen Maschinen oder in der Höhe wegen der Sturzgefahr ungeeignet. Aufgrund der zahlreichen Hinweise auf ein negativ verzerrendes Antwortverhalten seien die Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen der Beschwerdeführerin in der realen Lebenswelt nicht valide abschätzbar. Störungsbedingte psychiatrische Einschränkungen von relevanten Partizipationsfähigkeiten seien bei der Begutachtung nicht feststellbar gewesen. Bezüglich der Konsistenz sei zu beachten, dass trotz der nachgewiesenen degenerativen Veränderungen am oberen und unteren Achsenskelett eine Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektiven Befunden bestehe. Aus psychiatrischer und neuropsychologischer Sicht sei vom Vorliegen einer wahrscheinlichen Aggravation auszugehen. Da die Beschwerdevalidität eingeschränkt respektive nicht gegeben sei und eine erhebliche Selbstlimitierung bestehe, basiere die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf den objektivierbaren Befunden .

Für die bisherige Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin bei der A.____ AG sei seit August 2016 aufgrund der objektiven Befunde im Bereich des oberen und unteren Achsenskeletts von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen. In einer angepassten Tätigkeit mit Wechselbelastung, mit nur seltenem Heben von Lasten über 15 kg über Brusthöhe, ohne Überkopfarbeiten, ohne anhaltende Tätigkeiten mit Gewichten über der Horizontalen und nur manchmal knienden Tätigkeiten, ohne Arbeiten in der Höhe, ohne Arbeiten an gefährlichen Maschinen und ohne Arbeiten, die das Führen eines

Motorfahrzeuges erforderlich machten, sei - aus neurologischen Gründen - von einer maximalen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % auszugehen. Die Einschränkung berücksichtige das schmerzbedingt verlangsamte Arbeitstempo (Präsenz 100 % , Einschränkung der Leistung 20 %). Retrospektiv sei nicht davon auszugehen, dass in einer adaptierten Tätigkeit längerdauernd eine höhere als die jetzt attestierte Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Abgesehen von einem allfälligen Analgetikaentzug könnten keine medizinischen Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit vorge schlagen werden. Positiv auswirken könnte sich ein reintegrationsorientiertes psychotherapeutisch basiertes Coaching, das insbesondere die Dekonditionierung , die Selbstlimitierung, die Regressivität und die Aggravationsneigung in den Fokus nehme (Urk. 8/199/8-10) . 3.3.2

In der ergänzenden Stellungnahme vom 6. August 2020 (Urk. 8/216)

setzten sich die Gutachter

eingehend mit den

nach Erstattung des Gutachtens vom 31. Oktober 2019 aufgelegten Berichten

der behandelnden Ärzte auseinander , zum einen mit den Berichten der Psychiaterin Dr. F.____ vom 21. November 2019 und vom 10. Dezember 2019 (Urk. 8/203/1-4) , zum anderen mit dem Bericht der Klinik N.____ vom 21. November 2019 (Urk. 8/203/5-6) und schliesslich mit dem Bericht des Neurologen Dr. med.

O.____ , Facharzt für Neurologie, vom 26. November 2019 (Urk. 8/203/7-9).

Die Sachverständigen führte n aus, Dr. F.____ vertrete den Standpunkt , eine 100%ige Arbeitsfähigkeit sei medizinisch nicht nachvollziehbar, weil die Beschwerdeführerin im Alltag erheblich eingeschränkt, depressiv und auch aus somatischen Gründen stark beeinträchtigt sei. Die Beschwerdeführerin leide unter einer chronifizierten schweren depressiven Entwicklung mit Pseudodemenz, an dissoziativen Krampfanfällen und anfallsartiger Bewusstlosigkeit , an einer somatoformen Schmerzstörung, an Spannungskopfschmerzen bei panvertebralem Schmerzsyndrom und an einem Diabetes mellitus Typ II, weswegen von einem maximal zumutbaren Arbeitspensum von 30 % auszugehen sei, wobei ein Einsatz als Hilfsarbeiterin in der freien Wirtschaft nicht in Frage komme. Aus gutachterlicher Sicht sei in diesem Zusammenhang auf das auffällige Verhalten der Beschwerdeführerin anlässlich der psychiatrischen und neuropsychologischen Untersuchung hinzuweisen. Eine psychiatrische Diagnose habe nicht gestellt und die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht beurteilt werden können. Die neuropsychologischen Testungen seien aufgrund des Verhaltens der Beschwerdeführerin nicht durchführbar gewesen oder es hätten gestützt darauf keine validen Befunde erhoben werden können. Die Auffälligkeiten hätten sich nicht mit einer psychischen Störung erklären lassen. Vielmehr habe sich der Schluss ergeben, dass von Aggravation auszugehen sei. Dies sei in den entsprechenden Teilgutachten ausführlich dargelegt worden. Aus den neu aufgelegten Berichten der behandelnden Psychiaterin ergäben sich keine validen Diagnosen, vielmehr sei darin in erster Linie die subjektive Beschwerdeschilderung der Beschwerdeführerin wiedergegeben worden. Eine Herleitung der angegebenen funktionellen Einschränkungen mittels Mini-ICF oder eine Auseinandersetzung mit Inkonsistenzen fehle und auch eine kriteriengeleitete Beschwerdevalidierung fehle. Aus psychiatrischer Sicht bestehe demnach kein Anlass , von der fachpsychiatrischen Beurteilung im Gutachten abzuweichen. Ein psychiatrisches oder neuropsychologisches

Leiden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei demnach zu verneinen. Aufgrund der objektivierbaren Beeinträchtigungen im Bereich des oberen und unteren Achsenskeletts sei, wie im Gutachten dargelegt worden sei, von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % in der angestammten und von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer angepassten Tätigkeit auszugehen (Urk. 8/216/ 1- 2).

Aus den Bericht en

der Klinik N.____ und von Dr. O.____ ergäben sich neu der Befund einer Peritendinitis der distalen Bizepssehne

mit deutliche r Bursitis bicipitoradialis sowie der Hinweis auf Parästhesien in den Fingern. Es handle sich um eine neue rheumatologische Diagnose. Rückwirkend könne davon ausgegangen werden, dass aufgrund der Schmerzen als Folge der Bursitis und Peritendinitis mit möglicher Partialruptur der distalen Bizepssehne ab dem 21. November 2019 vorübergehend, das heisst für die Zeit der Behandlung, eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit bestanden habe. Mit der Ausheilung der Bursitis sei vom Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit bezogen auf eine angepasste Tätigkeit auszugehen. Auch bezogen auf die angestammte Tätigkeit als Fabrikarbeiterin sei bei Vorliegen einer

Partialruptur der Bizepssehne

von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Es sei aber nicht mit Gewissheit von einer anhaltenden Arbeitsunfähigkeit

von über 50 %

auszugehen. In der überwiegenden Zahl von Fällen sei das Leiden mechanisch induziert durch Überlastung. Falls die auslösende Noxe weg und erfolge eine Behandlung, sei die Prognose gut. Bei den Parästhesien der Finger sodann handle es sich um ein subjektives Symptom, nicht um eine Diagnose. Die Beschwerden führten nicht zu einer weiteren Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/216/3). 3.4

Die auf somatischem Gebiet erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen sowie die Abschätzung der Restarbeitsfähigkeit hat die Beschwerdeführerin nicht in Frage gestellt. Die Darlegungen der Gutachter in dieser Hinsicht vermögen effektiv auch zu überzeugen (vgl. nachstehende E. 4.4.2). Bemängelt wird von der Beschwerdeführerin die gutachterliche Beurteilung auf psychiatrischem und neuropsychologischem Fachgebiet, welche im Widerspruch zu den Berichten der behandelnden Psychiaterin stehen (Urk. 1 S. 3 Rz 3), worauf in nachstehender E. 4 einzugehen ist.

