

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00573 vom 12. Mai 2023**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-05-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2021.00573](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00573)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00573 du 12 mai 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00573 del 12 maggio 2023

## **Erwägungen**

### **E. 1**

). Gestützt darauf wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren der Versicherten mit Verfügung vom 6. Dezember 2017 ab (Urk. 10/105). Aufgrund eines Berechnungsfehlers ersetzte sie diese Verfügung und wies das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 18. Dezember 2017 bei einem Invaliditätsgrad von 15 % ab (Urk. 10/115).

#### **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 die angefochtene Verfügung vor dem 1. Januar 2022 erging, sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden (BGE 148 V 174 E. 4.1).

#### **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**

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 13

#### **E. 1.5**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

3 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hierauf zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht ( Urteil des Bundesgerichts 9C\_351/2020 vom 21. September 2020 E. 3.1, insbesondere mit Hinweis auf

BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b ). 1. 6

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. 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 so mit 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). 1. 7

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) ab gegeben 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. 1.8**

Rechtsprechungsgemäss liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1, 131 V 49 E. 1.2, je mit Hinweisen).

Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG).

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

Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_520/2019 vom 22. Oktober 2019 E. 6.1 und 9C\_371/2019 vom 7. Oktober 2019 E. 5.1.2). 2.

## **E. 2**

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 22. September 2021 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben, und es sei ihr spätestens ab dem 1. Juli 2019 eine ganze, unbefristete Invalidenrente zuzu sprechen (Urk. 1 S. 2). Mit Eingabe vom 7. Oktober 2021 legte die Beschwerdeführerin einen Verlaufsbericht der Klinik A.\_\_\_\_

AG, Psychiatriezentrum B.\_\_\_\_, vom 16. September 2021 auf (Urk. 6-7). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Vernehmlassung vom 1. November 2021 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 2. November 2021 angezeigt wurde (Urk. 11). Mit Referentenverfügung vom 2. Dezember 2021 wurde der Beschwerdegegnerin eine Frist von 30

Tagen auf erlegt, um durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) und/oder die Gutachter der Z.\_\_\_\_ zum Verlaufsbericht der Klinik A.\_\_\_\_ AG, Psychiatriezentrum B.\_\_\_\_, vom 16. September 2021 Stellung zu nehmen (Urk. 12), was die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 9. Dezember 2021 als nicht zulässig er achtete (Urk. 13). Die Beschwerdegegnerin erstattete nach erstreckter Frist (Urk. 14) am 16. Februar 2022 eine Stellungnahme (Urk. 15), unter Beilage der Stellungnahme des RAD vom 25. Januar 2022 (Urk. 16/1) sowie der Stellungnahme der Gutachter der Z.\_\_\_\_ vom 20. Januar 2022 (Urk. 16/2), und hielt am Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest. Nach erstreckter Frist (Urk. 19) äusserte sich die Beschwerdeführerin zur Stellungnahme der Beschwerdegegnerin (Urk. 20), unter Beilage des

Fachartikels «Versicherungsmedizinische Begutachtung der Posttraumatischen Belastungsstörung» von C.\_\_\_\_

aus dem Jahr 2016 (Urk. 21/1), einer Stellungnahme der Klinik A.\_\_\_\_ AG, Psychiatriezentrum B.\_\_\_\_, vom 14. März 2022 (Urk. 21/2) sowie eines Datensticks mit einer Aufnahme aus der Sendung «Kassensturz» vom 25. Januar 2022 (Urk. 21/3). In der Folge verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine weitere Stellungnahme (Urk. 23), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 3. Mai 2022 angezeigt wurde (Urk. 24).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen, die Beschwerdeführerin sei gemäss der gutachterlichen Einschätzung in einer angepassten Tätigkeit nicht eingeschränkt. Das Gutachten sei nachvollziehbar und überzeugend. In Bezug auf die postulierte posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) sei darauf hinzuweisen, dass die Symptome gemäss den ICD-10-Kriterien innert sechs Monaten nach dem Ereignis auftraten. Eine entsprechende Diagnose sei gutachterlich weder im Jahr 2017 noch im Jahr 2020 gestellt worden; die behandelnden Ärzte hätten zudem keine Symptomvalidierung durchgeführt. Es lägen sodann deutliche Hinweise für eine Aggravation vor, weswegen der Schweregrad der depressiven Symptomatik nicht beurteilt werden können. Die Einwände hinsichtlich der Qualifikation der Gutachter des Z.\_\_\_\_ seien sodann unbegründet (Urk. 2).

## **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin führte demgegenüber aus, die Gutachterstelle Z.\_\_\_\_ sei nicht seriös und das Gutachten vom 9. Oktober 2020 daher – aus in der Beschwerde näher dargelegten Gründen – nicht verwertbar (Urk. 1 Rz 6.4-6.9). Auch inhaltlich vermöge es nicht zu überzeugen. Es sei von den behandelnden Ärzten mehrfach eine PTBS diagnostiziert worden. Die begutachtende Psychiaterin habe jedoch trotz der Ausführungen der Beschwerdeführerin, zwischen dem 6. und 13. Lebensjahr und vom 15. oder 16. Lebensjahr bis zur Heirat mehrfach durch zwei Nachbarn und einen Verwandten vergewaltigt worden zu sein, keine weiteren Abklärungen vorgenommen und nicht einmal mit der behandelnden Therapeutin Rücksprache genommen. Eine eingehende Auseinandersetzung mit den Vorakten habe nicht stattgefunden (Urk. 1 Rz 5.23.6). Dafür sei in der Klinik A.\_\_\_\_ AG eine umfassende Testung durchgeführt worden, wobei die Diagnose einer komplexen PTBS mit Verlaufsbericht vom 16. September 2021 verifiziert und objektiviert worden sei (Urk. 6 und Urk. 7).

Eine PTBS könne sich überdies in einem Viertel der Fälle erst Monate oder gar Jahre nach dem traumatisierenden Ereignis entwickeln

(Urk. 20).

3.

