

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00543 vom 9. Juni 2022**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-06-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2021.00543](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00543)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00543 du 9 juin 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00543 del 9 giugno 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 vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechts sätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechts folgen 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 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 . Im Übrigen sieht auch das aktuell geltende Recht in Art. 28b Abs. 4 IVG einen für die Berentung erforder lichen Mindestinvaliditätsgrad von 40 % vor.

### **E. 1.2**

Die Sache wurde zuletzt mit Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich IV.2018.00451 vom 22. Oktober 2019 , Dispositivziffer 1, an die Beschwer degegnerin zurückgewiesen, damit diese nach Durchführung der Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge ( Urk. 8/173/19 ). Dabei wurden den Parteien die rechtlichen Voraussetzungen einer Rentenrevision sowie die Invaliditäts bemessung bei Erwerbstätigen (vgl. E. 1.1-1.3 des erwähnten Urteils, Urk. 8/173/4 f.) bereits erläutert. In jenem Entscheid finden sich insbesondere

auch Ausführ ungen zu den beweisrechtlichen Anforderungen bei psychischen Erkrankungen

(vgl. E. 3.6 des erwähnten Urteils, Urk. 8/173/10) , zur Berücksichtigung einer beruflichen Weiterentwicklung beim Valideneinkommen (vgl. E. 4.3 des erwähn ten Urteils, Urk. 8/173/16) und zu den Voraussetzungen für eine Wiederher stellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde (vgl. E. 6 des erwähnten Urteils, Urk. 8/173/17 f.) . Darauf wird verwiesen. 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog, im Rückwe isungsentscheid sei die Herabsetzung auf eine Dreiviertelsrente bei neuem Einkommensvergleich bestätigt worden, weshalb diese rückwirkend erfolgen könne. F ür angepasste Tätigkeiten bestehe gemäss Gutachten eine A rbeitsfähigkeit von 75 % . Die Fusschmerzen seien klinisch nicht nachvollziehbar. Es sei

ein neuer Einkommensvergleich nötig, da die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit nicht ausschöpfe. Gestützt auf die

Abklärungen beim früheren Arbeitgeber sei von einem Valideneinkommen von Fr. 65'000.-- auszugehen. Für das Invalideneinkommen sei der Zentralwert der Lohnstrukturerhebung für Hilfsarbeiten heranzuziehen. Die Leistungsminde rung werde bereits beim Pensum berücksichtigt, daher rechtfertige sich kein leidensbedingter Abzug. Es resultiere eine Invaliditätsgrad von 37 % . Da die erst 50-jährige Beschwerdeführerin immer gearbeitet habe und die Arbeitsunfähigkeit nur 25 % betrage, könne sie sich selbst eingliedern ( Urk. 2) . 2.2

Die Beschwerdeführerin hielt indessen dafür, ihr Zustand habe sich per 1. Oktober 2021 nicht wesentlich verändert ( Urk. 1 Ziff. 2) . Zwar hätte n

sich die psychischen

Beschwerden etwas gebessert, doch sei ein Fussleiden hinzugetreten , das

nicht als Komorbidität / funktionelle Einschränkung berücksichtigt worden sei ( Urk. 1 Ziff. 3 und 25 ).

Bis zu dessen Klärung sei die Rente zu belassen (Urk. 1 Ziff. 16).

Die

Beurteilung des begutachtenden Psychiaters

sei angesichts der chronischen Depression mit Schwankungen nicht nachvollziehbar . Bei einer Anstellung von 60 % würde sie

dekompensieren

( Urk. 1 Ziff. 7). Anzahl und Dauer der schweren depressiven Episoden seien wie auch der vorherrschende Typus der Depression unberücksichtigt geblieben ( Urk. 1 Ziff.

### **E. 1.3**

Im Frühjahr 2016 leitete die IV-Stelle eine weitere Rentenrevision ein. Sie liess die Versicherte einen Fragebogen ausfüllen ( Urk. 8/94), holte Verlaufsberichte bei den Behandlern ein, worin mitunter eine Dornwarze am Fuss erwähnt wurde ( Urk. 8 /98, 8 /106 und 8 /111) , klärte die erwerblichen Verhältnisse ab ( Urk. 8 /95, 8 /103, 8 /110 und 8 /114) und liess sich vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) beraten ( Urk. 8 /116/4 f.). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren ( Urk. 8/117, 8/12

### **E. 1.4**

In der Folge klärte die IV-Stelle die erwerblichen Verhältnisse ( Urk. 8/179-180 und 8/184) sowie den medizinischen Sachverhalt ( Urk. 8/185 und 8/188) weiter ab und gab mit Einverständnis der Versicherten ( Urk. 8/197) ein bidisziplinäres Gutachten

bei Prof. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Dr. phil. C.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, in Auftrag ( Urk. 8/199). Dieses wurde am 3. August 2020 fertig gestellt (Urk. 8/206).

Mit Vorbescheid vom 29. April 2021

kündigte die IV-Stelle der Versicherten an, die bisherige ganze Rente rückwirkend per 1. Juni 2018 auf eine Dreiviertelsrente herabzusetzen und diese alsdann auf das Ende des der

Zustellung der Verfügung folgenden Monats vollständig aufzuheben ( Urk. 8/214). Dagegen erhob die Versicherte Einwand ( Urk. 8/220; Ergänzung Urk. 8/223) unter Beilage neuer medizinischer Berichte ( Urk. 8/224-226 und 8/229 ), zu welchen der RAD am 3. August 2021 Stellung nahm ( Urk. 8/230). Am 5. August 2021 verfügte die IV-Stelle wie angekündigt und entzog einer allfälligen Beschwerde gegen diese Verfügung die aufschiebende Wirkung ( Urk. 2). 2.

Gegen diesen Entscheid erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Forrer, mit Eingabe vom 13. September 2021 Beschwerde ( Urk. 1; Beilagen Urk. 3/2-5). Darin beantragte sie, ihr nach dem

1. Oktober 2021 weiterhin eine Dreiviertelsrente und/oder berufliche Massnahmen zuzusprechen; eventualiter sei durch das Gericht, subeventualiter durch die IV-Stelle ein Obergutachten einzuholen und neu zu entscheiden; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der IV-Stelle. In prozessualer Hinsicht ersuchte die Versicherte um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde ( Urk. 1. S. 2 ). Im Übrigen stellte die Versicherte weitere Berichte in Aussicht ( Urk. 1 Ziff.

### **E. 3**

und 13 ; Urk. 12 ), welche ( Urk.

#### **E. 3.1**

Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend darlegte ( Urk. 2 S. 1 f.), wurde bereits in der Rückweisungsentscheidung

IV.2018.00451 vom 22. Oktober 2019 ausführlich erläutert, dass ein Revisionsgrund nach Art.

#### **E. 3.2**

Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 Ziff. 16) bedarf es keines zweiten Revisionsgrundes im Sinne einer gesundheitlichen Besserung nach dem 1. Juni 2018 für die Aufhebung der Rente per 1. Oktober 2021. Es stellt sich vielmehr die Frage nach der zeitlichen Wirkung des erörterten erwerblichen Revisionsgrundes. Nachdem dieser bereits bei Erlass der vorangehenden Revisionsverfügung vom 19. April 2018 vorlag und die Beschwerdeführerin gemäss Gutachten schon damals trotz ihrer gesundheitlichen Beschwerden ein renten ausschliessendes Einkommen hätte erzielen können (vgl. im Detail E. 6.2), bestätigte die Beschwerdegegnerin zugunsten der Beschwerdeführerin rückwirkend nur die Herabsetzung auf eine Dreiviertelsrente, die sie alsdann in Nachachtung von Art. 88 bis

Abs. 2 lit. a IVV aufhob (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C\_451/2010 vom 11. November 2010 E. 4 und 9C\_606/2019 vom 20. Mai 2020 E. 7 je mit Hinweisen). Das hiesige Gericht hat die Beschwerdeführerin mit Beschluss vom 3. September 2019 im Prozess-Nr. IV.2018.00451

explizit darauf hingewiesen, dass weitere Abklärungen dazu führen könnten, dass sich auch die

Dreiviertelsrente nicht bestätigen lassen würde und ihr damals die Möglichkeit zum Beschwerderückzug eingeräumt (vgl. Urk. 8/169/3; vgl. auch BGE 136 V 45 E. 6.1 zur

zeitlichen Wirkung im Falle einer reformatio in peius durch das Gericht selbst ). 4. 4.1

Zum medizinischen Sachverhalt führte das Gericht im Rückweisungsentscheid IV.2018.00451 vom 22. Oktober 2019 im Wesentlichen aus, dass die der bisherigen Berentung zugrundeliegenden Arztberichte weder einen objektiven pathologischen Befund noch eine nachvollziehbare Diagnosestellung beinhalten würden. Zudem würden die psychosozialen Faktoren und das Ausbleiben der erhofften gesundheitlichen Stabilisierung (obwohl die Beschwerdeführerin über das Zumutbare hinaus gearbeitet und eine Handelsschule absolviert habe) nicht diskutiert. Ebenso wenig nachvollziehbar sei, weshalb für das zumutbare Arbeitspensum in einer angepassten Tätigkeit auf die Berufsinvalidität zurückgegriffen worden sei. Nicht zu überzeugen vermöchten angesichts der Arbeitszeiten, der absolvierten Weiterbildungen, des gegenwärtigen Stellenprofils, der Behandlungsanamnese und somatischen Befunde schliesslich die Berichte der aktuell behandelnden Psychiaterin, Dr. med. E.\_\_\_\_ (vgl. E. 3 des erwähnten Urteils, Urk. 8/173/8 ff.).