Zu erwähnen bleibt, dass die D.____ -Gutachter die Dauer der vorübergehenden gänzlichen Arbeitsunfähigkeit auch in einer angepassten Tätigkeit in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 6. August 2020 nicht näher bezifferten (Urk. 8/216/ 3). Allerdings lässt sich diese anderweitig, gestützt auf die übrigen medizinischen Akten, zuverlässig eingrenzen. Der orthopädische Chirurg der Klinik N.____ erwähnte im Bericht vom 25. Juli 2020, zwischenzeitlich sei bei der Beschwerdeführerin erfolgreich eine Behandlung des linken Ellbogens mittels sonographisch gesteuerter Steroidinfiltration im Bereich der Bizepssehneninsertion

links durchgeführt worden. Diese Infiltration habe zu einer Beschwerdelinderung von 70-80 %

geführt. Am 21. Januar 2020 sei auch eine Sonografie der linken Schulter durchgeführt worden, wobei sich eine intakte Rotatorenmanschette mit tendinopathischen Veränderungen der Supraspinatussehne gezeigt habe. Hier sei ebenfalls eine Infiltration durchgeführt worden. Er sah keine weiteren Behandlungsmöglichkeiten und wies in Anbetracht der am ganzen Körper geklagten Beschwerden auf eine mögliche Schmerzverarbeitungsstörung oder ein Fibromyalgiesyndrom hin (Urk. 8/211/1-2). Die Radiographie beider Knie vom 15. Juli 2020 zeigte diffuse Veränderungen von mildem Ausmass (Urk. 8/211/4). Mithin steht fest, dass die Beschwerdeführerin sich wegen des Ellenbogenleidens am 21. Januar 2020 mittels Infiltrationen hat behandeln lassen, was zur Besserung der Beschwerden geführt hat. Dass nach dieser Behandlung weiterhin Einschränkungen bestanden hätten, ist nicht belegt. Demgemäss ist beginnend ab dem 21. November 2019 von einer gänzlichen Arbeitsunfähigkeit von insgesamt weniger als drei Monaten Dauer auszugehen, was gemäss

Art. 88a Abs. 2 IVV nicht anspruchrelevant ist.

3.5

Bei Erlass der Referenzverfügung vom 8. Mai 2012 (Urk. 8/75), deren Bestand mit Urteil des Sozialversicherungsgerichts IV.2012.00599 vom 22. August 2012 bestätigt wurde (Urk. 8/84), bestand

zusammenfassend sowohl für die bisherige Tätigkeit als Mitarbeiterin in der Schokoladenfabrikation als auch für jede andere leichte bis mittelschwere und wechselbelastende Tätigkeit eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Im Vergleich dazu kamen die D. ___ - Gutachter zum Schluss, in erster Linie aufgrund der degenerativen Veränderungen am oberen und unteren Achsenskelett und aufgrund der nach der Begutachtung zusätzlich diagnostizierten Partialruptur der Bizepssehne sei die bisherige Tätigkeit am Fließband nur noch bedingt geeignet, weswegen diesbezüglich nur noch eine Arbeitsunfähigkeit von 50% bestehe. Für eine angepasste, das heisst körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeit kamen die Gutachter zum Schluss, eine solche könne die Beschwerdeführerin zumutbarerweise im Umfang von 80% ausüben, wobei sie die Einschränkung mit neurologischen Beschwerden begründeten (Urk. 8/199/9, Urk. 8/216/3).

Bezogen auf die somatischen Diagnosen zeigt sich demgemäss aufgrund der Abklärungen im Anschluss an die Neuanschuldung vom 11. November 2016 (Urk. 8/101) eine Abnahme des beruflich relevanten Leistungsvermögens im Vergleich zum Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 8. Mai 2012 (Urk. 8/75). Dem zu Grunde liegt eine aus ärztlicher Sicht veränderte Befundlage (vgl. vorstehende E. 3.3). In diesem Sinne ist von einem Revisionsgrund auszugehen

(Urteil des Bundesgerichts 8C_300/2020 vom 2. Dezember 2020 E. 2.6.2), weshalb

der Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend neu zu prüfen ist, wobei keine Bindung an die frühere Beurteilung besteht (vgl. vorstehende E. 1.7). Der Prüfung zu Grunde zu legen sind dabei vorab die Einwände der Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit der psychiatrischen Begutachtung durch die Ärzte der Begutachtungsstelle

D. ___. Die Beschwerdegegnerin ist diesbezüglich von einem schlüssigen Beweismittel ausgegangen und hat für ihren Entscheid darauf abgestellt. 4.4.1

Nach Auffassung der Beschwerdeführerin sind die Schlussfolgerungen im D.____-Gutachten auf psychiatrischem Fachgebiet in erster Linie deswegen nicht nachvollziehbar, weil sich die psychiatrische Expertin Dr. H.____ nicht ausreichend mit den von der behandelnden Psychiaterin Dr. F.____ erhobenen Befunden und den gestellten Diagnosen auseinandergesetzt habe. Tatsächlich sei von einem schwergradigen depressiven Leiden auszugehen, dessentwegen seit etlichen Jahren eine psychotherapeutische Behandlung erfolge

und überdies mehrfach, das heisst in den Jahren 2016, 2017 und zuletzt 2020, stationäre Klinikaufenthalte erforderlich gewesen seien. Es sei nicht nachvollziehbar, weswegen die Beschwerdeführerin dies ignoriere und behaupte, diese Behandlung sei nicht Folge einer dauerhaften und massgeblichen Verschlechterung, insbesondere seit 2019. Ferner macht die Beschwerdeführerin geltend, gemäss den Berichten von Dr. F.____ seien alle Kriterien einer rezidivierenden depressiven Störung gemäss ICD-10 erfüllt (Urk. 1 S. 3 ff.; vgl. auch vorstehende E. 2.2). 4.2 4.2.1

Dr. H.____

hielt im psychiatrischen Teilgutachten zunächst fest, die Krankheitsentwicklung sei durch die Unterlagen der vorausgegangenen Abklärungsverfahren hinreichend dokumentiert. Die Beschwerdeführerin selber habe sowohl zur Biografie als auch zum Krankheitsverlauf nur spärliche Angaben gemacht. Bezüglich der zahlreichen Berichte behandelnder Ärzte, insbesondere von Dr. F.____, falle nebst den gestellten Diagnosen - im Vordergrund stehe hier ein depressives Leiden - die in erheblichem Umfang attestierte Arbeitsunfähigkeit auf, sowohl hinsichtlich der angestammten als auch hinsichtlich einer angepassten Tätigkeit. In markantem Gegensatz dazu stünden die insgesamt drei vorausgegangenen psychiatrischen Begutachtungen aus den Jahren 2000, 2012 (beide MEDAS B.____; Urk. 8/16, Urk. 8/68) und 2017 (C.____, Urk. 8/128, Urk. 8/161). Die damaligen Gutachter hätten jeweils keine psychischen Störungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit feststellen können. In den ersten beiden Gutachten der MEDAS-B.____ sei im Wesentlichen von einer histrionischen Persönlichkeitsstruktur mit ängstlichen und vermeidenden Zügen und von einer gestörten Schmerzverarbeitung ausgegangen worden, wobei ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verneint worden sei. Die