Die Beschwerdegegnerin stütze sich in der unangefochten gebliebenen Verfügung vom 18. Dezember 2017 (Urk. 10/115, vgl. Urk. 10/104/4) auf das interdisziplinäre Gutachten der Medas

Y.\_\_\_\_ vom 19. Juni 2017, welches auf internistischen, rheumatologischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchungen basierte (Urk. 10/87/20

S. 19

und Urk. 10/87/34 S. 33), und in welchem die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt wurden, wobei aus psychiatrischer Sicht das Bestehen einer Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verneint wurde

(Urk. 10/87/35 S. 34): - chronisches, therapierefraktäres, degenerativ und weichteilrheumatisch bedingtes myofasziales

Schmerzsyndrom mit/bei - vertebralem und möglichem zeitweiligem

spondylogenen Beschwerden, cervical rechtsbetont, sowie

thorakal und lumbal, zum Untersuchungszeitpunkt ohne Hinweise auf eine Radikulopathie cervical, thorakal und lumbal. Degenerative Veränderungen cervical C3-C6. Status nach Morbus

Scheuermann thorakolumbal und Degeneration L5/S1 - PHS (Periarthritis humero-scapularis) rechtsbetont ohne bildgebend fassbares Resultat, DD

(Differentialdiagnose): vertebralem - Epikondylopathie rechtsbetont, wahrscheinlich ebenfalls vertebralem - bilateraler, linksbetonter Gonarthrose mit Status nach Arthroskopie und Osteotomie - rezidivierende Drehschwindelattacken (ICD -

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 6.1**

Die Beschwerdeführerin brachte vor, es sei erstaunlich, dass der IV-Grad nach der gemischten Methode berechnet worden sei, seien die Kinder der Beschwerdeführerin doch unlängst volljährig, weshalb sie, wäre sie gesund, ein 100 %-Pensum verrichten würde beziehungsweise auch verrichten müsste, da sie in sehr angespannten finanziellen Verhältnissen lebe (vgl. die Vorbringen in Urk. 1 Rz 5.12 und Rz 5.26) .

#### **E. 6.2**

Bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand sind auch veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E.

2.3, 134 V 131 E.

3). Ein Revisionsgrund kann unter Umständen 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).

#### **E. 6.3**

Die Beschwerdeführerin war im Juli 2013, als gemäss ihrer Erstanmeldung die gesundheitliche Beeinträchtigung eingetreten ist (Urk. 10/2/7), zu 50 % erwerbs tätig. Das jüngere Kind war damals

bereits 14 Jahre alt; dennoch hatte sie ihr Arbeitspensum bis dahin nicht erhöht gehabt (beispielsweise auf 60, 70 oder 80 %). Sie

war zudem beim Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) mit einer Vermittlungsfähigkeit von wiederum 50 % angemeldet ( Urk. 10/37; vgl. auch Urk. 10/108). In der rentenabweisenden Verfügung vom 18. Dezember 2017 ging die Beschwerdegegnerin daher von einer Qualifikation der Beschwerdeführerin von zu 50 % erwerbstätig und zu 50 % im Haushalt tätig aus. Diese Verfügung wurde nicht angefochten und damit wurde auch die Qualifikation nicht in Frage gestellt , was bereits für das damalige Einwandverfahren

gilt; im Einwandverfahren

wurde sogar auf den Haushaltsbereich Bezug genommen und geltend gemacht, die Beschwerdeführerin sei auch dort massgeblich eingeschränkt (vgl. den Einwand vom 22. August 2017 [Urk. 10/95] sowie dessen ergänzende Begründung vom 28. September 2017 [Urk. 10/99]).

#### **E. 6.4**

Dafür, dass die Beschwerdeführerin ihr Arbeitspensum ohne Eintritt des Gesundheitsschadens nach Juli 2013 erhöht hätte, bestehen keine Anhaltspunkte. Wie bereits erwähnt, war das jüngere Kind zu diesem Zeitpunkt bereits 14-jährig, was eine Pensumserhöhung bei angespannten finanziellen Verhältnissen durchaus bereits zu einem früheren Zeitpunkt erlaubt hätte. Dass die Beschwerdeführerin aktuell in sehr angespannten finanziellen Verhältnissen leben soll (Urk. 1 Rz 5.12), wurde zwar nicht dargelegt – sie lebt

zusammen mit ihrem Ehemann sowie den beiden erwachsenen Kindern, wobei zumindest der Sohn sowie der Ehemann erwerbstätig sind ( vgl. Urk. 10/155 S. 71 und S. 151) , und sie hat keinen Antrag auf Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege gestellt. Doch selbst wenn aktuell die finanziellen Verhältnisse angespannt wären, wäre damit noch nicht belegt, dass die Beschwerdeführerin ohne Eintritt des Gesundheitsschadens ihr Arbeitspensum erhöht hätte , sind die aktuellen finanziellen Verhältnisse doch gerade auf den Umstand zurückzuführen, dass bei ihr ein Gesundheitsschaden eingetreten ist und sie dadurch ihre bisherige Tätigkeit nicht mehr ausüben kann. 7.

Nebst dem Umstand, dass keine Veränderung des Gesundheitszustands aus gewiesen ist, bestehen somit auch keine anderen Revisionsgründe. Damit hat die Durchführung eines Einkommensvergleichs zu entfallen und ist die Beschwerde abzuweisen . 8 .

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 Fr.

1'000.-- festzulegen (Art.

69 Abs.

1 bis IVG). Diese sind auf Fr.

9 00.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen . Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tobias Figi - 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 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 Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind bei zulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grieder-Martens Tiefenbacher

ATSG) sind.

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

#### **E. 9**

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

#### **E. 10**

H81) - DD :

Vestibularisparoxysmie bei Nachweis eines neurovaskulären Kontaktes beidseits ( Nervus vestibulocochlearis und AICA; rechts vor Eintritt in den Meatus

acusticus

internus, links auf

Höhe des zisternalen Anteils) - allergisches Asthma Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden die folgenden genannt (S. 34): - leichtgradige depressive Symptomatik, höchstens im Sinne einer leicht gradigen depressiven