Das Gericht erörterte insbesondere, dass im Rahmen der somatischen Leiden seit vielen Jahren keine respektive nur geringfügige Befunde feststellbar seien. Diese hätten die Beschwerdeführerin nicht daran gehindert, die skizzierte berufliche Tätigkeit zu entwickeln. Konkret seien im Jahr 2009 drei kleine Eingriffe zur Entfernung einer zervikalen intraepithelialen

Neoplasie (CIN), einer Vorstufe eines invasiven Zervixkarzinoms, durchgeführt worden. Die Re-Re-Konisation am 27. November 2009 sei «im Gesunden» erfolgt und seither seien keine belastenden Befunde oder Eingriffe mehr aktenkundig; vielmehr seien die Kontrollen gelockert worden. Die am 16. Mai 2018 bildgebend festgestellten winzigen Weichteilformationen im 2. und 3. Interdigitalraum des rechten Fusses seien «bei entsprechender Klinik», also vorab aufgrund der geklagten Schmerzen, als kleine Morton-Neurinomen interpretiert worden, wobei diese retrospektiv schon in der Voruntersuchung im Jahr 2015 ersichtlich gewesen seien. Progredient sei die Grosszehengrundgelenksarthrose bei Hallux

valgus. Selbstredend nicht abgestellt werden könne auf die Arbeitsfähigkeitseinschätzung von Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Dermatologie und Venerologie, vom 14. Mai 2018, welche diese vor der bildgebenden Abklärung, allein gestützt auf die Anamnese und ohne ein objektives Korrelat abgegeben habe. Diese würde die Beschwerdeführerin auch schon seit Juni 2013 wegen der Fussbeschwerden behandeln (vgl. E. 3.8.3-3.9 des erwähnten Urteils, Urk. 8/173/14 f.). 4.2

Nach der Rückweisung der Sache erläuterte die RAD-Ärztin Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, am

16. April 2020 und 10. Juni 2020 zu den somatischen Leiden, dass nie eine Krebsdiagnose gestellt worden sei. Diagnostiziert worden sei gemäss Bericht des Spitals H.\_\_\_\_ vom 9. Juni 2009 (vgl. Urk. 8/155/35 f.) eine endozervicale Dysplasie, die operativ entfernt worden sei. Dr. med. I.\_\_\_\_, Allgemeinmediziner, habe am

9. März 2020 (vgl. Urk. 8/185) den Verdacht auf eine Metatarsalgie

Metatarsale 4-Köpfchen rechts mit/bei einem Status nach mehreren Dornwarzenbehandlungen und Hallux

valgus Deformität beidseits, leicht symptomatisch,

geäussert. Eine Arbeitsunfähigkeit habe er nicht attestiert. Gleiches gehe aus dem Bericht der Klinik J.\_\_\_\_ vom 29. Februar 2016 (vgl. Urk. 8/155/43 f.) hervor. Dr. med. F.\_\_\_\_ sei im Bericht vom 14. Mai 2018 (vgl. Urk. 8/159/6 f.) aufgrund der Anamnese zum Schluss gekommen, die Beschwerdeführerin sei nur 20 bis 30 % arbeitsfähig. Diese Beurteilung könne in keinsten Weise nachvollzogen werden und sei auf jeden Fall nicht mit somatischen Befunden begründet worden. Vielmehr sei angegeben worden, dass die Fusschmerzen klinisch nicht objektivierbar seien. Somatisch bestünden damit keine Hinweise auf die Arbeitsfähigkeit einschränkende Diagnosen (Urk. 8/212/5 f.). 4.3

Nichts Anderes ergibt sich aus dem Bericht des orthopädischen Chirurgen Dr. med. K.\_\_\_\_ vom 1. Juni 2021. Er führte aus, es bestehe eine chronische Vor- bzw. Mittelfuss - Schmerzsymptomatik, die anscheinend primär mit dem plantaren lokalisierten Schmerz bei Clavusbildung begonnen habe. Teils sei auch von einer Dornwarze berichtet worden. Dieser Befund sei heute klinisch ausgesprochen gut; es habe nur noch eine Miniverhärtung. Er habe somit nicht den Eindruck, das Hauptproblem entstehe durch diese kleine Narbenbildung bzw. Hyperkeratose. Er könne sich den Fussristschmerz, die insgesamt recht gute Belastungssituation und den Umstand, dass etwa gewisse Schuhmaterialien (z.B. dämpfende Sohlen oder Einlagen) die Situation nicht bessern würden, nicht erklären. Mit hoher Wahrscheinlichkeit liege bei auch weiteren Schmerzsyndromen am Körper eine Somatisierungstendenz vor. Die Schmerzhaftigkeit auf einen Strukturschaden zurückzuführen, sei aus seiner Warte nicht wirklich möglich. Es handle sich um einen mässig bis moderaten Hallux

valgus. Ein Morton- Neurom sei im Bereich Metatarsale III/IV nicht sicher auszuschliessen. Die Hyperkeratose sei eher nicht Ursache der wesentlichen Schmerzhaftigkeit. Von einem (weiteren) MRI rate er ab, da er auch bei einem Morton-Neurom keine Operation empfehlen würde. Wäre tatsächlich ein solches hauptverantwortlich, wären fussbettende Schuhe mit guter Sohlendämpfung sinnvoll, wobei die Schuhwahl für die Beschwerdeführerin anscheinend keinen Unterschied darstelle. Er empfehle weder weitere Infiltrationen noch eine Schmerztherapie. Letztere sei über ein Jahr ohne Ansprechen durchgeführt worden (vgl. Urk. 3/2). 4.4

Dr. med. L.\_\_\_\_, Leitender Arzt der Schmerzklinik des Spitals M.\_\_\_\_

und Facharzt für Anästhesiologie, hielt am 17. Dezember 2021 zwar schriftlich fest, die Klägerin könne nicht mehr als 20 bis 30 % arbeiten. Dies nicht nur wegen der depressiven Erkrankung, sondern aufgrund der chronischen Schmerzerkrankung im Fuss, die im invalidenversicherungsrechtlichen Gutachten überhaupt nicht berücksichtigt worden sei, weshalb ein neues Gutachten unabdingbar sei (vgl. Urk. 14/2). Im Bericht vom 11. November 2021 wies

er indessen vorab darauf hin, dass sich die Beschwerdeführerin sehr schmerzgeplagt präsentiere und mehrfach geweint habe. Im Übrigen

hatte auch er nur einen leichten Hallux

valgus rechts mehr als links, eine reizlose Narbe am Vorfuss zwischen MP3 und MP4 mit deutlichem Druckschmerz, eine minime Verhornungsstörung der Haut und weder vegetative noch trophische Störungen notiert. Er sprach von einem chronischen Schmerzsyndrom, das durch die psychiatrische Erkrankung wesentlich beeinflusst und durch den Wegfall der Invalidenrente sicher aggraviert worden sei. Obschon die bisherigen

Therapien (Behandlung Clavus , lokale Infiltrationen unter anderem mit Alkohol unter der Verdachtsdiagnose Morton Neurom) nach seinen Angaben mehrheitlich zu einer Schmerzverstärkung geführt hatten , bot er eine Infusionstherapie mit Ketamin an, ersuchte aber auch um eine Evaluierung der antidepressiven Medikation (vgl. Urk. 14/3). Ein positives Ansprechen der Beschwerdeführerin auf die Ketamin -Therapie ist übrigens nicht dokumentiert. Vielmehr gab sie als Nebenwirkung Albträume an, so dass die Midazolamdosierung gesteigert werden musste (vgl. Urk. 14/2). 4. 5

Demnach bleibt es nach weiteren Abklärungen bei der Feststellung , dass keine somatischen Befunde mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestehen. Solche konnten auch von den behandelnden Arztpersonen nicht erhoben werden . Diese warfen vielmehr die Frage nach einer psychosomatischen Erkrankung im Sinne einer Somatisierungsstörung bzw. eines durch die psychischen Beschwerden und psychosoziale Faktoren beeinflussten Schmerzsyndroms auf . Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 Ziff. 3) ist daher nicht von einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustands aus somatischer Sicht infolge eines Fussleidens auszugehen . Insbesondere bestehen keine Hinweise für ein Vorliegen des Dornwarzenleidens . Die Verdachtsdiagnose eines

Morton Neuroms liess sich weder bildgebend noch behandlungsanamnestisch (bei fehlendem Ansprechen auf die Infiltrationen mit Alkohol und die Schuhversorgung)

erhärten . Es handelt sich folglich um ein beweismässig nicht gesichertes Leiden , das keine rechts genügende Grundlage bildet, um Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nachzuweisen

( etwa Urteil des Bundesgerichts

9C\_81/2019 vom 11. November 2019 E. 3.2.2 ). Die von ihr geforderten weiteren Abklärungen des Fussleidens (vgl. Urk. 1 Ziff. 16) erweisen sich damit als entbehrlich. Das «Krebsleiden» bezeichnete die Beschwerdeführerin selbst als erfolgreich behandelt.

Zu prüfen bleibt die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. 5 . 5 .1

Im nach der Rückweisung in Auftrag gegebenen Gutachten diagnostizierte der Psychiater Prof. B.\_\_\_\_

eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig chronifizierter leichter depressiver Episode (ICD-10: F33.0) sowie eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst; ICD-10: F41.0; vgl. Urk. 8/206/31).

5.2

Er kam zum Schluss , die Gesamtarbeitsfähigkeit in der bisherigen beziehungsweise in der aktuell ausgeübten Tätigkeit betrage ca. 60 % bei einer Anwesenheitsleistung von 100 % , wie sie von der Beschwerdeführerin auch aktuell am Operationstag erbracht werde , und einer Leistungsfähigkeit von 60 % , bedingt durch die vorhandene Restsymptomatik mit Angst und depressiver Komponente. Die Beschwerdeführerin klagt auch über vermehrte Konzentrationsschwierigkeiten an Operationstagen und die Notwendigkeit, sich danach mehrere Tage ausruhen zu müssen. Es könne somit nicht davon ausgegangen werden, dass sie mehrere Tage hintereinander eine uneingeschränkte Leistung erbringen könne.