C.____-Gutachter sodann hätten festgehalten, es lägen keine hinreichenden Anhaltspunkte für eine psychische Erkrankung vor. Auch die psychopathologischen Befunde gemäss Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik I.____ vom 17. August 2016 (Urk. 8/100/5-9) entsprächen keiner namhaften depressiven Erkrankung. Hinzu komme, dass die Beschwerdeführerin die betreffende stationäre Behandlung bereits nach einer Woche wegen einer geplanten Fernreise abgebrochen habe, was zusätzlich gegen das Vorliegen einer schwergradigen

depressiven Symptomatik spreche. Schliesslich sei auch die antidepressive Medikation nicht eine r

entsprechenden Diagnose angepasst gewesen (Urk. 8/199/40-45). 4.2.2

Des Weiteren führte Dr. H.____ aus, bei der jetzigen Begutachtung habe das erste Explorationsgespräch aufgrund sprachlicher Probleme gegen den Willen der Beschwerdeführerin abgebrochen werden müssen. Bei der zweiten Exploration sei dann eine Dolmetscherin zugegen gewesen. Bei beiden Untersuchungen sei ein

histrionisch -theatralisches Verhalten der Beschwerdeführerin aufgefallen, indem die Beschwerdeführerin praktisch durchgehend geklagt, gestöhnt und sich äusserst schwerbeweglich und schweratmig präsentiert habe.

Beim zweiten Untersuchungstermin habe das auffällige Verhalten darin gegipfelt, dass die Beschwerdeführerin nach rund einer Stunde unvermittelt schwer atmend aufgestanden sei und sich schwankend durch den Untersuchungsraum bewegt und unverständliche Dinge vor sich her gemurmelt habe. Dabei habe sie den Eindruck erweckt, sie könne sich nur mit Mühe auf den Beinen halten und müsse sich an Möbelstücken festhalten. Schliesslich habe sie sich dann wieder auf ihren Stuhl fallen lassen und dabei gleichzeitig von sich aus die Exploration für beendet erklärt. Trotz des erheblich schwankenden Gangbildes sei nie der Eindruck entstanden, die Beschwerdeführerin könnte tatsächlich stürzen. Weder habe eine für eine Dissoziation erforderliche Bewusstseinsveränderung vorgelegen, noch habe die Beschwerdeführerin unabwendbar respektive persönlichkeitsassoziiert histrionisch imponiert. Vielmehr habe der Eindruck bestanden, die Beschwerdeführerin verhalte sich bewusst und intentionell inszeniert. Namentlich habe sich die Beschwerdeführerin bei der Untersuchung auch humorvoll, aufmerksam und an Details interessiert zeigen können. Eine Blutentnahme zur Blutspiegelbestimmung der angegebenen Medikation mit Psychopharmaka habe die Beschwerdeführerin sodann verweigert. Unter dem Eindruck der dominierenden und negativ verzerrenden Beschwerdepräsentation seien bei der aktuellen Untersuchung keine psychopathologischen Symptome, Syndrome und Störungen mit ausreichender Sicherheit feststellbar gewesen. Auch Hinweise auf ein psychisches Erleben hätten sich keine gezeigt. Das angegebene gelegentliche nächtliche Hören des eigenen Namens könne nicht als solches interpretiert werden. Insbesondere aber hätten anlässlich der Untersuchung keine Niedergestimmtheit, keine Antriebsstörung und keine Schuld- oder Insuffizienzgefühle festgestellt werden können. Eine depressive Symptomatik, und sei es nur eine leichtgradige Episode, sei vor diesem Hintergrund nicht ausgewiesen. Die generell und auch direkt in der Untersuchungssituation angegebene akute Suizidalität habe unecht und appellativ gewirkt und sei nach konsequenter und vertiefter Befragung denn auch verneint worden. Der gesamte klinische und auch testpsychologische Eindruck (bei beiden Terminen positiver Rey Memory Test [RMT] zur Detektion von Simulation respektive Aggravation; Urk. 8/199/40) entspreche einer weit reichenden Aggravation mit eventuell simulatorischen Elementen. Dieser Befund werde durch die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung (Urk. 8/199/74 ff.) gestützt. Die Validität der betreffenden Testungen sei nicht gegeben gewesen. Letztlich sei eine nicht qualifizierbare neuropsychologische Störung vor dem Hintergrund einer wahrscheinlichen Aggravation diagnostiziert worden. Aufgrund der neuropsychologischen und psychiatrischen Hinweise auf eine erheblich eingeschränkte Beschwerdevalidität seien die über die neurologisch und rheumatologisch objektivierbaren Befunde hinausgehend präsentierten Beschwerden durch eine psychogene somatoforme Schmerzstörung nicht valide zu erklären. Zur Aktenanamnese bleibe zu erwähnen, dass den Berichten der behandelnden Psychiaterin Dr. F.____ keine kriteriengeleitete Beschwerdevalidierung entnommen werden könne. Vielmehr stünden darin die von der Beschwerdeführerin selbst

berichteten Beschwerden im Vordergrund. Auch die beiden Austrittsberichte der Psychiatrischen Klinik I.____ betreffend die stationären Behandlungen in den Jahren 2016 und 2017 enthielten keine nachvollziehbare Herleitung der darin beschriebenen Beschwerden. Auf der anderen Seite seien im Gutachten der Ärzte von C.____ vom 8.

September 2017 ebenfalls nachvollziehbar deutliche Hinweise auf ein bewusstseinsnah verzerrendes Antwortverhalten beschrieben worden (Urk. 8/199/45 f.) .