Episode gemäss ICD-10 F32.00 - beginnendes obstruktives Schlafapnoesyndrom - Status nach Eradikation Helicobacter pylori Gastritis 02/16 - Status nach Urosepsis 01/16 - Adipositas (BMI 32.8) Zusammenfassend gelangten die Gutachter zum Schluss, die Versicherte sei aus interdisziplinärer Sicht in der bisherigen Tätigkeit nicht mehr als arbeitsfähig zu beurteilen. In einer angepassten Tätigkeit bestehe bei einer 8.5-stündigen Präsenzzeit eine 20%ige Leistungsminderung. Weder retrospektiv noch aktuell könne aus versicherungsmedizinischer Sicht eine höhergradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Eine angepasste Tätigkeit müsse die folgenden Kriterien erfüllen: Der Explorandin seien leichte wechselbelastende Tätigkeiten zumutbar. Zu achten sei auf die reduzierte Belastbarkeit der Wirbelsäule und insbesondere des linken Kniegelenkes, somit seien repetitives Bücken und Heben, Ziehen und Stossen, langes Stehen, das Überwinden von Hindernissen beim Marschieren, ausschliessliches Stehen oder Sitzen zu vermeiden. Regel mässige Arbeiten mit Absturzgefahr oder das gewerbsmässige Führen von Fahrzeugen müssten vermieden werden. Tätigkeiten, bei welchen die Beschwerdeführerin mit Allergenen in Kontakt treten könnte, seien ebenfalls nicht zu empfehlen. Grundsätzlich seien berufliche Massnahmen ab sofort zumutbar. Da bei müssten die oben empfohlenen Einschränkungen und auch die Einschränkungen der Leistungsminderung berücksichtigt werden. Es werde grundsätzlich von einer günstigen Prognose ausgegangen, wobei auch eine Zunahme der Gonarthrose und in diesem Zusammenhang eine operative Prothesenversorgung längerfristig in Betracht gezogen werden müsse. Ansonsten empfehle sich die Weiterführung von symptomatischen Behandlungsmassnahmen.

Rehabilitationsmassnahmen seien aus gutachterlicher Sicht

nicht notwendig (S. 42) . 4. 4.1 4.1.1

Im Nachgang zur Neuanmeldung vom 18. Januar 2019 (Urk. 10/119) wurden in psychiatrischer Hinsicht die folgenden medizinischen Berichte aufgelegt.

Im Austrittsbericht der Klinik A.\_\_\_\_ AG, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in D.\_\_\_\_ , vom 24. Januar 2019 über die Hospitalisation vom 3. Dezember 2018 bis 21. Januar 2019 wurden die folgenden psychiatrischen Diagnosen aufgeführt (Urk. 10/125/1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) In der soziobiografischen Anamnese wurde unter anderem festgehalten, in der Jugend habe es traumatische Erlebnisse gegeben (Urk. 10/125/4). Weiter wurde festgestellt, die Beschwerdeführerin habe über den gesamten Verlauf (der Hospitalisation ) unter verschiedensten somatischen Beschwerden und Schmerzen einhergehend mit Anspannung, Antriebsminderung, Ängsten, Gedankenkreisen, Grübeln, Unruhe und Erschöpfung gelitten. Dissoziative Tendenzen, Alpträume und Flashbacks würden zur differenzialdiagnostischen Abklärung einer post traumatischen Belastungsstörung führen. Zusätzlich seien als traumaspezifische Symptome Intrusionen, Erinnerungslücken, fehlendes Sicherheitsgefühl, Hyperarousal und Hypervigilanz sowie Vermeidungsverhalten evaluiert worden, die in Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen stünden, sodass die entsprechende Diagnose manifest vergeben worden sei . Es sei ein Vorgespräch für eine stationäre Traumatherapie in der Psychiatrie E.\_\_\_\_

aufgegleist worden (Urk. 10/125/5). 4.1.2

Im Bericht der Psychiatrie E.\_\_\_\_ , Standort F.\_\_\_\_ , vom 4. Februar 2019 betreffend das Vorgespräch für eine stationäre Traumatherapie wurde festgehalten, vor etwa fünf Jahren habe sich das Leben der Beschwerdeführerin in Folge eines Erschöpfungszustandes bei einer hohen Belastung durch Arbeit, Erziehung der Kinder und Haushaltsführung durchgreifend geändert. Symptome einer Traumafolgestörung, die auf einen schweren sexuellen Missbrauch in der frühen Kindheit zwischen dem vierten und ca. zwölften Lebensjahr zurückzuführen seien, hätten sich seit her erheblich verstärkt. Die Beschwerdeführerin beschreibe, dass sie bereits seit der frühen Jugend an Nachhallerinnerungen scham- und angstbesetzter Ereignisse der frühen Kindheit leide, wobei sie stets versucht habe , diese durch ein hohes Mass an Aktivität nicht wahrzunehmen. Die Erinnerungen bezögen sich auf sexuelle Übergriffe im Alter von 4-12 Jahren durch einen Nachbarn und An gehörige sowie einen Unfall, bei dem sie in die Lebensrettung eines Täters un mittelbar involviert worden sei. Vor Beginn des Erschöpfungszustands vor fünf Jahren habe sie jedoch ein aktives Leben geführt, sich offen in der Gesellschaft bewegt, mit ihren Kindern Velotouren und Schwimmbadbesuche unternommen sowie deren gesamte Erziehung gemeistert und die Familie durch regelmässige Arbeit auch finanziell unterstützt (Urk. 10/125/ 5 3-56 S. 1 f. ). 4.1. 3

Im Austrittsbericht der Klinik A.\_\_\_\_ AG, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in D.\_\_\_\_ , vom 10. Juli 2019 über die Hospitalisation vom 21. Mai bis 3. Juni 2019 wurden die bereits im Bericht vom 24. Januar 2019 auf geführten Diagnosen (E. 4.1.1) wiederholt (Urk. 10/134/1 -4 S. 1 ). Im Längsschnitt der Behandlung sei eine Teilremission der depressiven Symptomatik erreicht worden (S. 3). 4.1.4

Im Bericht der Psychiatrie E.\_\_\_\_ vom 12. September 2019 über die stationäre Behandlung vom 3. Juni bis 2. September 2019 wurden in psychiatrischer Hinsicht die folgenden Diagnosen gestellt (Urk. 10/133/1): - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - chronisches Schmerzsyndrom nach Gebershagen Stadium III Es wurde festgehalten, bei der Beschwerdeführerin bestünden schwere Missbrauchs- und Gewalterfahrungen in Kindheit und jungem Erwachsenenalter. Es hätten sich eine posttraumatische Belastungsstörung mit Symptomen aus allen drei