Gleichzeitig stehe die Arbeitsleistung am Operationstag ( dazu auch Urk. 8/103/3 f. und 8/103/9: Sterilisation und Hilfe beim Assistieren im Operationssaal mit gewissen kognitiven Anforderungen ) im krassen Gegensatz zu einer vollständigen

Arbeitsunfähigkeit und eine notwendige Erholungszeit von sechs

Tagen nach dem einen Arbeitstag sei unplausibel. Allenfalls wäre nach einem erhöhten Arbeitspensum mit einem Erholungstag dazwischen zu rechnen. Die in der neuropsychologischen (im Detail Urk. 8/206/25 f.) und der klinisch-psychiatrischen Untersuchung festgestellte Verdeutlichungstendenz bzw. Aggravation sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf eine bewusstseinsnahe Simulation der Beschwerden zurückzuführen, sondern auf das verfestigte innerpsychische Konzept der Beschwerdeführerin, nicht mehr leistungsfähig zu sein. In den eigentlichen depressiven Episoden mit akuter und schwerer Symptomatik sei die Beschwerdeführerin mit Sicherheit zu 100 % arbeitsunfähig, während im freien Intervall mit der Restsymptomatik wie aktuell die bescheinigte Arbeitsfähigkeit von 60 %

vorliegen sollte. Diese sei auch kompatibel mit der Beurteilung nach Mini-ICF-APP. Ausserdem sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bei optimierter psychiatrischer Behandlung innerhalb der freien Intervalle noch stabiler und damit in noch höherem Ausmass arbeitsfähig sein könne (vgl. Urk. 8/206/36 f. und 8/206/30).

Im Grunde habe mit der Tätigkeit im Restaurationsbetrieb einer psychiatrischen Klinik eine optimal der Behinderung angepasste Tätigkeit vorgelegen. Der Arbeitgeber sollte nämlich über die rezidivierende depressive Störung und die Panikattacken unterrichtet sein und akzeptieren, dass das Risiko einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit für eine gewisse Zeit erhöht sei, die Beschwerdeführerin ansonsten aber eine wertvolle und motivierte Mitarbeiterin sei. Immerhin sei es in den letzten Jahren offensichtlich zu keiner wesentlichen Einschränkung an dem einen Arbeitstag pro Woche gekommen. Eine Steigerung der Arbeitsmöglichkeiten sei aus [rein] organisationsbetrieblichen Gründen (nur ein Operationstag pro Woche, dazu auch Urk. 8/206/21 oben; vgl. dazu ferner Urk. 6 S. 3 unten aktuell Entlassungen) nicht möglich. Eine optimal gestaltete Arbeitsbedingung bestehe eher in einem kleinen, familiären Team mit Verständnis für die gelegentlichen Ruhepausen. Eine Führungstätigkeit scheine nicht möglich. In einer solch optimal angepassten Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt betrage die Arbeitsfähigkeit etwa 70 bis 80 % bei einer Präsenz von 100 % und einer durch die Restsymptomatik bedingten Einschränkung der Leistung, die unter optimalen Bedingungen 20 bis maximal 30 % nicht übersteigen sollte (vgl. Urk. 8/206/37 f.). 5 . 3

Zur Diagnosestellung erläuterte Prof. B. \_\_\_\_, aus der beschriebenen Symptomatik und der typischen Verlaufsgestalt mit phasenhaft abgegrenzten Krankheitszeiten und zwischendrin Intervallen von mindestens zwei Monaten ohne deutliche affektive Störung erscheine die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gestützt auf die Unterlagen aus den Jahren 1992 bis 2000 plausibel. Diese sei in den darauffolgenden Jahren bestätigt worden, wobei der genaue Verlauf mangels Nennung des jeweiligen Schweregrades der depressiven Episode in den Berichten nicht rekonstruiert werden könne. Es fänden sich zwar auch immer wieder psychosoziale Schwierigkeiten, die aber allenfalls als Auslöser einer Episode oder erschwerende Begleitumstände, nicht aber als Ursache der Erkrankung gesehen werden könnten. Offensichtlich bestehe eine erhebliche hereditäre Belastung. Aktuell sei die depressive Symptomatik eher leicht ausgeprägt (vgl. auch den psychopathologischen Befund, Urk. 8/206/23 f.); die Beschwerdeführerin befinde sich in einer zumindest teilremittierten Phase. Offensichtlich habe es in den ersten 20 Jahren der Erkrankung klar vollremittierte Phasen gegeben, in der eine volle Arbeitsfähigkeit bescheinigt worden sei, während in den letzten Jahren auch im freien Intervall eine spürbare Restsymptomatik

vorliege. Somit liege abgesehen von den eigentlichen Krankheitsperioden mit zum Teil schwerer depressiver Symptomatik auch im freien Intervall bis heute eine leichte, chronifizierte depressive Symptomatik vor.

Die Beschwerdeführerin gebe an, seit ca. vier Jahren zusätzlich unter dauernder Angst mit zum Teil schweren episodisch auftretenden Angstanfällen zu leiden. Die behandelnde Psychiaterin erwähne erstmals im Juni 2017 eine Angstsymptomatik mit Panikattacke. Auch die Gynäkologin und der Hausarzt würden eine Angst- und Panikstörung angeben. Unklar bleibe die konzeptionelle Einordnung dieser Symptomatik durch die Behandler. Eine generalisierte Angststörung sollte frei flottierend sein, während sich bei der Beschwerdeführerin immer wieder erhebliche psychosoziale Anlässe für auftretende allgemeine Angst und Zukunftsorgen fänden. Zudem bestehe eine hohe Komorbidität zur depressiven Erkrankung, so dass die Angst eher der chronifizierten leichten depressiven Symptomatik zuzuordnen sei. Bezüglich der von der Beschwerdeführerin geschilderten und von der behandelnden Psychiaterin bestätigten isolierten Angstattacken sei eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst) am wahrscheinlichsten. So erwähne die Beschwerdeführerin, dass die Panik ganz plötzlich ohne Anlass auftrete und sie diese deutlich von ihrer allgemein vorliegenden Angst unterscheiden könne. Es würden Symptome wie Mundtrockenheit, Atemnot, Herz klopfen und schwere Todesangst auftreten. Auch die typische Verlaufsgestalt mit plötzlichem Auftreten, kurzer Zeit bis zum vollen Ausmass der panischen Angst sowie Abklingen der Symptomatik nach wenigen Stunden sei charakteristisch. Aktuell habe sie solche Anfälle ein- bis zweimal pro Monat, womit es sich eher um eine leichte bis mittelgradige Panikstörung handle. Diese könne, obschon sie die Beschwerdeführerin aktuell mehr beeinträchtigte als die depressive Symptomatik, nicht als Hauptdiagnose gestellt werden, zumal nach der ICD-10-Kodifikation davon auszugehen sei, dass sie Folge der Depression sei. Sie sei dennoch als Nebendiagnose zu stellen, da sich die charakteristische Symptomatik doch klar von der chronifizierten leichten depressiven Störung unterscheide und somit aktuell überwiegend wahrscheinlich eine eigenständige Erkrankung vorliege (vgl. Urk. 8/206/27-30). 5.4

Mit Blick auf die vom Bundesgericht postulierten beweisrechtlichen Anforderungen an Arztberichte im Allgemeinen (vgl. 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) ist festzuhalten, dass sich das Gutachten umfassend zu den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden (vgl. Urk. 8/206/17 f.) äussert, auf einer eigenen psychiatrischen Exploration (vgl. Urk. 8/206/16-24) und ergänzenden neuropsychologischen Abklärung (vgl. Urk. 8/206/25 f.) und Laboranalyse (vgl. Urk. 8/206/26) beruht sowie in Kenntnis der (vgl. Urk. 8/206/6-16) respektive in Auseinandersetzung (vgl. E. 5.3) mit den Vorakten abgegeben wurde. Prof. B. \_\_\_ verfügte dabei nicht nur über die notwendigen Fachkenntnisse zur Beurteilung der psychischen Beeinträchtigung, sondern erörterte eingehend seine Beurteilung der psychiatrischen Symptomatik (vgl. E. 5.3) und begründete einleuchtend die daraus für die Arbeitsfähigkeit gezogenen Schlussfolgerungen (vgl. E. 5.2). Hier bei machte er auch Ausführungen zur Konsistenz/Plausibilität mit Blick auf das Aktivitätsniveau und die Behandlungsanamnese (vgl. Urk. 8/206/33 f.) sowie zu den Ressourcen/Belastungen, einschliesslich der Relevanz psychosozialer Faktoren (vgl. Urk. 8/206/34 f. und 8/206/28). 6.6.1

Soweit die Beschwerdeführerin Prof. B. \_\_\_ fehlende Kenntnis und Auseinandersetzung mit den Fussbeschwerden (vgl. Urk. 1 Ziff. 3) und ihrem konflikthafte n Leben in der Ehe

(vgl. Urk. 1 Ziff. 10 und 12 ) vorwarf, ist ihr vorab entgegenzuhalten, dass die Beschwerdeführerin im Gutachtersauftrag aus dem Rückweisungsentscheid (vgl. E. 4.1) sowie den RAD-Stellungnahmen (vgl. E. 4.2) zitierte und schlussfolgerte, dass mangels der Arbeitsfähigkeit einschränkender Diagnosen auf eine somatische Begutachtung verzichtet werden könne (vgl. Urk. 8/206/3 f.). Im von Prof. B.\_\_\_\_ verfassten Aktenauszug finden sich weitere Hinweise zum Fussleiden (Urk. 8/206/11 und 8/206/15 f.).

Ebenso wurden im Aktenauszug Angaben zur Ehesituation wiedergegeben. Zum Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 15. Juni 2017 wurde festgehalten, diese beschreibe eine psychosozial schwierige Situation. Es habe eine Zwangsheirat mit 16 Jahren stattgefunden. Mit dem Ehemann, der aus der O.\_\_\_\_ stamme, bestehe keine Kommunikation. Er beschimpfe sie auch wegen der Depression (vgl. Urk. 8/206/12). Gemäss gynäkologischem Bericht vom 4. Juli 2018 verstärkten etwa die ehelichen Zerwürfnisse mit der kürzlich erfolgten Trennung vom Ehemann die chronisch depressive Störung (vgl. Urk. 8/206/13). Dr. phil. C.\_\_\_\_ notierte, die Beschwerdeführerin habe mit 16 Jahren einen ihr unbekanntem, von den Eltern ausgesuchten Mann heiraten müsse. Nach der Trennung sei bei ihr eingebrochen worden und sie habe zerstoche Pneus am Auto gehabt (vgl. Urk. 8/206/49). Schliesslich erwähnte Prof. B.\_\_\_\_

selbst den Einbruch (vgl. Urk. 8/206/18) und wies weit er darauf hin, dass es im Leben der Beschwerdeführerin verschiedenste, auch gravierende psychosoziale Schwierigkeiten gegeben habe. Aktuell seien jedoch nur wenige vorhanden. So habe sie sich unter anderem offensichtlich erfolgreich von ihrem Ehemann gelöst (vgl. Urk. 8/206/32).