Retrospektive könne nicht ausgeschlossen werden, dass die Beschwerdeführerin seit 2010 an einer depressiven Symptomatik unterschiedliche r Ausprägung, an einer dissoziativen Störung und/oder einer somatoformen Schmerzstörung gelitten habe. Jedoch sei zu beachten, dass (1) aktenanamnestisch, insbesondere durch die Angaben von Dr. F. ___ und derjenigen der Ärzte der Psychiatrischen Klinik I. ___ , keine Beschwerdevalidierung stattgefunden habe und die psychiatrische Behandlung phasenweise nur sehr niederfrequent gewesen sei , dass (2) zeitlich parallel durch das Gutachten der Ärzte von C. ___ deutliche Hinweise auf ein bewusstseinsnah verzerrendes Antwortverhalten vorhanden seien und (3) auch aktuell deutliche Hinweise auf eine erheblich eingeschränkte Beschwerdevalidität im Rahmen sowohl der psychiatrischen als auch der neuropsychologischen Untersuchung festzustellen gewesen seien (stark verzerrendes Antwortverhalten mit simulativen Elementen im gezeigten Verhalten , unterschiedliches Aktivitätsniveau in den verschiedenen Lebensbelangen). Dies verbiete es auf den Selbstbericht der Beschwerdeführerin abzustellen. Vor diesem Hintergrund sei diagnostisch nicht von den in den Vorberichten gestellten Diagnosen auszugehen und diese als remittiert zu bezeichnen, sondern er sei festzuhalten, dass die aktenanamnestischen Diagnosen derzeit nicht gestellt werden könnten. Eine gewisse histrionische Persönlichkeitsstruktur sei möglich, jedoch sei eine entsprechende Störung angesichts der massiv überlagernden Aggravation wiederum nicht feststellbar. Zusammenfassend sei eine aktive psychiatrische Störung derzeit nicht feststellbar. Mithin seien die Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen der Beschwerdeführerin in der realen Lebenswelt nicht abschätzbar. Störungsbedingte Beeinträchtigungen auf psychiatrischem Fachgebiet hätten nicht festgestellt werden können. Eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, auch bezogen auf die bisherige Tätigkeit als ungelernte Mitarbeiterin in einer Schokoladenfabrik , könne nicht attestiert werden. Auch retrospektiv lasse sich nicht mit hinreichender Sicherheit feststellen , ob die aktenanamnestisch genannten Symptome, Syndrome und Störungen tatsächlich vorgelegen hätten, weswegen es möglich bis wahrscheinlich sei, dass eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bereits

auch früher nicht vorgelegen habe

(Urk. 8/199/46 f f .). 4.2.3

Das psychiatrische Teilgutachten von Dr. H. ___ basiert auf einer eingehenden Befragung (Urk. 8/199/32 ff.) , bei der die Beschwerdeführerin laut der Gutachterin nicht umfassend mitwirkte (Urk. 8/199/38) . Soweit die Beschwerdeführerin beschwerdeweise eine weitere Klärung des Sachverhalts durch eine neue Begutachtung angebehrte (Urk. 1 S. 6) , kann ihr nicht gefolgt werden. Denn rechtsprechungsgemäss ist es nicht Sache des kantonalen Gerichts, ein Gutachten anzuordnen, wenn die Beschwerdeführerin die Mitwirkung daran im Verwaltungsverfahren ohne stichhaltige Gründe verweigert hat. Diesfalls beschränkt sich die Überprüfung des vorinstanzlichen Gerichts darauf, ob die Verfügung aufgrund der vorhandenen Akten korrekt war (Urteil des Bundesgerichts 9C_29/2020 vom 16. März 2020 E. 3.2.3).

Die psychiatrische Teilexpertise fusst auf einer detaillierten Würdigung und Analyse der medizinischen Vorakten (Urk. 8/199/42-45).

Die Expertin legte unter chronologischer Erwähnung der betreffenden Berichte und unter konkreter Erwähnung des relevanten Inhalts der betreffenden Berichte nachvollziehbar dar, dass insbesondere die

Beurteilung von Dr. F.____

in erheblichem Mass die persönliche Einschätzung und Überzeugung der Beschwerdeführerin wiedergebe und es demgemäss an einer nachvollziehbaren Validierung der Befunde mangle

(Urk. 8/199/44 f.). In der ergänzenden Stellungnahme vom 6. August 2020 kamen die D.____ - Gutachter nach Einsicht in die Berichte von Dr. F.____

vom 21. November und vom 10. Dezember 2019 (Urk.

8/203/1 f., Urk. 8/203/3 f.) sodann zum Schluss, die neu vorgelegten Berichte enthielten keine nachvollziehbaren Diagnosen, auf eine Herleitung der funktionellen Einschränkungen sei verzichtet worden und es fehle auch eine Auseinandersetzung mit Inkonsistenzen. Stattdessen seien fast ausschliesslich die subjektiven Beschwerdeschilderungen der Beschwerdeführerin wiedergegeben worden (Urk. 8/216/1 f.). Tatsächlich enthalten die betreffenden Berichte von Dr. F.____

vom 21. November und 10. Dezember 2019 weder eine nachvollziehbare Diagnose noch eine valide Herleitung der aufgeführten Befunde. Überdies fehlt jegliche Auseinandersetzung mit der abweichenden gutachterlichen Einschätzung, weswegen die attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht überzeugt (Urk. 8/203/1-3) und nicht geeignet ist, Zweifel am Gutachten zu erwecken. 4.2.4

Auch die

weiteren Berichte von Dr. F.____

lassen darauf schliessen, dass sowohl

bei

der Diagnose als auch bei der

Bewertung der erwerblichen Ressourcen die Darstellung der Beschwerdeführerin im Vordergrund stand. In den Berichten vom 21. Juni und 19. September 2020 (Urk. 8/209, Urk. 8/222) erwähnte Dr. F.____ einen durch den Ehemann und die Schwiegertochter verhinderten aktuellen Suizidversuch der Beschwerdeführerin, bei dem diese sich vor einen Zug werfen wollen, und einen weiteren verhinderten Suizidversuch mittels Tabletten zwei Jahre zuvor. In beiden Fällen stützte sich Dr. F.____

ausschliesslich auf Schilderungen der Beschwerdeführerin respektive von deren Angehörigen, die nicht durch zeitnahe Arztberichte gestützt werden. Auch die

beschriebene Psychopathologie

verweist in erster Linie auf Angaben der Beschwerdeführerin. Soweit es konkrete Beobachtungen der Ärztin anlässlich der Behandlung betrifft, erweisen sich die Befunde als wenig gravierend (Konzentration und Aufmerksamkeit leicht eingeschränkt, im Affekt deprimiert, kein Anhalt für eine psychotische Symptomatik, keine akute Suizidalität vorhanden). Die abschliessend gestellte Diagnose einer schweren depressiven Episode vermag vor diesem Hintergrund nicht einzuleuchten.

Der Bericht von Dr. F.____

vom 2. Oktober 2020 enthält eine Aufzählung von Symptomen zur Untermauerung des diagnostizierten depressiven Leidens, wobei Dr. F.____ dieses im damaligen Zeitpunkt als mittelschwer einstufte (Urk. 8/225/1 f.). Ausmass und Ausprägung der Symptome könne indessen nicht nachvollzogen werden. Die der Aufzählung zu Grunde liegenden Ergebnisse des Mini ICF-Ratings für Partizipations- und Aktivitätsstörungen, das Dr. F.____ durchführte (Urk. 8/225/1), ist nicht aktenkundig. Diese können ebenso wenig dem Bericht vom 2. Oktober 2020 oder demjenigen vom 19. September 2020, auf den verwiesen wird, entnommen werden. Aufgrund der Diskrepanzen zwischen objektiven Befunden und gestellter Diagnose wäre dies aber erforderlich gewesen. Das Leiden und die von Dr. F.____ beschriebenen Folgen, insbesondere die Unmöglichkeit der Ausübung einer Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt (Urk. 8/225/2), können mithin nicht nachvollzogen werden.