Clustern sowie eine langjährige chronische Schmerzstörung entwickelt. Es sei nach einigen Wochen der Behandlung möglich gewesen, im Rahmen der an gewandten narrativen Expositionstherapie mit der Beschwerdeführerin eine voll ständige Lebenslinie zu legen und in der Folge in Traumakonfrontationen Ereignisse aus dieser aufzuarbeiten. Dabei seien sowohl intrafamiliäre gewalt same Konfliktsituationen im Elternhaus als auch wiederholte Missbrauchs situationen zur Sprache gekommen, welche die Beschwerdeführerin in ihrer Kind heit an einem nahegelegenen Bauernhof in B.\_\_\_\_ und durch einen Nachbarn wiederholt habe erleben müssen. Ausserdem seien sexuelle Übergriffe durch einen entfernten Verwandten zur Sprache gekommen, welcher die Beschwerdeführerin sogar noch nach ihrer Eheschliessung wiederholt sexuell missbraucht habe. Nach anfänglicher extremer Scham sei es der Patientin gelungen, immer wieder die erlebten Traumata in den Konfrontationssitzungen vollständig zu reproduzieren. Zu Beginn habe sie während dieser Konfrontationen immer wieder Panikattacken erlebt oder sich am Ende eines Gesprächs auf den Boden gelegt, wobei sie selber angegeben habe, dass dieses Verhalten ihr Erleichterung verschaffe. Im Verlauf der stationären Therapie habe dieses Verhalten jedoch deutlich abgenommen (Urk. 10/133/3) . 4.1. 5

Im Verlaufsbericht der Klinik A.\_\_\_\_ AG, Psychiatriezentrum B.\_\_\_\_ , vom 25. November 2019 (Urk. 10/137/2 -5 ) sowie im Bericht an die Beschwerde gegnerin v om 24. März 2020 (Urk. 10/144/2- 7 ) hielt G.\_\_\_\_ , Ober psychologin/ Somnologin , Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin, fest, die Beschwerdeführerin befinde sich seit Mai 2016 in psychiatrischer/

psychotherapeutischer Behandlung. Sie habe berichtet, in der Psychiatrie E.\_\_\_\_ gewesen zu sein zur Traumatherapie. Dies habe bloss geholfen hinsichtlich des Verstehens der Erkrankung. Aber in Bezug auf die Flashbacks und In trusionen und auch die Erinnerungen und belastenden Träume habe dies nichts gebracht. Sie fühle sich belasteter, da alles wieder hochgekommen und noch viel schlimmer sei als vorher. Auch die depressive Symptomatik habe sich nicht zurückgebildet. 4.1.6

Im Kurzaustrittsbericht vom 11. September 2020 der Klinik H.\_\_\_\_

über den Auf enthalt der Beschwerdeführerin vom 13. August bis 11. September 2020 wurden die folgenden psychiatrischen Diagnosen aufgeführt (Urk. 10/153 /1 ): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) Es wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin sei durch das Psychiatriezentrum B.\_\_\_\_ zur Zustandsstabilisierung zugewiesen worden. Sie habe, soweit die chronischen Schmerzen es zugelassen hätten, am multimodalen Behandlungs programm teilgenommen. Die Beschwerdeführerin habe zwar angegeben, von der Distanz zu den häuslichen Belastungsfeldern profitiert zu haben, dennoch habe sie keine signifikante Verbesserung auf Symptomebene erzielen können . Eine An passung der Psychopharmakatherapie sei derzeit von der Beschwerdeführerin ab gelehnt worden (Urk. 10/153/2). 4.2

#### 4.2.1

Im polydisziplinären Gutachten der Z.\_\_\_\_ vom 2. beziehungsweise 9. Oktober 2020 , welches auf internistischen, orthopädischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchungen basiert (Urk. 10/155 /6 S. 1 ), wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt ( S. 6 ): - bildmorphologisch deutlich

degenerative spinale Veränderungen cervical mit geringer Funktionseinschränkung ohne sensomotorisches Defizit - Gonarthrose beidseits (links mehr als rechts), ohne namhafte Funktions einschränkung - Partialruptur der Supraspinatussehne linke Schulter, ohne namhafte

Funktionseinschränkung - Haglund -Exostose rechts Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter folgende (S. 6 ): - chronisch obstruktive Lungenerkrankung - Adipositas Grad I - Hashimoto-Thyreoiditis, ED 2017 (medikamentös substituiert, euthyreot) - mögliche Migräne - depressives Syndrom unklarer Ausprägung (ICD-10: F32.8) - anamnestisch Fehlmedikation mit einem Benzodiazepin (negativer Labor nachweis) Die Gutachter hielten in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung fest, die Versicherte trage vorrangig eine psychische Beeinträchtigung und diffuse intensive Schmerzen vor. Die hiesigen Befunde zeigten vorrangig ein erheblich verfälschendes Antwortverhalten in der Symptomvalidierung und im Labor keine nachweisbaren Spiegel der angegebenen Analgetika, was den gesamten Beschwerdevortrag in Zweifel ziehe. Die objektiven degenerativen ortho pädischen Befunde seien somit allenfalls geeignet, eine qualitative Minderung der Arbeitsfähigkeit (Vermeidung von Tätigkeiten mit ständigem Stehen und Gehen sowie häufigen Zwangshaltungen der Wirbelsäule) zu begründen, nicht jedoch das reklamierte Ausmass der Schmerzen und sonstigen Beschwerden. Eine konsistente dauerhafte/invalidisierende psychiatrische Gesundheitsstörung lasse sich nicht herausarbeiten und von den Hinweisen auf eine deutliche Aggravation ausreichend abgrenzen. Das vorliegende depressive Syndrom könne zudem durch eine Ordnung der Medikation und gegebenenfalls Intensivierung der Behandlung aussichtsreich gebessert werden . Die aktenkundige Einschätzung einer PTBS sei bei Prüfung der ICD-10-Kriterien nicht zu bestätigen, zumal die Vorberichte auch keine Symptomvalidierung ausreichend erkennbar einbezögen. Das aktenkundig genannte depressive Syndrom könne angesichts der deutlichen Hinweise auf eine Aggravation zumindest nicht im Sinne einer dauerhaften Störung interpretiert werden (S. 4-5 ). Die Gutachter gelangten zum Schluss, die bisherige Tätigkeit sei der Versicherten unverändert seit dem Vorgutachten im Jahr 2017 nicht mehr zumutbar. In einer angepassten Tätigkeit bestehe hingegen in quantitativer Hinsicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 8). Die objektiven degenerativen ortho pädischen Befunde seien allenfalls geeignet, eine qualitative Minderung der Arbeitsfähigkeit (Vermeidung von Tätigkeiten mit ständigem Stehen und Gehen sowie häufigen Zwangshaltungen der Wirbelsäule) zu begründen (S. 7). 4.2.2