Die psychiatrische Exploration erfolgte also in Kenntnis der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin über ein Fussleiden ohne objektivierbares somatisches Korrelat klagte, und dass sie sich nach einer schwierigen Ehe getrennt hatte. Wie viel Aufwand im Einzelfall in der Exploration zu betreiben ist, hängt von Fragestellung und Beschwerdebild ab; selbst ein reines Aktengutachten kann allenfalls den nötigen Beweis erbringen. Über die Akten erschliessen sich dem Gutachter häufig so viele Anhaltspunkte für seine Beurteilung, dass der im Untersuchungs gewonnenen Eindruck vor allem bestätigend wirkt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_747/2011 vom 10. Februar 2012 E. 2.2.2 und 9C\_170/2009 vom 6. Mai 2009).

Auch vorliegend mussten Anamnese und somatische Komorbiditäten angesichts der verfügbaren Unterlagen nicht von Grund auf in der Exploration erarbeitet werden. 6.2

Anders als von der Beschwerdeführerin angenommen (vgl. Urk. 1 Ziff. 3), stellte Prof. B.\_\_\_\_

keine Besserung der psychischen Beschwerden fest. Er führte vielmehr aus, dass im Wesentlichen seit Beginn der Erkrankung im Jahr 1990 von einer entsprechenden Konstellation einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit während schwerer depressiver Episoden, aber einer gut erhaltenen Arbeitsfähigkeit mit nur noch geringen bis mittleren Einschränkungen in den freien Intervallen auszugehen sei. Dabei habe sich in den Intervallen früher offensichtlich eine praktisch vollständige Arbeitsfähigkeit gezeigt. Inzwischen komme es zwischen den eigentlichen depressiven Episoden nicht mehr zu einer Vollremission, sondern zu einer chronifizierten depressiven und seit vier Jahren zusätzlich einer markanten Angstsymptomatik (vgl. Urk. 8/206/37; ferner Urk. 8/206/39 f.).

Dabei verneinte er explizit Anhaltspunkte für eine Persönlichkeitsakzentuierung oder -störung. Er ergänzte, es bestehe kein Verdacht auf bewusstseinsnahe Simulation der Beschwerden, die Beschwerdeführerin erscheine nach 30-jähriger Erkrankung jedoch sehr festgelegt in ihrem Konzept der durch die Erkrankung wesentlich eingeschränkten Arbeitsfähigkeit. Insgesamt wirke sie im Untersuchungsklausam-jammrig, was in Diskrepanz stehe zur erbrachten Arbeitsleistung mindestens an diesem einen Wochenarbeitstag (vgl. Urk. 8/206/32).

#### **E. 6**

und 14/1-5) sie mit Eingabe n vom 12. Oktober 2021 (Urk. 5) und 27. Januar 2022 (Urk. 13) nachreichte.

Die IV-Stelle schloss mit Beschwerdeantwort vom 18. Oktober 2021 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7) und verzichtete in der Folge darauf, zu den nachgereichten Berichten Stellung zu nehmen (Urk.

#### **E. 6.3**

PD Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, weckt mit seiner Stellungnahme vom 28. Juni 2021 (vgl. Urk. 3/4) keine Zweifel an

der gutachterlichen Beurteilung. Dasselbe gilt für die jüngste Stellungnahme der behandelnden Psychiatrin Dr. E.\_\_\_\_ vom 8. Oktober 2021 (vgl. Urk. 6). Vielmehr untermauern deren Aussagen in weiten Teilen die gutachterlichen Überlegungen.

Anamnestic etwa beschrieb PD Dr. D.\_\_\_\_

hauptsächlich mehrere Jahre zurück liegende, belastende Situationen

(vgl. Urk. 3/4 S. 2-6). Damit bestätigt er letztlich

die gutachterliche Feststellung, dass von den früher gravierenden psychosozialen Schwierigkeiten aktuell nur noch wenige vorhanden sind (vgl. Urk. 8/206/35). Nichts Anderes gilt für Dr. E.\_\_\_\_, die im vorangehenden Bericht vom 25. Juni 2021 den Einbruch und die zerbrochenen Pneu auf die Jahre 2014 bis 2016 und den Auszug, gemeinsam mit dem damals 27-jährigen Sohn, auf den 1. Dezember 2017 datierte (vgl. Urk. 3/5 S. 3).

Insbesondere

begründete PD Dr. D.\_\_\_\_ die eingeschränkte Restarbeitsfähigkeit, die er auf

#### **E. 6.5**

Persönlichkeitsstörungen umfassen gemäss gängiger ICD-10-Kodifikation tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Sie werden anhand von Merkmalsgruppen, die den häufigsten oder auffälligsten Verhaltensmustern entsprechen, unterteilt.

Spezifische Persönlichkeitsstörungen treten häufig erst mals in der Kindheit oder Adoleszenz in Erscheinung, manifestieren sich aber endgültig im Erwachsenenalter (vgl. dazu Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 274 f. und 282).

Zweifellos war die Ehe der Beschwerdeführerin (zunehmend) schwierig. Dass

sie sich als gläubige Muslimin (vgl. Urk. 8/206/22) , die ohne Berufsausbildung (vgl. Urk. 3/4 S. 3) mit 16 Jahren mit einem wenig älteren Mann zwangsverheiratet

wurde

und als 19-Jährige ein Kind zur Welt brachte, erst

im Alter von 47 Jahren von ihrem Ehemann trennt e , lässt aber den noch nicht auf die Erfüllung der Kriterien für eine abhängige P ersonlichkeitsstörung

( vgl. dazu im Detail

Dilling / Mombour /Schmidt [Hrsg.], a.a.O., S. 282 ) schliessen . Damit ist weder ein charakteristische s Ver haltensmuster in verschiedenen Lebenslagen dargetan ( insbesondere unauffällige Invalidenkarriere) , noch trägt diese Sichtweise d en sozi alen ( etwa

Urk. 8/118/2 und Urk. 3/5 S. 6: finanzielle Abhängigkeit ) und kulturellen

Umständen (etwa Urk. 3/5 S. 2: geschuldeter Gehorsam ) hinreichend Rechnung .

Mit Blick auf die Vorakten zu relativieren sind zudem die unter dem Eindruck von Trennung und Rentenaufhebung gemachten Aussagen zu den

untragbaren Verhältnis se n

während Jahrzehnten

und einer jegliche n

Unfähigkeit der Beschwerdeführerin, diesen etwas entgegenzusetzen. Dr. E. \_\_\_ etwa führte am 23. Juli 2003 aus , die Beschwerdeführerin sei mit dem zusätzlichen Pensum an der Handelsschule an ihre Grenzen gekommen, obschon der Ehemann sie in der Haushaltsführung und Kindererziehu ng entlaste (vgl. Urk. 8/21/3). Gemäss vertrauensärztliche r Abklärung vom 2 8. Juli 2003 hatte die Beschwerde führerin «Puff mit seiner Mutter gehabt, die halt auch die Nase voll von ihrer Krankheit habe». Sie gab an, sie habe sich v or einem Monat von ihrem Ehemann scheiden lassen wollen, weil er wohl unter dem Einfluss seiner Eltern , so kalt gewesen sei. Jetzt gehe es besser, aber da s könne jederzeit ändern. Dr. P. \_\_\_ habe ihr bereits ein Personalzimmer besorgt, falls sie ausziehe. Ihr Ehemann sei halt allmählich auch überfordert (vgl. Urk. 8/37/2 f.). Im Bericht vom 22. Dezember 2010 von Dr. E. \_\_\_ findet sich einzig der Hinweis auf eine «konflikt beladene Ehe nach Zwangsheirat» (vgl. Urk. 8/77/2). Am

9. Mai 2018 berichtete die Ärztin , die depressive Erkrankung habe im Laufe der Jahre zu schwere n eheliche Zerwürfnisse n geführt . Wegen ihrer Depressionen habe der Ehemann sie immer wieder beschimpft und ihr schwere Vorhaltungen gemacht, sie bedroht und unterdrückt, nicht mehr mit ihr geredet, unregelmässig zuhause übernachtet und ihr zu wenig Haushaltsgeld gegeben. Nun sei sie ausgezogen und habe aus Angst vor seiner Rache nur ein paar persönliche Habseligkeiten mi tgenommen (vgl. Urk. 8/155/47). Am 2 5. Juni 2021 notierte sie dann, der Ehemann sei zunehmend grob und gewalttätig geworden. Er sei betrunken oder nächtelang gar nicht nachhause gekommen. Die Beschwerdeführerin habe von seinen Frauenge schichten gewusst und sich betrogen gefühlt, jedoch aus Angst keine Konsequen zen gezogen (vgl. Urk. 3/5 S. 2 f. ). Gegenüber PD Dr. D. \_\_\_ gab die B eschwerdeführerin an, sie habe nur ein karges Schlafzimmer gehabt, weil sie sich geweigert habe , mit ih rem Ehemann zusammen zu sein

(vgl. Urk. 3/4 S. 3 f.).

Die von PD Dr. D.\_\_\_\_

daraus abgeleitete massgebliche Besserung (E. 6.4) ist bei einer Persönlichkeitsstörung an sich und bei vorab in den letzten Ehejahren belastender Situation

noch weniger plausibel .

An der fehlenden Nachvollziehbarkeit der Diagnose

ändert die geschilderte Abtreibung nichts , zumal für die fehlerhafte Willensbildung bei der Beschwerdeführerin nach Darstellung von PD Dr. D.\_\_\_\_

(wie auch von Dr. E.\_\_\_\_ , Urk. 3/5 S. 2 unten) die stattgehabte ärztliche Konsultation (missgebildetes Kind) , sei diese korrekt erfolgt oder nicht, ausschlaggebend war. 6. 6

Eine andauernde , nicht durch Schädigung oder Krankheit des Gehirns hervorgerufene Persönlichkeitsänderung, sollte gemäss ICD-10-Kodifikation nur diagnostiziert werden, wenn die Persönlichkeitsänderung deutlich ausgeprägt sowie mit unflexiblen und fehlangepasstem Verhalten verbunden ist , das vor der belastenden Erfahrung nicht bestanden hat. Die Persönlichkeitsänderung sollte anhaltend und lebensverändernd sein und ätiologisch auf eine tiefgreifende, existenziell extreme Erfahrung zurückgeführt werden können . Die Änderung sollte nicht Ausdruck einer anderen psychischen Störung oder Residualsymptom einer vorangegangenen psychischen Störung sein ( vgl. Dilling / Mombour /Schmidt [Hrsg.], a.a.O., S. 285 ) .