Ebenso verhält es sich mit den Darlegungen von Dr. F.____ vom 9. März 2021 (Urk. 8/232/1-16). Dr. F.____ berichtete über einen schweren dissoziativen Zustand der Beschwerdeführerin anlässlich einer Therapiesitzung im Sinne einer vorübergehenden Bewusstlosigkeit (Urk. 8/232 /2) und über (nach Angabe der Beschwerdeführerin) generell fast täglich auftretende Bewusstseinsverluste (Urk. 8/232 /7) . Im Übrigen zeigte die in der Therapie ansonsten wache und zu allen Qualitäten orientierte Beschwerdeführerin nach der Wahrnehmung der Ärztin eine depressive Stimmungslage ohne grobe kognitive Störungen. Die gestellte Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptomatik erweist sich vor dem Hintergrund dieser unmittelbaren Eindrücke nicht als überzeugend . Diagnostische Überlegungen in Bezug auf die beschriebene Dissoziation fehlen zudem . Zu vermuten ist, dass diese in Form der Diagnose von histrionischen Persönlichkeitszügen ihren Niederschlag gefunden hat. Die übrigen aufgeführten Befunde gehen offenkundig vorwiegend unmittelbar auf die Angaben der Beschwerdeführerin oder ihrer Familienangehörigen zurück (Urk. 8/232 /3 f.) . Die im weiteren Verlauf des Berichts aufgeführten Funktions einschränkungen nach ICF lassen sich nicht überprüfen. Das Testergebnis liegt dem Arztbericht nicht bei . Angesichts der Diskrepanzen zwischen den beschriebenen Befunden und der gestellten Diagnose wäre dies aber erforderlich gewesen . Unter diesem Mangel leidet - was bereits erwähnt wurde - auch der bereits früher, das heisst in den Berichten vom 19. September und 2. Oktober 2020 angebrachte Verweis auf das betreffende Testverfahren (Urk. 8/222/2, Urk. 8/225/1 f.) Zur Frage der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nahm Dr. F.____ im Bericht vom 9. März 2021 sodann keine Stellung (Urk. 8/232 /5).

Am

3. August 2021 führte Dr. F.____

schliesslich aus, die Bewusstseinsverluste mit dissoziativer Amnesie im Rahmen von epilepsieartigen Anfällen seien bislang im Rahmen von histrionischen Zügen gesehen worden. Tatsächlich seien diese Leiden aber gravierender und entsprächen einem Stupor mit tranceähnlichem Zustand respektive einem dissoziativen Krampfanfall. Einen solchen Anfall habe sie am 9. März 2021 in der Sprechstunde selber erlebt. Dem Leiden komme invalidisierender Charakter zu . Die Beschwerdeführerin leide seit dem 22. Lebensjahr an dieser Störung (Urk. 3). Im Bericht vom 9. März 2021 beschrieb Dr. F.____ , wie bereits erwähnt, einen Anfall mit vorübergehender kurzer Bewusstlosigkeit und ging diesbezüglich, wie zuvor schon die Gutachter der MEDAS- B.____ im Gutachten vom 1.

März 2012 (Urk. 8/68/25) von einer histrionischen

Problematik aus (Urk. 8/232/4). Was Dr. F.____ dazu veranlasste, einige Monate später auf diese Beurteilung zurückzukommen, legte sie nicht näher dar. Dies wäre umso dringlicher erforderlich gewesen, weil das Leiden gemäss Dr. F.____ bereits im 22. Lebensjahr aufgetreten ist, die erwerblichen Ressourcen aber offensichtlich lange Zeit nicht beeinträchtigt hat. Hinzu kommt, dass sich Dr. F.____ weder in ihrem

Bericht vom 3. August 2021 noch zuvor mit dem Aspekt der Aggravation auseinandergesetzt hat und in diesem Zusammenhang die eigene Einschätzung beziehungsweise die Aussagen der Beschwerdeführerin kritisch hinterfragt hätte .

Angesichts der ausführlichen diesbezüglichen Darlegungen im D.____ -Gutachten hätte sich dies zwingend aufgedrängt. Eine als Beweismittel verwertbare ärztliche Beurteilung stellen die Berichte von Dr. F.____

mithin nicht dar. 4.3 4.3.1

Die Beschwerdeführerin macht schliesslich geltend, die stationären Klinikaufenthalte 2016, 2017 und 2020 sprächen für ein krankheitswertiges psychisches Leiden , und sie moniert, dies sei beim Erlass der angefochtenen Verfügung zu Unrecht nicht berücksichtigt worden (Urk. 1 S. 4). Die stationären Klinikaufenthalte von 2016 und 2017 wurden bei der D.____ -Begutachtung berücksichtigt . Dr. H.____

wies darauf hin, aus dem Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik I.____ vom 17. August 2016, den auch die Gutachter von C.____ analysiert hätten (Urk. 8/128/45), ergebe sich, dass einerseits nur eine geringe antidepressive Medikation etabliert gewesen sei und andererseits die Beschwerdeführerin aufgrund einer geplanten Fernreise bereits nach einer Woche wieder ausgetreten sei (der Aufenthalt dauerte effektiv nur vom 29. Juli bis 5. August 2016; Urk. 8/163/2). Daraus schloss Dr. H.____

in Übereinstimmung mit den C.____ -Gutachtern , dies spreche gegen eine schwere depressive Episode (Urk. 8/199/44 f.). 4.3.2

Hinsichtlich der weiteren stationären Behandlung in der Psychiatrischen Klinik I.____ im Jahr 2017 lag den D.____ -Experten ein Bericht der Klinik vom 5. Februar 2018 zu Händen der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin vor (Urk. 8/199/22). Unmittelbar aktenkundig ist sodann der von der Beschwerdegegnerin eingeholte Verlaufsbericht der Klinik vom 11. Oktober 2018 (Urk. 8/163). Die stationäre Behandlung dauerte lediglich vom 20. November bis zum 8. Dezember 2017 ; sie bewirkte dennoch eine gesundheitliche Besserung, was indes keinen Niederschlag hinsichtlich der im Bericht diagnostizierten schweren depressiven Episode gefunden hat

(Urk. 8/163/5). Auffallend ist zudem , dass die Anamnese allein auf den Angaben der Beschwerdeführerin und derjenigen des sie beim Eintritt begleitenden Ehemannes beruht und demnach in Unkenntnis der umfangreichen Vorakten erging (Urk. 8/163/2) , was den Beweiswert des Berichts von vornherein schmälert . Im Bericht der Psychiatrischen Klinik I.____ fanden verschiedene depressive Symptome Erwähnung , namentlich Anhedonie , Niedergestimmtheit, Antriebsmangel, Konzentrationsstörungen, reduziertes Selbstwertgefühl , Schlafstörungen, diffuse Ängste und passive Todeswünsche (Urk. 8/163/3). Erläuternde Darlegungen zur Validität der betreffenden Symptome fehlen aber im Bericht. Gemäss den Leitlinien von ICD-10 zeigt die von einer schweren depressiven Episode (ohne psychotische Symptome) betroffene Person eine erhebliche Verzweiflung

und Agitiertheit, es sei denn Hemmung sei das führende Symptom, und G fühle von Nutzlosigkeit und Schuld seien vorherrschend. Auch ein hohes Suizidrisiko zählt zu den Symptomen (Dilling / Mombour /Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostischen Leitlinien, 10. Aufl., Bern 2015, S. 174) . Inwiefern sich die Ärzte der Psychiatrischen Klinik I.____ , die eine schwere depressive Episode diagnostizierten , damit auseinandersetzen , ist dem Bericht nicht zu entnehmen .