Der begutachtende Internist hielt insbesondere fest, die Versicherte betrete den Untersuchungsraum mit langsamem und schleppendem Gangbild. An- und Aus kleiden gelängen eigenständig und flüssig im Sitzen mit einem zu beobachtenden freien kraftvollen Einsatz beider Arme, Hände und Finger, ohne Schmerz reklamation. Es seien kein Schonsitz und keine Schonhaltungen zu beobachten . Während der 90-minütigen Begutachtung wirke die Versicherte nicht schmerz geplagt (Diskrepanz zur angegebenen Schmerzintensität) oder anderweitig beeinträchtigt. Die äussere Erscheinung sei gepflegt. Die Versicherte sei stets attent , aufmerksam, freundlich und kooperativ (S. 72). Die Labordiagnostik vom 29. Juni 2020 zeige, dass die Medikamentenspiegel für Quetiapin, Metamizol und Dafalgan unterhalb des therapeutischen Bereichs bei sonst internistisch relevant unauffälligen Laborergebnissen mit Euthyreose lägen (S. 75). Während der internistischen Untersuchung zeigten sich mehrfach Hinweise auf Inkonsistenzen und beschwerdeverdeutlichendes Verhalten. Für die anamnestisch reklamierte

Schmerzintensität bestehe im klinischen Eindruck kein ausreichendes Korrelat (S. 78 ). Die Beschwellungen der Handflächen und der Fußsohlen seien beidseitig deutlich ausgeprägt und sprächen für eine rege körperliche Aktivität (S. 79). 4.2.3

Der begutachtende Neurologe führte aus, gefragt nach ihren Beschwerden berichte die Versicherte, sie leide unter körperlicher Erschöpfung, lebensmüden Gedanken, Schlafstörungen, Freud- und Selbstlosigkeit und Schmerzen. Zudem leide sie darunter, aufgrund der Schmerzen auf die Hilfe anderer angewiesen zu sein. Die Beschwerden bestünden seit der Kindheit und würden aktuell auf einer Schmerzskala von 1-10 die Intensität 8 erreichen (S. 86). Zum neurologischen Untersuchungsbefund wurde festgehalten, die Versicherte betrete den Untersuchungsraum mit einem flüssigen Gangbild. Das An- und Auskleiden gelinge selbstständig und geschickt. Der Kopf werde spontan frei in alle Richtungen gewandt. Während der gesamten Untersuchung bestünden kein schmerzgeplagter Eindruck, kein Schonsitz, kein Schongang und keine Schonhaltungen. Die Versicherte stehe während der Begutachtung etwa alle 25

Minuten auf und strecke sich für etwa zwei Minuten und gehe im Untersuchungsraum immer umher. Schmerzgeplagt wirke sie währenddessen nicht. Während der Anamneseerhebung und Untersuchung sei ein häufiges Gesticulieren begleitend zum Beschwerdevortrag beobachtbar. Die Beschwerdeschilderung werde durch die Versicherte mit kräftiger Stimme und bestimmt vorgetragen. Auch hierbei wirke sie nicht schmerzgeplagt. Im persönlichen Gespräch meide sie den Blickkontakt (S. 96). Der begutachtende Neurologe hielt weiter fest, in der hiesigen neurologischen Untersuchung zeige sich kein namhaftes objektivierbares nervales Defizit. Ein erhebliches spinales Syndrom liege nicht vor. Radikuläre Reizzeichen seien nicht provozierbar . Sensomotorische Defizite lägen ebenfalls nicht vor und seien nicht provozierbar . Zeitweise klagte die Versicherte bei einfachem Bedrücken von Hautpartien über starke Schmerzen , wenn das Bedrücken vorher angekündigt worden sei; während der Untersuchung mit Berührung und Extremitätenlagerung durch den Gutachter seien dagegen keine Schmerzen angegeben worden. Auch habe die Versicherte dabei nicht schmerzgeplagt gewirkt (S. 100). Zu den im Gutachten der Medas

Y.\_\_\_\_ diagnostizierten rezidivierenden Drehschwindelattacken hielt der begutachtende Neurologe fest, in der aktuellen Untersuchung seien solche nicht provozierbar ; auch sei kein Nystagmus zu erheben. Zudem würden spontan auf Nachfrage hin keine Schwindelbeschwerden geklagt. Mit Bezug zur Einschätzung im Gutachten der Medas

Y.\_\_\_\_ sei anzugeben, dass bildgebende Befunde häufig nicht mit der Beschwerdeschilderung und dem klinischen Untersuchungsbefund korrespondierten. Die Versicherte beklage keinen attackenförmigen Drehschwindel, auch nicht auf Nachfrage hin. Gegen eine aktuelle Gesundheitsstörung aufgrund einer Vestibularisparoxysmie spreche zudem, dass mittlerweile die Therapie hiergegen mit Trileptal ( Oxcarbazepin ) nicht mehr in der Medikamentenliste der Versicherten aufgeführt werde (S. 101). 4.2.4

Der begutachtende Orthopäde gab wieder, die Versicherte berichte von brennenden Schmerzen in beiden Armen von den Schultern bis zu allen Fingern reichend und entlang der Dorsalseite des Armes ausstrahlend. Sie gebe an, nahezu ständig Schmerzen zu haben, die bei geringer Belastung deutlich an Intensität zunehmen. Die Schmerzen lägen minimal bei 7-8, maximal bei 10 und aktuell bei 7-8 auf der fiktiven Schmerzskala von 1-10 (S. 114). Die Versicherte gebe weiter an, Dafalgan, Irfen sowie Novalgin bei Schmerzen