Mit diesen Aspekten setzt sich PD Dr. D.\_\_\_\_

und Dr. E.\_\_\_\_

nicht auseinander.

Zutreffend erkannte PD Dr. D.\_\_\_\_

– anders als

Dr. E.\_\_\_\_ – zumindest implizit , dass die berichtete eheliche Situation keine Extremlast darstellt, wie sie für eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach ICD-10: F62.0 vorausgesetzt wird ( vgl. dazu Dilling / Mombour /Schmidt [Hrsg.], a.a.O., S. 286 : etwa Erfahrungen in einem Konzentrationslager, Folter, Katastrophen oder andauernde lebensbedrohliche Situationen wie Geisel oder langdauernde Gefangenschaft mit drohender Todesgefahr ) . Er umging das

Kriterium , indem er eine sonstige andauernde Persönlichkeitsänderung nach ICD-10: F62.8 allein unter Hinweis auf berichtete Erschöpfung, Freudlosigkeit und Misstrauen (das sich wohl

auf den Ehemann bezieht , vgl. Urk. 3/4 S. 4)

kodierte .

Dabei räumte PD Dr. D.\_\_\_\_

– ähnlich wie jüngst Dr. E.\_\_\_\_

(vgl. Urk. 8/188/2; Urk. 3/5 S. 5 Mitte) – ein, dass die Beschwerdeführerin an einem Tag pro Woche acht Stunden arbeiten könne, was diese durch «maximales Zusammenreissen»

auch schaffte, wenn es ihr schlecht gehe, wobei sie am Abend und Folgetag voll ständig erschöpft sei und sich erst am zweiten Tag allmählich erhole (vgl. Urk. 3/4 S. 5 und

11). Damit bestätigt er im Wesentlichen die gutachterlichen Überlegungen, wonach eine Erholungsphase von sechs Tagen nicht plausibel ist und bei einer Verteilung des Arbeitspensums auf mehrere Tage insgesamt eine höhere Arbeitsfähigkeit erwartet werden kann.

Die Behauptung der Beschwerdeführerin, es sei ihr zu viel geworden, als sie eine abwesende Kollegin ersetzt und das Arbeitspensum auf 30 bis 40 % gesteigert habe (vgl. Urk. 3/4 S. 6 oben), ist unglaublich. Aus den Unterlagen zu den Erwerbsverhältnissen ergibt sich bei einem Stundenlohn von Fr. 38.-- für die Jahre 2013 bis 2019 ein durchschnittliches Arbeitspensum von deutlich mehr als 20 % (vgl. Urk. 8/184/1 und 8/135/9 ff.). Bei einem wöchentlichen Arbeitspensum von 8 Stunden 24 Minuten (=8.4, entsprechend 20 %) errechnet sich bei vier Wochen Ferien (entsprechend dem Lohnzuschlag Ferienlohn von 8.33 %; Urk. 8/103/5) ein Jahreseinkommen von Fr. 15'366.30 (Fr. 38.00 x 8.4 x 48,14 [52,14 Wochen/Jahr – 4 Ferienwochen]), die Einträge im IK der vorgenannten Jahre bewegen sich jedoch zwischen Fr. 17'218.00 und 22'561.00 (Urk. 8/184). Die Arbeitgeberin gab im Fragebogen vom 12. Dezember 2016 denn auch an, die Beschwerdeführerin arbeite ca. 20 Stunden pro Woche [Urk. 8/103/3]. Die Stundenrapporte aus dem Jahr 2016 belegen darüber hinaus, dass die Beschwerdeführerin manchmal an zwei Tagen hintereinander, an drei von vier aufeinanderfolgenden Tagen oder auch einmal 64.5 Stunden innert 30 Tagen arbeitete (vgl. Urk. 8/135/15 ff.; ferner auch Urk. 8/135/3 f. zu den absolvierten Weiterbildungstagen).

Das langjährige Arbeitsverhältnis wie auch die angegebene bloss «einmalige» Verwarnung wegen gemachter Fehler spricht dabei für eine insgesamt zufriedenstellende Arbeitsleistung (vgl. Urk. 8/206/21 Mitte; ferner auch Urk. 3/3 S. 2 «Angaben zur Kognition»). Dass die Beschwerdeführerin im Jahr 2021

plötzlich längere Zeit krankgeschrieben wurde (vgl. Urk. 3/4 S. 5) und soweit eruierbar mindestens zeitweise ihren Aufgabenbereich wechselte (vgl. Urk. 3/3 S. 3, Urk. 3/4 S. 5 unten, Urk. 6 S. 6 oben und S. 9 oben), ist als

vorübergehende gesundheitliche Verschlechterung

im Rahmen der

bevorstehenden Renteneinstellung

(etwa Urk. 3/5 S. 5 unten) weder ungewöhnlich noch bedeutsam. Nicht auszuschliessen ist diesbezüglich ferner ein Zusammenhang zur vorübergehenden Psychose (vgl. Urk. 3/5 S. 9). 6. 7

Nicht gefolgt werden kann PD Dr. D.\_\_\_\_, wenn er die aktuelle depressive Symptomatik schon aufgrund der Kriterien der ICD-10-Kodifikation als mittelschwer (ICD-10: F33.1) einstufte, unter Berücksichtigung der Rest- und Residualsymptomatik (als Teil der Depression oder als Neurasthenie mit sich auf alle Lebensbereiche erstreckender frühzeitiger schwerer Erschöpfbarkeit als Hauptsymptomatik mit verlängerter oder fehlender Erholungsphase, vgl. Urk. 3/4 S. 8) indessen als schwer (ICD-10: F33.2) bezeichnete und anfügte, die Einordnung als schwer sei umso mehr berechtigt, da mit vermehrtem Schlaf, Müdigkeit und Erschöpfung auch die Symptome einer atypischen Depression gemäss DSM IV und V erfüllt seien. In der ICD-10-Kodifikation sind die

typischen und weiteren Symptome einer depressiven Episode klar definiert und auch festgelegt, in welchem Umfang diese erfüllt sein müssen, um diese als mittelschwer oder schwer zu qualifizieren ( vgl. Dilling / Mombour /Schmidt [Hrsg.], a.a.O., S. 169 ff. ) . Der Befund kann also nur auf das eine oder andere schliessen lassen. PD Dr. D.\_\_\_\_

sprach dabei selbst von offensichtlichen Überschneidungen zwischen Depression im typischen Sinn, Rest-

und Residualsymptomatik, Neurasthenie und atypischer Depression (vgl. Urk. 3/4 S. 9).

Letztlich steht bei allen von PD Dr. D.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen, einschliesslich der Persönlichkeitsveränderung (vgl. Urk. 3/4 S. 10), eine massive Erschöpfung und depressive Symptomatik im Vordergrund, dennoch begründet er den Schweregrad der psychischen Erkrankung durch Aufsummieren der Diagnosen (vgl. Urk. 3/4 S. 11) und

ohne einleuchtende Erklärung («durch maximales Zusammenreissen» ; oder gemäss Dr. E.\_\_\_\_

auch «Freude an der Sache», Urk.3/5 S. 8 ) für die trotz der geklagten Erschöpfungssymptomatik effektiv erbrachte Arbeitsleistung. 6. 8

Soweit PD Dr. D.\_\_\_\_

festhielt, das formale Denken der Beschwerdeführerin sei auf ihre Einschränkungen einschliesslich der Schmerzen eingeschränkt (vgl. Urk. 3/ 4 S. 7) respektive diese leide seit Jahren an einem Schmerzsyndrom (vgl. Urk. 3/ 4 S. 10), erachtete auch er die Kriterien für eine selbständige psychische Störung, vorab im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45), implizit als nicht gegeben. Vielmehr schloss er aus dem fehlenden somatischen Befund auf das Vorliegen neuropathischer Schmerzen. Diese Diagnose liegt allerdings ausserhalb seines Fachgebiets und wird durch keinerlei Indizien (wie Anzeichen einer Nervenschädigung) gestützt, wobei die Beschwerdeführerin auch schon über eine längere Zeit erfolglos eine Schmerztherapie wahrgenommen hat.

Nichts Neues ergibt sich aus der Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ . Sie sah ebenfalls von der Diagnostizierung eines selbständigen psychosomatischen Leidens ab und befürwortet eine Behandlung mit dem «für neurogene Schmerzen geeigneten Schmerzmittel Lyrica » mit der nicht stichhaltigen Begründung, der Versuch könnte lohnend sein, um nichts unversucht zu lassen (vgl. Urk. 6 S. 4). Dies , obschon ihr bewusst war , dass die das Fussleiden behandelnden Ärzte inzwischen von Somatisierung sprachen (vgl. Urk. 3/5 S. 6 Mitte). 6. 9

Schliesslich

monierte die Beschwerdeführerin besonders eine unzureichende Berücksichtigung der neuropsychologischen Testergebnisse (vgl. Urk. 1 Ziff. 8). Gemäss neuropsychologischen Teilgutachten stehen deutliche mnestiche Leistungseinbussen bei ebenfalls deutlich verminderter attentionalen Teilfunktion im Vordergrund . Auch weitere Funktionen seien unterdurchschnittlich, wenn auch weniger beeinträchtigt . Rein anhand des Testprofils beurteilt, entsprächen die kognitiven Teilleistungseinbussen einer mittelgradigen kognitiven Störung (vgl. Urk. 8/206/53 f.). Gemäss psychiatrischer Begutachtung fänden sich aber keine psychischen Störungen, die ebensolche teils weit unterdurchschnittliche Leistungseinbussen ausreichend erklären könnten. Bei ausreichend gegebener sprachlicher Verständigung könnten diese auch nicht mit (fremd-)sprachlichen Problemen erklärt werden. Obschon negative Auswirkungen der Medikation ( unter anderem

Temesta ) auf die Kognition nicht ausgeschlossen werden könnten, seien die teils weit unterdurchschnittlichen Resultate dadurch nicht ausreichend begründbar. Die Performanzvalidierung sei zwar grossmehrheitlich unauffällig ausgefallen. Es fänden sich aber innerhalb des Testprofils Inkonsistenzen und überdies auch Diskrepanzen zwischen den von der Beschwerdeführerin erbrachten kognitiven Leistungen und ihrem Verhalten im Anamnesegespräch (mit unauffälligen mnestischen Leistungen) einerseits und im Alltag (mit dem Lenken des Personenfahrzeuges) andererseits. Weiter fänden sich Hinweise auf Aggravationstendenzen psychischer und kognitiver Defizite im IOP- 2 9. Bei ebensolchen sei bei der Interpretation der Testresultate Vorsicht geboten, denn der Ausprägungsgrad der kognitiven Störung sei vermutlich tiefer als es das Testprofil darlege. Somit könne die Funktions- und Arbeitsfähigkeit auf dem Hintergrund der neuropsychologischen Befunde nicht valide eingeschätzt werden . Es werde auf das psychiatrische Gutachten verwiesen, in dem diese unter Einbezug des klinischen Eindrucks , der neuropsychologischen Resultate sowie der psychiatrischen Befunde beschrieben werde (vgl. Urk. 8/206/54).