Im Zentrum der Behandlung standen überdies die wiederkehrenden Bewusstseinsverluste, die nach Angaben der Beschwerdeführerin in erster Linie bei psychosozialer Belastung oder bei Schmerzen auftraten. Eine organische Komponente, insbesondere epilepsietypische Potentiale, konnten - wie bereits im Jahr 2010 (vgl. Urk. 8/68/46) - mittels Ruhe-EKG ausgeschlossen werden (Urk. 8/163/5).

Zusammenfassend konnten die behandelnden Ärzte der Psychiatrischen Klinik I.____ zum einen keine einleuchtende Ursache für die Bewusstseinsverluste feststellen und zum anderen ist die Diagnose einer schweren depressiven Episode nicht schlüssig begründet. Inwiefern und gegebenenfalls in welchem Ausmass sodann vor und insbesondere nach dem Klinikaufenthalt von rund drei Wochen Dauer eine schwergradige depressive Symptomatik bestand, bleibt demnach offen. Rechtsprechungsgemäss wohnt leichten und mittelgradigen depressiven Erkrankungen nur ausnahmsweiser ein invalidisierendes Potential inne, insbesondere bei Vorliegen nennenswerter Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten (BGE 148 V 49 Regeste u. E. 6.2.2), wovon hier nicht auszugehen ist. Von den Ärzten der Psychiatrischen Klinik I.____ nicht weiter begründet wurde nämlich die zusätzlich genannte Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung (Urk. 8/163/2).

In diesem Zusammenhang merkten die C.____ -Gutachter in der Stellungnahme vom 24. August 2018 zudem an, die Kodierungsregeln von ICD-10 gäben vor, dass bei bestehenden affektiven Erkrankungen keine eigenständige somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden dürfe . Derartige Störungen würden mithin in der affektiven (depressiven) Diagnose aufgehen. Im Bericht der Psychiatrischen Klinik I.____ entstehe somit der irrierte Eindruck einer psychiatrischen Multimorbidität. Auch der Hinweis im Bericht, die Exploration sei über den Ehemann erfolgt, sei versicherungsmedizinisch ungewöhnlich und sei geeignet, die gesamte diagnostische Einschätzung in Zweifel zu ziehen (Urk. 8/161/15). Hinzu kommt schliesslich, dass sich die Ärzte der Psychiatrischen Klinik I.____ nicht zur Arbeitsfähigkeit äusserten und im Übrigen von einer grundsätzlich günstigen Prognose betreffend Wiedereingliederung in eine angepasste Tätigkeit ausgingen (Urk. 8/163/4 f.).

Vor diesem Hintergrund sind diese Bericht nicht geeignet, Zweifel an den gutachterlichen Schlussfolgerungen zu begründen 4.3. 3

Dem Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste G.____ vom 18. Januar 2021 betreffend die stationäre Behandlung vom 19. November bis zum 10. Dezember 2020 ist zu entnehmen, die Beschwerdeführerin habe sich wegen zunehmender depressiver Symptome mit Schmerzsyndrom und Suizidgedanken selber zugewiesen. Sie habe über starke Schmerzen und Depressivität berichtet. Während des Aufenthaltes habe sie auch dissoziative Zustände erlebt. Die Anwendung von Chinaöl habe der Beschwerdeführerin in diesen Momenten stets geholfen. Sie habe sich dann jeweils besser gefühlt und vollständig

erholt. Bei Eintritt sei die Beschwerdeführerin wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen. Es seien keine Aufmerksamkeits-, Auffassungs- und Konzentrationsstörungen feststellbar gewesen und die Beschwerdeführerin habe die gestellten Fragen formallogisch beantwortet. Es seien weder Denkstörungen, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen festzustellen gewesen. Die Beschwerdeführerin sei auf die Schmerzen fixiert und im Affekt niedergeschlagen, weinerlich und ratlos gewesen. Ferner sei sie im Antrieb reduziert und in der Psychomotorik verlangsamt gewesen. Eine Fremd- oder Eigengefährdung, insbesondere eine Suizidalität habe nicht bestanden. Das multimodale Behandlungskonzept sei erfolgreich gewesen. Am 10. Dezember 2020 habe die Beschwerdeführerin in gebessertem und stabilisiertem psychischen Zustand nach Hause entlassen werden können. Als Diagnosen nannten die Psychiatrischen Dienste G.____-Ärzte eine rezidivierende Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode, ein somatisches Schmerzsyndrom und histrionische Persönlichkeitszüge. Zur Arbeitsfähigkeit äusserten sich die Ärzte nicht (Urk. 8/229/1 ff.).

Eine ins Gewicht fallende Ursache für die dissoziativen Zustände nannten die Psychiatrischen Dienste G.____-Ärzte nicht. Sie gingen

von histrionischen Persönlichkeitszügen gemäss ICD-10 Z73.1 aus

(Urk. 8/229/1) . Bei den sogenannten Z-Codierungen nach ICD-10 handelt es sich um Belastungsfaktoren die den Gesundheitszustand beeinflussen und zu einer Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen können. Allerdings stellen sie selber keine rechtserheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen dar (Urteil des Bundesgerichts 9C_468/2015 vom 29. Januar 2016 E. 3.2).

Angesichts der im Bericht erwähnten Eintrittsbefunde und der geschilderten gesundheitlichen Besserung ist die gestellte Diagnose einer schweren depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierenden Störung nach ICD-10 F33.2 (Urk. 8/229/1) nicht schlüssig. Es fehlt eine nachvollziehbare Herleitung der Diagnose anhand der Symptome, die hierfür erforderlich sind (Dilling / Mombour /Schmidt, a.a.O., S. 174). Es handelt sich hierbei um erhebliche Verzweiflung, Agitiertheit respektive Hemmung, Verlust des Selbstwertgefühls, Gefühle der Nutzlosigkeit oder Schuld und um Suizidalität . Schwerwiegende Symptome in der genannten Art wurden nicht beschrieben und eine Suizidalität wurde gar ausdrücklich verneint (Urk. 8/229/2). Den Nachweis einer dauerhaften psychischen Erkrankung mit Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit vermag der Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste G.____ vom 18. Januar 2021 somit nicht zu erbringen. 4.3. 4

Aktenkundig ist schliesslich auch der Bericht der Psychiatrischen Dienste G.____ vom 10. März 2021 (Urk. 8/236). Darin berichteten die zuständigen Ärzte über den Zustand anlässlich einer Kontrolle vom 10. Dezember 2021 (richtig: 2020; Urk. 8/236/2 -3). Zum psychopathologischen Befund zu jenem Zeitpunkt hielten die Ärzte fest, die Beschwerdeführerin sei wach und allseits orientiert und im Kontakt kooperativ und mitteilungsbereit gewesen. Auffassung, Aufmerksamkeit und Konzentration seien leichtgradig eingeschränkt gewesen. Keine Beeinträchtigung habe sich bezüglich Gedächtnis ergeben und formalgedanklich habe sich die Beschwerdeführerin geordnet und kohärent präsentiert. Hinweise auf ein wahnhaftes Erleben, Stimmenhören und Ich-Störungen hätten sich nicht ergeben und ebenso wenig solche für Ängste und Zwänge. Die Stimmung sei noch leicht gedrückt, die Schwingungsfähigkeit aber gegeben und der