«durcheinander» einzu nehmen. Sie müsse mindestens dreimal täglich auf eines der genannten Schmerzmedikamente zurückgreifen. Bei der Untersuchung würden teilweise demonstrative Schmerzäußerungen auf fallen, in der Kooperation und vom Stressniveau her sei die Versicherte jedoch unauffällig (S. 123). Es sei ein inkonsistentes, linksseitig hinkendes Gangbild beobachtbar. Bei der formellen Überprüfung werde ein Linkshinken demonstriert, beim Gehen in vermeintlich unbeobachteter Situation, ausserhalb des Institutsgebäudes, sei dieses Links hinken nicht mehr erkennbar. Die Absolvierung der Treppe im Institutsgebäude erfolge ohne Wechselschritt mit Nutzung des Handlaufes. Die Versicherte nehme keinen Schonsitz ein; es bestünden jedoch inkonsistente Schonhaltungen des linken Beines. Sodann würden demonstrativ anmutende Schmerzangaben vorgetragen (S. 124). Die inkonsistente Entlastungshaltung des linken Beines, die Diskrepanz im ermittelten Finger-Boden-Abstand und Finger-Zehen-Abstand, für die es keine biologische Plausibilität gebe, sowie das Fehlen einer Myotrophie des linken Beines bei auch aktenkundig beschriebener längerer Schonung sprächen für eine Symptomausweitung und bewusstseinsnahe Beschwerdedemonstration (S. 132). Eine Gewichtsreduktion könne die subjektiven Beschwerden erheblich verbessern, zumal eine namhafte Funktionsstörung nicht vorliege und die Korrelation zwischen degenerativen Bildbefunden und dem klinischen Befund nicht sonderlich stark sei (S. 133). 4.2.5

Die begutachtende Psychiaterin hielt unter dem Titel « Verhaltensbeobachtungen und äussere Erscheinung » fest, die Versicherte wirke in der sozialen Interaktion auffällig leidend und sehr demonstrativ. Es sei die zweite Begutachtung am gleichen Tag, zuvor sei die testpsychologische Zusatzuntersuchung erfolgt, welche abgebrochen worden sei, weil die Versicherte nicht mitgearbeitet habe; sie habe immer wieder angegeben, dass sie nicht mehr könne. Auch hier sei die Versicherte immer wieder stöhnend, leidend und lege mehrfach das Gesicht auf die Arme auf dem Tisch. Nach etwa einer Stunde frage sie wiederholt, wann die Begutachtung zu Ende sei, sie «könne nicht mehr». Es gelinge, sie immer wieder zu motivieren, doch noch mitzumachen. In der sich unmittelbar anschliessenden fachinternistischen Begutachtung werde sie durch den Internisten als freundlich, unauffällig und kooperativ beschrieben, was als erhebliche Inkonsistenz zu werten sei. Auch aktuell in der Exploration bestünden deutliche Hinweise auf verminderte Kooperation und Motivation. Die Versicherte wirke ansonsten ruhig, vermittele einen leidenden Eindruck (S. 152). Die Versicherte sei pünktlich erschienen, wirke altersentsprechend, sei gepflegt gekleidet und dezent geschminkt. Im Gespräch wirke sie sehr theatralisch leidend, stöhnend, zwischenzeitig ruhig und gelassen. Sie berichte mit ausreichender Sprachproduktion mit verlängerten Antwortlatenzen, die Sprachmelodie sei leise, wenig moduliert. Mimik und Gestik wirkten unbeeinträchtigt. Der Rapport sei sehr einsilbig, es müsse immer wieder nachgefragt werden. Die meisten Fragen würden mit negativem Ergebnis beantwortet. Es bedürfe erheblicher Strukturierung durch die Untersucherin. Insgesamt bestehe ein Leiden vermittelnder, theatralischer und verdeutlichender, aber nicht psychisch erheblich beeinträchtigter Eindruck. Im Gespräch werde vereinzelt Augenkontakt gehalten, insgesamt gestalte sich der Kontakt freundlich, aber wenig offen (S. 153). Die Stimmung wirke mittelgradig depressiv, die affektive Schwingungsfähigkeit sei zum negativen Pol hin eingeengt. Themenbezogen weine die Versicherte, ein Lächeln sei nicht zu erhalten. Schuld- und Insuffizienzgefühle würden an gegeben, ebenso ein Freud- und Interessenverlust. Die Versicherte verwende mehrfach den Begriff «Traumafolgestörung» bei der Frage nach depressiven Symptomen. Zur Erklärung sei zu erfahren, dass zwischen dem 6. und 7. Lebensjahr, dann nochmals vom 12. bis 13.

Lebensjahr (auf weitere Nachfrage vom 6. bis 13. Lebensjahr) und vom 15. oder 16. Lebensjahr bis zur Heirat ein Missbrauch (mehrfach Vergewaltigungen durch zwei Nachbarn und einen Verwandten) erfolgt sei. Die Versicherte demonstrierte dabei tränenlose Weinkrämpfe. Weitere vegetative Symptome seien nicht zu beobachten (S. 154-155). Das Beschwerdevalidierungsverfahren habe sodann deutlich den Hinweis auf ein Testartefakt (Symptomausweitung beziehungsweise Simulation) ergeben (S. 161). Die begutachtende Psychiaterin resümierte, in den Vorberichten sei keine Konsistenzprüfung erfolgt, namentlich keine Symptomvalidierung. Die in den Befunden beschriebenen Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Merkfähigkeitsdefizite, teilweise gar Bewusstseins- und Orientierungsstörungen, gingen erheblich über im Rahmen depressiver Episoden zu verstehende kognitive Störungen hinaus, eine kritische Prüfung sei jedoch unterblieben. Auch fehle eine Auseinandersetzung mit den ICD-10-Kriterien einer PTBS. Es bleibe unklar, auf Grund welcher Kriterien eine PTBS attestiert und nicht lediglich auf den anamnestischen Vortrag eines Missbrauchs abgestellt worden sei. Aus jetziger gutachterlicher Sicht halte die Diagnose einer kritischen Prüfung nicht stand, da die ICD-10-Kriterien nicht ausreichend schlüssig vorlägen, insbesondere auch nicht von einem

verfälschenden Antwortverhalten (Symptomvalidierung) abgrenzbar seien. Unter Berücksichtigung aller im Zeitverlauf dokumentierten Befunde, dem Behandlungsverlauf und den aktuell erhobenen Befunden lasse sich somit zusammenfassend eine invalidisierende psychiatrische Erkrankung nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit attestieren