Dr. C.\_\_\_\_ nannte konkret folgende Inkonsistenzen: Dass die Beschwerdeführerin in einer vergleichsweise einfachen attentionalen Teilfunktion ( Alertness ) deutlich schlechtere Resultate erzielt habe als in einer komplexeren attentionalen Teilfunktion (geteilte Aufmerksamkeit) lasse sich nicht plausibel erklären. Weiter seien derart langsame Reaktionszeiten kaum mit dem unfallfreien Lenken eines Personenfahrzeugs zu vereinbaren . Im anamnestischen Gespräch habe sie zudem korrekte und schnelle Angaben machen können, in der formalen Prüfung der verbal mnestischen Leistungen hätten sich jedoch weit unterdurchschnittliche Resultate gezeigt. Es lasse sich nicht erklären, warum verbal-mnestische Leistungen im Gespräch unauffällig, in der formalen Testung jedoch deutlich auffällig seien (vgl. Urk. 8/206/53; ferner Urk. 8/206/52 oben).

Prof. B.\_\_\_\_ hielt ebenfalls fest, dass sich die neuropsychologischen Befunde nicht durch die gestellten Diagnosen eines leichten depressiven Syndroms oder der episodisch auftretenden Angst erklären liessen (vgl. Urk. 8/206/25). Im Rahmen der Plausibilitätsprüfung wies er zudem darauf hin, dass kaum nachvollziehbar sei, dass die Beschwerdeführerin an einem Arbeitstag so gesund sein solle, dass sie ein zum Teil sogar verlängertes volles Arbeitspensum durchhalten könne, dagegen aber an allen anderen Tagen so krank sein solle, dass sie keine Arbeits tätigkeit ausführen könne (vgl. Urk. 8/206/34; vgl. auch E. 6.6).

## **E. 6.10**

Im

Bericht der Psychiatrie Q.\_\_\_\_

zur neuropsychologischen Abklärung vom 23. Juni 2021 wurden ebenso partielle Minderleistungen in Teilaspekten der attentionalen Funktionen mit explizit

« leichten bis schweren » bzw. «schwankenden » Beeinträchtigungen festgestellt und sodann als am ehesten im Rahmen der gesetzten Zuweisungsdiagnosen ( Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung und einer rezidivierenden depressiven Störung mit Ängsten und Panikattacken ) bei Migrationshintergrund und geringer Schulbildung eingeordnet .

Dazu wurde erörtert, sprachliche Schwierigkeiten und die Befunde bezüglich kognitivem Leistungsvermögen müssten vor dem Migrationshintergrund und der Bildungssituation

interpretiert werden. Diese Befunde unterschätzten möglicherweise die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin bis zu einem gewissen Grade. Auch ihre Selbständigkeit im Alltag und Beruf würden weniger auf eine tatsächlich vorhandene Intelligenzminderung hindeuten. Aus kognitiver Sicht dürfte somit eine Tätigkeit am Buffet oder einfache manuelle Sterilisationsarbeit bzw. mittlerweile Patientenbegleitung bei guter Gesundheit gut möglich sein. Zu überlegen sei, einige Nachmittage in einer geschützten Einrichtung eine Tätigkeit ohne Leistungsdruck zu verrichten. Denkbar sei ein stufenweises über mehrere Tage in der Woche verteiltes Training oder ein Versuch, die Steigerung der Belastbarkeit durch einen Halbtagesbesuch einer Tagesklinik zu fördern. Was im Rahmen der Zuweisungsdiagnosen zumutbar und realistisch sei, müsse psychiatrisch beurteilt werden (vgl. Urk. 3/3 S. 1 und 5).

Damit wurde die Aussagekraft der Testergebnisse, obschon als valid beurteilt, wiederum aus verschiedenen Gründen eingeschränkt. Zum zumutbaren Pensum äusserten sich die Psychologinnen der Psychiatrie Q.\_\_\_\_

nicht; zumindest aber erachteten sie das Anforderungsprofil aller bisher ausgeübten Tätigkeiten als zumutbar, sprachen sich (wenn auch unter Vorbehalt der psychiatrischen Beurteilung und Beachtung eines sehr behutsamen Vorgehens im geschützten Rahmen und ohne Leistungsdruck) für einen Ausbau der Tätigkeit aus und konnten – wie Dr. phil. C.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 8/206/50 unten) – keine auffällige Abnahme der Leistungsfähigkeit im Verlauf beobachten (vgl. Urk. 3/3 S. 3).

Eine Erklärung für die auch ihnen aufgefallenen Schwankungen innerhalb des Untersuchungs hatten sie nicht. Soweit

Dr. E.\_\_\_\_ auffällige Diskrepanzen zwischen den beiden neuropsychologischen Untersuchungen postulierte, erschliessen sich diese somit nicht (vgl. Urk. 6 S. 6 oben). Ebenso wenig kann nach dem Gesagten PD Prof. D.\_\_\_\_

gefolgt werden, der allein gestützt auf den Bericht der

Psychiatrie Q.\_\_\_\_ auf eine Minderintelligenz schloss (vgl. Urk. 14/1), nachdem eine solche nach seinem klinischen Untersuchung noch kein Thema war (vgl. Urk. 3/4). Im Übrigen beanstandete er zwar die Würdigung der neuropsychologischen Testergebnisse im Gutachten, ohne sich jedoch mit den darin aufgezeigten Inkonsistenzen auseinanderzusetzen oder die Testergebnisse ersichtlich in die eigene Beurteilung einfließen zu lassen (vgl. Urk. 3/4 S. 10 f.).

Letztlich ist es Aufgabe des psychiatrischen Facharztes, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen. Eine neuropsychologische Abklärung stellt lediglich – aber immerhin – eine Zusatzuntersuchung dar, welche bei begründeter Indikation in Erwägung zu ziehen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts

8C\_11/2021 vom 16. April 2021 E 4.2; Ziff. 4.3.2.2 der Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie [SGPP] 2016). Der Psychiater hat daher einerseits die Indikation für eine solche Zusatzuntersuchung zu stellen und andererseits deren Ergebnisse im Rahmen einer Gesamtschau der Befunde zu würdigen, was Prof. B.\_\_\_\_ im Gegensatz zu den konsultierten Ärzten getan hat. Aus den medizinischen Akten ergibt sich denn auch kein Anhalt, dass die eruierten

neuropsychologischen Defizite typisch für irgendein Störungsbild wären.

### **E. 6.11**

Zusammenfassend weist die medizinische Folgenabschätzung notgedrungen eine hohe Variabilität auf und trägt unausweichlich Ermessenszüge (BGE 140 V 193 E. 3.1; 137 V 210 E. 3.4.2.3). Die psychiatrische Exploration eröffnet dem begutachtenden Psychiater praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte *lege artis* vorgegangen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_851/2018 vom 23. Mai 2019 E. 4.2.2 mit Hinweisen). Was PD

Dr. D. \_\_\_ und Dr. E. \_\_\_ in ihren in Bezug auf die subjektiven Angaben unkritischen und letztlich nicht schlüssig begründeten Stellungnahmen vorbrachten, rechtfertigt es nicht, den Beweiswert des Gutachtens anzuzweifeln.

Ein Obergutachten (vgl. Urk. 1 Ziff. 26) erübrigt sich. 7. 7.1

Gemäss BGE 143 V 418 sind bei sämtlichen psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1: statt vieler Urteil des Bundesgerichts 8C\_890/2017 vom 15. Mai 2018 E. 2.2). Die im Rahmen dieses strukturierten Beweisverfahrens zu beachtenden Standardindikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1; Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome [E. 4.3.1.1]; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [E. 4.3.1.2]; Komorbiditäten [E. 4.3.1.3]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

Zu beachten ist, dass auch eine stark ausgeprägte und verfestigte subjektive Krankheitsüberzeugung mit entsprechendem dysfunktionalem Verhalten, Selbstlimitierung, sekundärem Krankheitsgewinn und Dekonditionierung keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG und Art. 7 Abs. 2 ATSG darstellt. Ein Rentenanspruch fällt sodann ausser Betracht, soweit eine attestierte Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht oder direkte Folge psychosozialer und soziokultureller Belastungsfaktoren ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_473/2019 vom 25. Februar 2020 E. 4.2.2 mit diversen Hinweisen). 7.2

Beweisrechtlich entscheidend ist die zweite Kategorie «Konsistenz» (etwa Urteil des Bundesgerichts 9C\_371/2019 vom 7. Oktober 2019 E. 5.1.1). Diesbezüglich ist zunächst auf die Ausführungen in E. 6.6 zur effektiven Arbeitsleistung hinzuweisen, die ein insgesamt deutlich höheres Arbeitspensum als 20 %

verteilt über mehrere Tage als durchaus zumutbar erscheinen lassen. Die Hausarbeit teilt sich die Beschwerdeführerin mit ihrem erwachsenen, im gleichen Haushalt lebenden Sohn. Sie kocht selbst schnelle Sache und geht – neben den Einkäufen mit ihrem Sohn – praktisch

täglich Kleinigkeiten wie Brot frisch einkaufen. Ein- bis zweimal wöchentlich trifft sie sich mit Freunden; sie hat ein «paar Leute». Des Weiteren

fährt sie Auto und fliegt regelmässig für einige Wochen in die O.\_\_\_\_; andere norts Ferien machte sie letztmals vor einigen Jahren. In ihrer Freizeit liest sie Romane, sieht fern und sonnt sich gerne vor der Haustür (vgl. Urk. 8/206/2 1 f.; Urk. 3/3 S. 3 «Alltag»; Urk. 3/5 S. 8 oben). Darüber hinaus dürften bei guten Familienverhältnissen auch Kontakte zur in Deutschland lebenden Mutter (vgl. Urk. 8/206/48 unten) und den Geschwistern bestehen (vgl. Urk. 8/206/20 oben). Ausserdem hat die Beschwerdeführerin stets regelmässig Arzt- und Therapietermine aufgrund diverser Leiden wahrgenommen. Damit sind im Alltag zwar ebenfalls gewisse, aber keine erheblichen Einschränkungen auszumachen.