Antrieb unauffällig

gewesen. Psychomotorisch sei die Beschwerdeführerin ruhig gewesen, sie habe über keine Schlafstörungen geklagt und es habe auch keine Suizidalität bestanden. Gezeigt hätten sich interaktionelle Schwierigkeiten, Schwierigkeiten im Bereich Stress- und Emotionsregulation und Probleme bei der Selbststrukturierung (Urk. 8/236/3). Aufgrund dieser Befunde und mit Blick auf das in vorstehender

E. 4.3. 3 Ausgeführte ist die Diagnose einer gegenwärtig schweren depressiven Episode (Urk. 8/236/4) nicht nachvollziehbar. Zur Arbeitsfähigkeit finden sich keine Angaben im Bericht. Gestützt auf diese im Ergebnis zu wenig schlüssigen Angaben ist eine dauerhafte psychische Erkrankung mit erwerblicher Auswirkung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Bezüglich Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten gilt es im Übrigen auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Eine zum Beweis geeignete Beurteilung stellen die Berichte der Ärzte der Psychiatrischen Klinik I. ___ respektive der Psychiatrischen Dienste G. ___ nicht dar. 4.4 4.4.1

Bereits beim ersten psychiatrischen Explorationsgespräch bei Dr. H. ___

zeigte die Beschwerdeführerin ein ausgesprochen auffälliges Verhalten, was zusammen mit den sprachlichen Schwierigkeiten eine valide Beurteilung verunmöglichte. Auch der zweite Termin, nunmehr mit Dolmetscherin, war indessen von einer teilweise ins Bizarre gesteigerten Theatralik gekennzeichnet. Auf der anderen Seite waren konkrete Angaben von der Beschwerdeführerin nur rudimentär zu erhalten. Die initial angegebene Suizidalität verneinte die Beschwerdeführerin, nachdem die Gutachterin Dr. H. ___

vertiefend nachgefragt hatte. Auch die Schmerzpräsentation war derart überzeichnet, dass die Abschätzung eines nicht ausschliessbaren realen Schmerzniveaus nicht möglich war. Ferner war eine Serumspiegelbestimmung betreffend die für die psychiatrische Behandlung bedeutsamen Medikamente nicht durchführbar, da die Beschwerdeführerin eine Blutentnahme verweigerte (Urk. 8/199/45).

Aufgrund der gesamten Umstände sah sich die psychiatrische Expertin Dr. H. ___ ausser Stande, mit ausreichender Zuverlässigkeit psychopathologische respektive psychiatrische Symptome oder Störungen festzustellen (Urk. 8/199/45 f.). Eine Aggravation hat Dr. H. ___

sodann

anlässlich beider Untersuchungstermine mittels Rey

Memory

Test (RMT) validiert (Urk. 8/199/40, Urk. 8/199/45).

Diesbezüglich verwies

die Beschwerdeführerin auf

Dr. F. ___, die in der Stellungnahme vom 3. August 2021 ausführte, solche Tests seien nicht aussagekräftig, weil die klinische Symptomatik, die von den Fachärzten der

Psychiatrischen Klinik I.____ und den Psychiatrischen Diensten G.____ festgestellt worden sei, das Resultat des Tests von Juni und Juli 2019 durch Dr. H.____

in Frage stellen würden (Urk. 3). Mit dieser Argumentation setzt

Dr. F.____ voraus, dass die Symptomerhebung der Ärzte der

Psychiatrischen Klinik I.____ und der Psychiatrischen Dienste G.____ valide möglich gewesen ist. Dass dies indessen nicht der Fall war , dazu wurde in den vorstehenden E. 4.2-3 Stellung genommen. Auch die D.____ -Gutachter waren im Konsens zu dieser Schlussfolgerung gelangt. In der ergänzenden Stellungnahme vom 6. Juni 2020 führten sie aus , dass den Berichten der behandelnden Ärzte gerade nicht entnommen werden könne, inwiefern die darin erwähnten, von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden hätten validiert werden können (Urk. 8/216/2). Im Übrigen hielt Dr. F.____ in der Stellungnahme vom 3. August 2021 fest, sie könne diesen Test zur Detektion von Simulation und Aggravation nicht durchführen (Urk. 3). Weswegen dies für sie nicht möglich gewesen ist , führte sie aber nicht näher aus . 4.4.2

Eine Aggravation legen auch die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung nahe . Der neuropsychologische Experte lic . phil. M.____ hielt fest, aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten der Beschwerdeführerin seien keine Beschwerdevalidierungstests durchführbar gewesen. Die wenigen objektivierbaren Testbefunde seien in ihrer Deutlichkeit selbst unter Berücksichtigung der eigenanamnestisch beschriebenen eingeschränkten Alltagsfunktionen nicht konsistent. Es lägen keine quantifizierbaren neurologischen oder psychiatrischen Diagnosen vor, die die Verhaltensauffälligkeiten und die schweren kognitiven Defizite in dieser Deutlichkeit zu begründen vermöchten. Die Validität der neuropsychologischen Befunde sei nicht gegeben. Es müsse von einer wahrscheinlichen Aggravation ausgegangen werden. Deswegen könnten die Fähigkeiten, Ressourcen und die Belastbarkeit nicht beurteilt werden. Es liessen sich darum auch keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf oder in einer angepassten Tätigkeit machen. Selbst valide Vorbefunde lägen nicht vor, weswegen nicht beurteilbar sei, ob zu einem früheren Zeitpunkt eine neuropsychologisch begründete Arbeitsunfähigkeit bestanden habe (Urk. 8/199/82 ff.).

Bereits die Begutachtung von 2017 durch das Institut C.____ ergab bei den neuropsychologischen Tests Hinweise auf ein bewusstseinsnah verzerrendes Antwortverhalten (Falschantworten ; Urk. 8/128/52 ; vgl. auch Urk. 8/199/46 u. 8/199/84). Aufgrund dieser und auch der übrigen Befunde der Begutachtung gelangten die C.____ -Gutachter zur Schluss, für die angegebenen Beschwerden existiere kein hinreichendes objektives Korrelat und die Symptomvalidierung belege ein bewusst seinsnah verfälschendes Antwortverhalten (Urk. 8/128/56).

Auch die D.____ -Gutachterin Dr. K.____ konstatierte nach der rheumatologischen Untersuchung, das Verhalten der Beschwerdeführerin sei geprägt von einer starken Katastrophisierung und es sei eine starke Schmerzidentifikation spürbar. Auffallend seien gleichzeitig die vagen Angaben über die Beschwerden gewesen. Ferner sei die Mitarbeit bei der Untersuchung reduziert gewesen, was die Untersuchung erschwert habe (Urk. 8/199/60).