(S. 176). Brüche in der Biografie (Schulabbrüche, Wiederholung von Schuljahren, Konflikte am Arbeitsplatz, häufige Arbeitsplatzwechsel) hätten sich nicht erfragen lassen. Die Versicherte lebe in stabilen familiären Verhältnissen. Hier könne also allenfalls eine Persönlichkeitsakzentuierung mit im Vordergrund stehenden histrionischen Zügen erwogen werden. Die Diagnose einer PTBS könne ebenfalls nicht mit

der notwendigen Wahrscheinlichkeit gestellt werden. Auch unter der Annahme, dass die Versicherte in Kindheit und Jugendzeit mehreren sexuellen Übergriffen / Vergewaltigungen ausgesetzt gewesen sei und hier das A-Kriterium erfüllt wäre, erscheine wenig plausibel, dass sie bei ansonsten unauffälliger beruflicher und familiärer Entwicklung erst zirka 30 Jahre später ihre frühen Erlebnisse thematisiert habe und sich entsprechende Symptome herausgebildet hätten, die zuvor nicht bestanden hätten und auch nie dokumentiert worden seien. Unabhängig davon würden typische Symptome auch nicht berichtet, lediglich die Verwendung des pauschalen Begriffs einer «Traumafolgestörung». Die Achsenkriterien einer PTBS seien nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit erfüllt (S. 176-177). 4.3

Die RAD-Ärzte Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, und Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielten in ihrer Stellungnahme vom 15. Oktober 2020 das Gutachten der Z.\_\_\_\_ für ausführlich, plausibel und nachvollziehbar, weshalb darauf aus interdisziplinär-versicherungsmedizinischer Sicht abgestellt werden könne (Urk. 10/160/7-8). Dies empfahl auch RAD-Arzt Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in seiner Stellungnahme vom 7. Juli 2021 (Urk. 10/173/3-5). 5. 5.1

Das polydisziplinäre Gutachten der Z.\_\_\_\_ vom 2. beziehungsweise 9. Oktober 2020 vermag zu überzeugen. Es erging in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den relevanten Vorakten und den von der Beschwerdeführer in geklagten Beschwerden sowie gestützt auf die umfassenden und sorgfältigen fachärztlichen Untersuchungen. Die Gutachter erhoben detaillierte Befunde und stellten hieraus begründete Diagnosen. Sie legten die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dar

und begründeten ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar. 5. 2

In somatischer Hinsicht gelangten die Gutachter der Z.\_\_\_\_ in Übereinstimmung mit den Gutachtern der Medas

Y.\_\_\_\_ zum Schluss, dass die objektiv erhobenen Befunde das reklamierte Ausmass der Schmerzen und der sonstigen Beschwerden nicht zu begründen vermöchten, wobei die Gutachter der Z.\_\_\_\_ auf im Rahmen ihrer Untersuchungen festgestellte deutliche Inkonsistenzen verwiesen (E. 4.2.2-4.2.4). Auch zeigte die Laboruntersuchung keine nachweisbaren Spiegel der angegebenen Analgetika (E. 4.2.1), obwohl die Beschwerdeführerin angegeben hatte, sie müsse mindestens dreimal täglich auf eines der Schmerzmedikamente Dafalgan, Irfen sowie Novalgin zurückgreifen (E. 4.2.4). Bereits im Gutachten der Medas

Y.\_\_\_\_ wurde festgehalten, bei der durchgeführten Blutprobe sei festgestellt worden, dass die Beschwerdeführerin kein Tramal mehr einnehme und eine regelmässige Einnahme von Dafalgan nicht nachgewiesen sei. Die Resultate des Laborbefunds sprächen dafür, dass die Beschwerdeführerin die verordneten Schmerzmedikamente nicht regelmässig einnehme, was dem von ihr geltend gemachten Leidensdruck entgegenstehe (Urk. 10/87/38 S. 37). Zu einer

von der Beurteilung im Gutachten der Medas

Y.\_\_\_\_

abweichenden Einschätzung gelangten die Gutachter der Z.\_\_\_\_

lediglich hinsichtlich der Auswirkungen, welche die im Fachgebiet der Orthopädie/Rheumatologie objektiv erhobenen Befunde auf die Arbeitsfähigkeit

der Beschwerdeführerin zeitigten. Während die Gutachter der Medas

Y.\_\_\_\_ von einer 20%igen Einschränkung in einer angepassten Tätigkeit ausgingen, erachteten die Gutachter der Z.\_\_\_\_ eine angepasste Tätigkeit in zeitlicher Hinsicht uneingeschränkt für zumutbar, ohne dass sie von einer Verbesserung des Gesundheitszustands ausgegangen wären.

Damit ist grundsätzlich von einer anderen Beurteilung eines unveränderten Sachverhalts auszugehen, hielten die Gutachter der Z.\_\_\_\_

doch im Sinne einer unterschiedlichen Bewertung fest, es lasse sich auch rückblickend keine dauerhafte/invalidisierende Gesundheitsstörung mit Minderung der Arbeitsfähigkeit in den

den

orthopädischen Gesundheitsstörungen angepassten

Tätigkeiten attestieren (Urk. 10/155/

## E. 13

November 2018 E. 4.1.1.2 mit weiteren Hinweisen ). Über eine ( fach )ärztliche Qualifikation verfügt die Psychotherapeutin G.\_\_\_\_

indessen nicht.

Damit ist grundsätzlich auch nicht von Belang, welches Testverfahren sie angewandt hat , und ob sie dafür qualifiziert war . Des Weiteren besteht keine Vorschrift, wonach begutachtende Psychiaterinnen und Psychiater bei behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten Rücksprache nehmen müssten (vgl. das Vorbringen in Urk. 1 Rz 5.23.6).