Was den fachärztlichen Streit bezüglich der adäquaten Therapie (vgl. im Detail Urk. 8/206/38 f.; Urk. 3/4 S. 12 f.; Urk. 3/5 S. 3 f.)

anbelangt, ist hervorzuheben, dass Dr. E.\_\_\_\_

bestätigte, dass im Zeitpunkt der Begutachtung wegen unklarer Magenbeschwerden keine konsequente Psychotherapie durchgeführt wurde (vgl. Urk. 3/5 S. 9 Mitte).

Weiter

hat etwa Citalopram der Beschwerdeführerin durchaus geholfen und führte einzig

Dr. P.\_\_\_\_

zu Beginn der Erkrankung einen Versuch mit einer Phasenprophylaxe durch (vgl. Urk. 8/3/5 S. 3 f.). Entgegen der Darstellung ihrer Behandlerin (vgl. Urk. 3/5 S. 6 oben) gab die Beschwerdeführerin zudem an, ihr sei

nie eine stationäre Therapie vorgeschlagen worden; als sie selbst eine solche angesprochen habe, sei ihr gesagt worden, eine ambulante Behandlung sei besser (vgl. Urk. 8/206/19).

Im Übrigen weiss die Arbeitgeberin spätestens seit Oktober 2016, dass die Beschwerdeführerin gesundheitliche Probleme hat und die Invalidenversicherung involviert ist (vgl. Urk. 8/103).

Das Argument von PD Dr. D.\_\_\_\_, der Ehemann hätte sie für eine stationäre Behandlung kritisiert (vgl. Urk. 3/4 S. 12), überzeugt eben so wenig, zumal dieser sie auch wegen der Depression kritisierte und die Beschwerdeführerin schon seit Ende 2017 ausgezogen ist. Letztlich fand im Zeitpunkt der Begutachtung nicht mehr als eine Gesprächstherapie einmal monatlich statt (vgl. Urk. 8/206/18). Unter diesen Gesichtspunkten erscheint die Ausschöpfung der Behandlungsmöglichkeiten in den letzten Jahren durchaus fraglich und ist kein derart massiver Leidensdruck ersichtlich, dass sich

die Attestierung einer

hochgradigen Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen würde. 7.3

Ergänzend ist zur ersten Kategorie «funktioneller Schweregrad» festzuhalten, dass die objektivierbaren psychiatrischen Befunde nicht besonders ausgeprägt sind. Den neuropsychologischen Testergebnissen kommt nur eingeschränkte Aussagekraft zu, wobei keine Zweifel daran bestehen, dass die Beschwerdeführerin ihre aktuelle Tätigkeit dennoch ausüben kann (vgl. E. 6.6 und 6.10). Im Sinne eines Behandlungs- und Eingliederungserfolgs positiv zu werten ist, dass sie über Jahre hinweg keine relevanten krankheitsbedingten Ausfälle zu verzeichnen hatte und sich ihr Gesundheitszustand (trotz

Ausbleiben beschwerdefreier Intervalle und neuer

Panikattacken) in diesem Sinne stabilisiert hat. Eine Persönlichkeitsproblematik ist, wie ausführlich erörtert, mit dem Gutachter zu verneinen (vgl. E. 6.5 und 6.6). Auch massgebliche Komorbiditäten im Sinne eines somatischen

(vgl. E. 4) oder psychosomatischen Leidens (vgl. E. 6.8) sind nicht ausgewiesen.

Unbeachtlich ist die gutachterlich festgestellte subjektive Krankheitsüberzeugung der Beschwerdeführerin, nach all den Jahren nicht mehr leisten zu können. Der soziale Kontext ist spätestens seit dem Auszug aus der ehelichen Wohnung positiv zu werten. Die Beschwerdeführerin wird von ihrem Sohn, mit dem sie auch zusammenwohnt, sowie von ihren Ärzten unterstützt, hat ein gutes Verhältnis zu ihrer Mutter und den Geschwistern und auch Kontakte zu Freunden bleiben

erhalten. Es besteht kein relevanter sozialer Rückzug. Dabei beteiligt sich der Sohn auch an den Lebenshaltungskosten bzw. unterstützt die Beschwerdeführerin finanziell (vgl. Urk. 8/206/21), wobei die bescheidenen finanziellen Verhältnisse seit jeher einen gewichtigen psychosozialen Faktor darstellen (vgl. Urk. 3/5 S. 5 f.). 7.4

Damit lässt sich anhand der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 – und damit aus der Optik des Rechtsanwenders, der die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen auf ihre sozialversicherungsrechtliche Relevanz und Tragweite hin zu prüfen hat – eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 bis 30 % in den bisher ausgeübten Tätigkeiten, bei verständnisvollem Arbeitgeber und Ruhepausen, entsprechend der gutachterlichen Einschätzung bestätigen. 8. 8.1

Zur Validenkarriere wurde bereits im Rückweisungsentscheid IV.2018. 00 451 vom 22. Oktober 2019 E. 4.4 einlässlich erläutert, dass die Beschwerdeführerin die Handelsschule erst nach Eintritt und soweit ersichtlich nur infolge ihrer Invalidität absolvierte; davor hatte sie mehr als zehn Jahre als Teilzeitangestellte im Restaurant gearbeitet. Es kann daher nicht als überwiegend wahrscheinlich gelten, dass sie als Gesunde heute auch in der Augenpraxis arbeiten würde (vgl. Urk. 8/173/17), d.h. sich beruflich neuorientiert hätte. Das aktuelle Arbeitsverhältnis besteht seit dem Jahr 2008, wobei die Beschwerdeführerin lediglich 70 Stunden Weiterbildung nachwies (vgl. Urk. 8/135/3 f.) und seither einen Stundenlohn von Fr. 38.-- erhält (vgl. Urk. 8/103/5).

Die frühere Arbeitgeberin gab – gefragt nach einer möglichen beruflichen Weiterentwicklung im angestammten Tätigkeitsgebiet (vgl. Urk. 8/179/1)

– ein Stelleninserat zu den Akten, worin eine (dreijährige) Ausbildung als Restaurations- oder Systemgastronomiefachfrau EFZ vorausgesetzt wurde (vgl. Urk. 8/182/5). Um den für das Jahr 2020 deklarierten Lohn von Fr. 65'000.-- zu erreichen, hätte die Beschwerdeführerin zudem eine fachliche Führungsfunktion im Restaurationsbetrieb übernehmen müssen (vgl. Urk. 8/182/3). Es rechtfertigt sich deshalb selbst unter Berücksichtigung des in der Beschwerde skizzierten Aufgabenbereichs (vgl. Urk. 1 Ziff. 21)

sowie den belegten Weiterbildungen nicht davon auszugehen, sie würde heute als Gesunde in der angestammten Tätigkeit mehr als Fr. 65'000.-- verdienen.

Es sei angefügt, dass sich das von der Beschwerdeführerin angeführte Urteil des Bundesgerichts 8C\_108/2016 vom 16. Juni 2016 E. 5.3.1 nicht mit der Festsetzung des Validen-, sondern des Invalideneinkommens befasst (vgl. Urk. 1 Ziff. 17 f.). 8.2

Das Invalideneinkommen legte die Beschwerdegegnerin gestützt auf den Bruttomonatslohn von Fr. 4'293.--

für Hilfsarbeiten im Dienstleistungssektor für Frauen gemäss Schweizerischer Lohnstrukturerhebung (LSE) 2018, Tabelle TA 1, Ziff. 45-96 und unter Berücksichtigung eines (durchschnittlichen) Arbeitspensums von 75 % in einer optimal angepassten Tätigkeit (kleines familiäres Team mit Verständnis für gelegentliche Ruhepausen, keine Leitungsfunktion) auf Fr. 40'682.85 fest. Daraus ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 37 % (vgl. Urk. 2 S. 2 f. ; ferner Urk. 8/211 ), an dem die definitive

Nominallohnentwicklung für Frauen ( Stand 2'732 im Jahr 2018 , Stand 2'784 im Jahr 20

#### **E. 10**

und 16). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 14**

). Aus neuropsychologischer Sicht bestehe eine weit unterdurchschnittliche Leistung , die ohne Anhalt für Aggravation / Simulation im Rahmen der psychiatrischen Erkrankung zu interpretieren sei . In neuen Abklärungen sei eine Tätigkeit ohne Leistungsdruck in einer geschützten Einrichtung oder ein Arbeitstraining empfohlen worden ( Urk. 1 Ziff. 8, 9 , 11 und 14 ).

Die Diskrepanz zwischen neuropsychologischer und psychiatrischer Beurteilung erkläre sich gemäss

Dr. D.\_\_\_\_ mit der schweren Erschöpfbarkeit und dauernden Müdigkeit , die sich auch zwischen den Krankheitsphasen auswirkten , und der andauernden Persönlichkeitsänderung infolge der Ehesituation . Dr. D.\_\_\_\_

habe auch bestätigt, dass

die

Therapie adäquat gewesen sei. All dies habe der

Gutachter verkannt

( Urk. 1 Ziff. 10 und 12-14 ) , weshalb wenigstens ein Obergutachten einzuholen sei ( Urk. 1 Ziff. 26).