Zusammenfassend kamen die D.____ -Gutachter somit nachvollziehbar zum Schluss, die Diskrepanz zwischen dem Ausmass der geklagten Beschwerden und den tatsächlichen

Degenerationen am unteren und oberen Achsenskelett und die Erkenntnisse auf psychiatrischem und neuropsychologischen Fachgebiet legten eine Aggravation nahe (Urk. 8/199/8). Sowohl das psychiatrische und neuropsychologische als auch die übrigen Fachgebiete betreffend (vgl. vorstehende E. 3.4) liegt mit dem D.____-Gutachten vom 31. Oktober 2019 (Urk. 8/199) und der ergänzenden Stellungnahme der Experten vom 6. August 2020 (Urk. 8/2169) eine beweiskräftige Expertise vor. Diese beruht auf allseitigen Untersuchungen und berücksichtigt die geklagten Beschwerden. Sie wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben, sie leuchtet in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge ein und die Schlussfolgerungen der Experten sind begründet, wobei diese über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügten. Damit genügt das Gutachten den Beweisanforderungen (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je mit Hinweisen). 4.5

Ist aus psychiatrischer Sicht von Aggravation auszugehen, mit der Folge, dass eine Diagnose nicht gestellt und eine allfällige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht valide beurteilt werden kann, so liegt rechtsprechungsgemäss ein Ausschlussgrund vor, weswegen sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens erübrigt (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.).

Es bleibt festzustellen, dass aus psychiatrischer Sicht kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt. Bei dieser Sachlage ist es entbehrlich, weitere psychiatrische Abklärungen zu veranlassen (vgl. Urk. 1 S. 6). Die Invaliditätsbemessung hat demnach ausgehend von der gutachterlichen Zumutbarkeitsbeurteilung zu erfolgen (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.2 mit Hinweisen). Diese führen dazu, dass aufgrund der degenerativen Veränderungen am oberen und unteren Achsenskelett und aufgrund der nach der Begutachtung zusätzlich diagnostizierten Partialruptur der Bizepssehne für die bisherige Tätigkeit noch eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und für eine angepasste, das heisst körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % besteht (Urk. 8/199/9, Urk. 8/216/3; vgl. vorstehende E. 3.5). 5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin qualifizierte die Beschwerdeführerin unbestrittenermassen als Voll erwerbstätige (Urk. 8/218/1).

Der bei erwerbstätigen Versicherten zwecks Ermittlung des Invaliditätsgrades

zur Anwendung gelangende Einkommensvergleich (vgl. vorstehende E. 1.6) ist bezogen auf die Verhältnisse im Zeitpunkt des hypothetischen Rentenbeginns durchzuführen, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungs erlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3, 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2, 128 V 174).

Möglicher Rentenbeginn mit Blick auf Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG ist der 1. Mai 2017, das heisst sechs Monate nach der Neuanmeldung vom 1. November 2016 (Eingang bei der Beschwerdegegnerin; Urk. 8/101, Urk. 8/103). Zu diesem Zeitpunkt war allerdings

das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG noch nicht erfüllt. Aus dem D.____-Gutachten ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der in erwerblicher Hinsicht massgeblichen Degenerationen an der Wirbelsäule ab August 2016 dauerhaft zu 50 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war (Urk. 8/199/60). Der Anspruch auf eine Invalidenrente konnte somit frühestens ein Jahr später, das heisst im August 2017 entstehen.

5.2

Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen auf der Basis des von der Beschwerdeführerin im Jahr 2008 als Produktionsmitarbeiterin bei der A.____ A G

erzielten Jahreslohnes von Fr. 61'616.-- ermittelt (Urk. 2 S. 2, Urk. 8/41, Urk. 8/217), was die Beschwerdeführerin richtigweise nicht bemängelt hat, da sie in der Folgezeit bis zur Aufgabe ihrer Erwerbstätigkeit gesundsheitsbedingt nur noch deutlich weniger verdient hat (Urk. 8/105/3). Angepasst an die Nominallohnentwicklung bis 2017 (Bundesamt für Statistik, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne [T39] , Frauenlöhne, 1976-2009 , 2008: 2'499, 2017: 2'719 ; abrufbar im Internet) resultiert als Valideneinkommen

Fr. 67'040.40 (Fr. 61'616. -- : 2'499 x 2'719). 5.3

Das Invalideneinkommen ermittelte die Beschwerdegegnerin auf der Basis der Tabellenlöhne gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE). Konkret stellte sie auf das Total der Frauenlöhne auf dem Kompetenzniveau 1 (Hilfsarbeiten) ab (Urk. 8/217). Dieses betrug gemäss LSE 2016 Fr. 4'363.--. Angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit von 41,7 im Jahr 2017 (Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [T 03.02.03.01.04.01] ; abrufbar im Internet) und angepasst an die Nominallohnentwicklung (Bundesamt für Statistik, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne [T 39] , Frauenlöhne, 1976-2009, 2016: 2'709, 2017: 2'719 ; abrufbar im Internet) ergibt sich ein Lohn von Fr. 4'565.20 pro Monat (Fr. 4'363.-- : 40 x 41,7 : 2'709 x 2'719) respektive von Fr. 54'782.40 pro Jahr. Da die Beschwerdeführerin eine angepasste Erwerbstätigkeit zumutbarerweise im Umfang von 80 % ausüben kann, beläuft sich das Invalideneinkommen auf Fr. 43'825.90. 5.4

Nach Auffassung der Beschwerdeführerin rechtfertigt sich ein leidensbedingter Abzug vom Invalideneinkommen von 15 % . Sie begründet dies mit der nur noch beschränkten Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit

(Urk. 1 S. 6 f.) . Rechtsprechungsgemäss ist der Umstand allein, dass nur noch leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar sind, auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit kein Grund für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C_507/2020 vom 29. Oktober 2020 E. 3.3.3.2 mit Hinweisen). Zu beachten ist überdies, dass bei Frauen im Kompetenzniveau 1 die Statistiken für Teilzeitarbeit zwischen 50 % und 89 % höhere Löhne als für Vollbeschäftigung ausweisen . Damit entfällt hier die Rechtfertigung für einen Tabellenlohnabzug wegen Teilzeitarbeit (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_712/2012 vom 30. November 2012 E. 4.2.2 unter Bezugnahme auf LSE 2008 und 2010 und 9C_72/2017 vom 19. Juli 2017 E. 4.3 unter Bezugnahme auf LSE 2012 und 2014). Aus den von der Beschwerdeführerin genannten Gründen rechtfertigt sich somit kein leidensbedingter Abzug. Andere Gründe, die einen solchen Abzug rechtfertigen würden , hat weder die Beschwerdeführerin geltend gemacht noch fallen solche in Betracht.

5.5

Die Differenz zwischen dem Valideneinkommen und dem Invalideneinkommen beläuft sich auf Fr. 23'214.50 (Fr. 67'040.40 - Fr. 43'825.90), was einem Invaliditätsgrad von gerundet 35 %

entspricht. Die Beschwerdegegnerin hat demnach einen Rentenanspruch zu Recht verneint. Die gegen diesen Entscheid erhobene Beschwerde ist folglich abzuweisen. 6.

Gemäss Art. 61 lit. f bis

ATSG in Verbindung mit Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgesetzt. Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

00.-- als angemessen. Ausgangsgemäss sind die Kosten der Beschwerdeführerin aufzulegen. 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 zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Christina Ammann - 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 Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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