Aufgrund der zehnjährigen Beschäftigungsdauer sei das Valideneinkommen

anhand der Invalidenkarriere auf Fr. 76'608.-- festzusetzen ( Urk. 1 Ziff. 19 f. und 23 f. ).

Ihr Aufgabengebiet habe sich mit der

Erfahrung und

den Weiterbildungen stark geändert ; sie könne auch ihre kaufmännischen Kenntnisse verwerten .

Ihr Lohn entspreche dem einer gesunden Person . Sollte der Arbeitgeber ihr die Möglichkeit geben, werde sie versuchen, ihr Pensum auf 50 % zu steigern – allenfalls in Zusammenarbeit mit der Beschwerdegegnerin ( Urk. 1 Ziff. 21). Für das Invalideneinkommen sei auf den Tabellenlohn für Hilfstätigkeiten in der Gastronomie abzustellen

( Urk. 1 Ziff. 23) und wegen des Fussleidens und der

Einschränkung auf leichte Tätigkeiten ohne Leistungsdruck ein maximaler leidensbedingter Abzug zu gewähren ( Urk. 1 Ziff. 24).

Schliesslich habe sie gemäss BGE 145 V 2 und 145 V 209 den Anspruch und die Pflicht, nach langem Rentenbezug an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen. Angesichts des Handelsdiploms habe sie sogar Anspruch auf eine Umschulung, wobei aufgrund ihres Werdegangs und des Fussleidens eine Ausbildung zur Arzt- oder Spitalsekretärin Sinn machen würde ( Urk. 1 Ziff. 27 f.). 3.

### **E. 17**

Abs. 1 ATSG gegeben ist, der es erlaubt, den Rentenanspruch für die Zukunft in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend neu zu prüfen. So überstieg das von der Beschwerdeführerin in den letzten Jahren effektiv erzielte Einkommen das bei der letzten rechtskonformen materiellen Rentenprüfung im Jahr 2004, basierend auf einem Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) angenommene Invalideneinkommen in einem Ausmass, das für sich allein

schon eine Reduktion auf eine Dreiviertelrente rechtfertigt (vgl. E. 2 und 3.1 des erwähnten Urteils, Urk. 8/173/5 ff.). Dies wurde von der Beschwerdeführerin auch nicht bestritten, welche im Hauptantrag die Weiterausrichtung der gesetzlichen Leistungen, namentlich eine «reduzierte Rente», ab 1. Oktober 2021 verlangte ( Urk. 1 S. 2). Ob zusätzlich ein Wiedererwägungsgrund nach Art. 53 Abs. 2 ATSG vorliegt (vgl. Rückweisungsentscheid E. 3.6, Urk. 8/173/10) kann somit offen bleiben .

### **E. 20**

; Tabelle

T39 Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 2010-2020) nichts ändert.

Es mag zutreffen, dass die Beschwerdeführerin langjährige Erfahrung im Gastrobereich hat (vgl. Urk. 1 Ziff. 23), doch verfügt sie nach eigenen Angaben neben dem Handelsdiplom inzwischen auch über praktische Erfahrung im kaufmännischen Bereich. Darüber hinaus ist gerade in der Gastronomie der Leistungsdruck in den Stosszeiten erhöht und lässt sich diese schlecht mit den geklagten Fussbeschwerden vereinbaren.

Soweit die Beschwerdeführerin erneut die Möglichkeit zum Ausbau ihres Arbeitspensums an der aktuell gut bezahlten Arbeitsstelle erhalten sollte, ist zu beachten , dass Prof. B.\_\_\_\_\_

hierfür eine etwas geringere Arbeitsfähigkeit von 60 % postulierte (vgl. E. 5.2), woraus gestützt auf den aktuellsten Arbeitsvertrag jedoch ein Jahreseinkommen von Fr. 48'750.-- (=  $0.6 \times 5 \times \text{Fr. } 16'250 \text{.--}$  , Urk. 8/170/7 ) bzw. ein Invaliditätsgrad von nur 25 % resultieren würde . 8.3

Bezüglich des Fussleidens besteht weder eine somatische noch psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, weshalb sich hierfür entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 Ziff. 24) kein leidensbedingter Abzug rechtfertigt. Immerhin dürfte sich die gutachterlich forcierte Verteilung der möglichen Arbeitsleistung auf mehrere Tage mit Ruhepausen günstig auswirken .

Ferner kann die neuropsychologische Abklärung nicht dahingehend ausgelegt werden, dass der Beschwerdeführerin letztlich nur eine Tätigkeit ohne Leistungsdruck zumutbar wäre (vgl. Urk. 1 Ziff. 24). Aus dem entsprechenden Bericht geht klar hervor, dass eine Tätigkeit

am Buffet oder auch die aktuell ausgeübte Tätigkeit bei guter Gesundheit gut möglich ist. Dass die Psychologinnen der Psychiatrie Q.\_\_\_\_ es befürworteten, die Belastung an weiteren Tagen vorsichtig und allmählich sowie nach Massgabe der psychiatrischen Beurteilung zu steigern, ändert hieran nichts und hängt mit den als gegeben vorausgesetzten Zuweisungsdiagnosen zusammen. Damit sind seit vielen Jahren keine Gründe für einen leidensbedingten Abzug ersichtlich.

Im Übrigen kann eine psychisch bedingt verstärkte Rücksichtnahme seitens Vorgesetzter und Arbeitskollegen nach der Gerichtspraxis in der Regel nicht als eigenständiger Abzugsgrund anerkannt werden, ebenso wenig etwa das Risiko von vermehrten gesundheitlichen Absenzen, ein grösserer Betreuungsaufwand oder weniger Flexibilität, was das Leisten von Überstunden etwa bei Verhinderung eines Mitarbeiters anbetrifft (Urteil des Bundesgerichts 9C\_266/2017 vom 29. Mai 2018 E. 3.4.2; vgl. auch Urteil 9C\_233/2018 vom 11. April 2019 E. 3.2 mit Hinweisen). Bis auf das nicht repräsentative Jahr 2021 sind seit vielen Jahren zudem auch keine zusätzlichen Arbeitsausfälle dokumentiert. 8.4

Von der Beschwerdeführerin nicht moniert wurde die Herabsetzung auf eine Dreiviertelsrente per 1. Juni 2018. Es kann auf den Einkommensvergleich im angefochtenen Entscheid verwiesen werden (vgl. auch Rückweisungsentscheid IV.2018.00451 E. 2.3-4, Urk. 8/173/6 f.). Für das Valideneinkommen kann ergänzend auf das in E. 8.1 Ausgeführte verwiesen werden; das Invalideneinkommen wurde ohnehin anhand der über Jahre tatsächlich erzielten Einkünfte festgesetzt. 9.

Bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, sind nach mindestens fünfzehn Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, praxisgemäss in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten. Ausnahmen von der diesfalls grundsätzlich ("vermutungsweise") anzunehmenden Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen namentlich dann vor, wenn die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, wenn die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder wenn sie über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt. Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und/oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren (vgl. BGE 145 V 209 E 5.1 mit diversen Hinweisen).

Die Beschwerdeführerin bezieht inzwischen zwar seit mehr als 15 Jahren eine Rente. Es besteht jedoch keine Absenz vom Arbeitsmarkt; vielmehr hat sie sich bereits im Jahr 2008 selbst wieder in den ersten Arbeitsmarkt eingegliedert und seither gearbeitet. Dass sie trotz einer Restarbeitsfähigkeit von 60% in der aktuellen Tätigkeit nur 20 bis 40% arbeitete, erklärt sich vorderhand mit betriebsorganisatorischen Gründen. Zudem ist ihr ein

Vollzeitpensum (mit reduzierter Leistungsfähigkeit) möglich, was die Stellensuche zusammen mit der ihr noch verbleibenden längeren Erwerbsdauer erleichtert, sollte eine Aufstockung beim aktuellen Arbeitgeber nicht möglich sein.

Soweit die mittlerweile 51-jährige Beschwerdeführerin eine Umschulung im Sinne einer dreijährigen

Ausbildung zur Medizinischen Praxisassistentin (MPA) verlangte (Urk. 1 Ziff. 28), beträgt der von der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich vorgeschlagene Mindestlohn für das Jahr 2022 Fr. 4'200.-- pro Monat bzw. Fr. 25.20 pro Stunde (plus Zuschläge für Ferien etc.). Die Erfahrungszulage beträgt Fr. 100.-- pro Jahr (vgl.

<https://mpa-schweiz.fmh.ch/aus-und-weiterbildung/kantonale-lohnempfehlungen.cfm>, besucht am 13. Mai 2022). Es ist daher nicht ersichtlich, inwiefern sich eine entsprechende Ausbildung mit Blick auf den obgenannten Tabellenlohn respektive das aktuelle Gehalt rechtfertigen würde. Im Übrigen

kann diese gelernte Tätigkeit kaum als weniger anspruchsvoll als die aktuelle Tätigkeit bezeichnet werden. So zeichnet sich eine MPA insbesondere durch die Fähigkeit aus, am Telefon eine Triage der Patienten vorzunehmen, während die Beschwerdeführerin angeblich bereits mit dem Empfang der Patienten

überfordert war (vgl. Urk. 6 S. 6). Diese Tätigkeit lässt also auch kein höheres Einkommen infolge einer höheren Leistungsfähigkeit erwarten. 10.

Zusammenfassend ist somit aufgrund des langjährigen tatsächlichen Verdienstes der Beschwerdeführerin über dem angenommenen Invalidenkommen sowie dem Ergebnis der Begutachtung, an welchem die von der Beschwerdeführerin eingereichten ärztlichen Stellungnahmen keine Zweifel zu wecken vermögen, die Herabsetzung auf eine Dreiviertelsrente per 1. Juni 2018 sowie die anschliessende Aufhebung derselben per 1. Oktober 2021 zu bestätigen. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. Das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde wird mit dem heutigen Urteil gegenstandslos. 11.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- festzusetzen. Die Kosten sind entsprechend dem Verfahrensausgang der Beschwerdeführerin 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 zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Fiona Carol Forrer unter Beilage einer Kopie von Urk. 16 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes

gesetzes 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, zuzustellen.

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 beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin VogelBonetti

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