Nach dem Gesagten erübrigen sich weitere Ausführungen zum im Beschwerde verfahren aufgelegten Verlaufsbericht von G.\_\_\_\_ vom 16. September 2021 (Urk. 7) sowie

zu den dazu erteilten Stellungnahmen des RAD vom 4. Januar 2022 (Urk. 16/1) und der Gutachter der Z.\_\_\_\_ vom 20. Januar 2022 (Urk. 16/2) . Das selbe gilt auch in Bezug auf die in diesem Zusammenhang

vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin in den Eingaben vom 9. Dezember 2021 (Urk. 13) und 5. April 2022 (Urk. 20)

geltend gemachten Einwände sowie in Bezug auf die Ausführungen von Dr. med. L.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitender Arzt in der Klinik A.\_\_\_\_ AG, Psychiatriezentrum B.\_\_\_\_ , im Schreiben vom 14. März 2022 (Urk. 21/2) , soweit sich diese auf die Qualifikation von G.\_\_\_\_ und das von ihr durchgeführte Testverfahren beziehen .  
5.3.3

Dass der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 10. Juni 2020 angezeigt worden sein soll, die psychiatrische Begutachtung am 25. Juni 2020 dauere circa 5 Stunden (Urk. 1 Rz 5.23.6), trifft sodann nicht zu. Im besagten Schreiben wurden den Untersuchungen bei vier Gutachtern an drei Tagen angezeigt (Urk. 10/152/1). Die angegebene Zeitdauer von ca. 5 Stunden betraf somit zwei Untersuchungen vom 25. Juni 2020 ( die psychiatrische Untersuchung von 15.30 bis 17 .00 Uhr und die internistische Untersuchung von 17.00 bis 18.30 Uhr [Urk. 10/155/6 S. 1 ] ). Die psychiatrische Untersuchung dauerte 90 Minuten, was nicht zu beanstanden ist. Dass die Beschwerdeführerin nicht in der Lage gewesen sein soll, innerhalb dieser Zeit über die traumatischen Erlebnisse zu reden (Urk. 1 Rz 5.23.6), leuchtet daher nicht ein. Im Übrigen liegt die Untersuchungsdauer (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C\_528/2014 vom 24. November 2014 E. 4.2) im Ermessen des medizinischen Experten. An dieser Stelle ist festzuhalten, dass für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit die Entstehung der gesundheitlichen Einschränkungen nicht entscheidend ist. So führen selbst erlebte Misshandlungen und sexueller Missbrauch nicht automatisch zu einem Anspruch auf eine Invalidenrente. Dies soll die Erfahrungen der Beschwerdeführerin nicht schmälern .

Doch gemäss den klinisch-diagnostischen Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10 Kapitel V , folgt eine PTBS (ICD-10: F43.1) dem Trauma mit einer Latenz, die Wochen bis Monate dauern kann. Selten tritt eine PTBS mehr als 6 Monate nach dem Trauma auf. Die Störung soll nur dann diagnostiziert werden, wenn sie innerhalb von 6 Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere aufgetreten ist. Eine «wahrscheinliche» Diagnose kann auch dann gestellt werden, wenn der Abstand zwischen dem Ereignis und dem Beginn der Störung mehr als 6 Monate beträgt, vorausgesetzt, die klinischen Merkmale

sind typisch, und es kann keine andere Diagnose gestellt werden (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V, Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., Bern 2015, S. 207-208). Angesichts dessen vermag die Schlussfolgerung der Gutachterin, es erscheine wenig plausibel, dass die Beschwerdeführerin bei ansonsten unauffälliger beruflicher und familiärer Entwicklung erst zirka 30 Jahre später ihre frühen Erlebnisse thematisiert habe und sich entsprechende Symptome herausgebildet hätten, die zuvor nicht bestanden hätten und auch nie dokumentiert worden seien, zu überzeugen, zumal die ICD-10 Kriterien nicht schlüssig vorlagen und die Angaben der Beschwerdeführerin bei der Prüfung der ICD-10-Kriterien nicht von einem verfälschenden Antwortverhalten (Symptomvalidierung) abgrenzbar waren (E. 4.2.5).

Eine PTBS ist damit nicht ausgewiesen. Ein Abstellen auf die Klassifikation ICD-11 ist sodann nicht zulässig. Die angefochtene Verfügung datiert vom 19. August 2021. Zu diesem Zeitpunkt war die ICD-11 von der WHO noch nicht in Kraft gesetzt worden (ICD-11 Implementation or Transition Guide, zu finden auf <https://icd.who.int/en>). Es kann daher offen bleiben, ab welchem Zeitpunkt die ICD-11 in der Schweiz grundsätzlich oder hinsichtlich einer PTBS Anwendung finden sollte (vgl. den Artikel in der Schweizerischen Ärztezeitung « ICD-11 – Empfehlung zur Verwendung in der Psychiatrie » vom 8. März 2023 (<https://saez.ch/article/doi/saez.2023.21604>)). 5.3.4

Auch wenn

nicht auszuschliessen ist, dass eine leichte psychische Beeinträchtigung bestehen könnte, wurde dieser doch bereits im Gutachten der Medas

Y.\_\_\_\_

keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen (E. 3). Das Ausmass des Leidens sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit liessen sich bei der aktuellen Untersuchung aufgrund des nicht authentischen Verhaltens der Beschwerdeführerin jedoch nicht näher feststellen, weshalb die Gutachterin zu Recht die Diagnose eines depressiven Syndroms unklarer Ausprägung stellte und zum Ergebnis gelangte, eine invalidisierende psychiatrische Erkrankung lasse sich nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit attestieren. Eine allenfalls bestehende Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise eine anspruchrelevante psychische Störung blieb trotz entsprechender Abklärungen somit beweislos. Diese Beweislosigkeit wirkt sich nach der allgemeinen, in Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB) verankerten Beweisregel zu Lasten der Beschwerdeführerin aus (vgl. BGE 144 V 427 E).

3.2).

Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens erübrigt sich (E. 1.8). Nach dem Gesagten ist eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands daher nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. 5.4

5.4.1

Die Beschwerdeführerin brachte

im Übrigen vor, die Z.\_\_\_\_ AG sei befangen und deshalb nicht neutral. Die Trägerschaft, die Geschäftsleitung sowie auch die medizinische und administrative Leitung der Z.\_\_\_\_ AG sei in der Person von Prof. Dr. med. M.\_\_\_\_

vereinigt. Für jedes Teil-Gutachten erfolge eine Z.\_\_\_\_-interne Überprüfung durch den Leiter des Instituts. Gemäss einer Einladung vom 2. Juni 2014 zum Thema Vermeidung ungerechtfertigter Krankentaggeld-, IV- und UV-Leistungen halte Prof. M.\_\_\_\_ 67 % sämtlicher bescheinigter Arbeitsunfähigkeitsleistungen im Bereich der Taggeldversicherungen für ungerechtfertigt. Eine solche Einladung sei geeignet, bei objektiver Betrachtungsweise erhebliche Zweifel an der Unvoreingenommenheit des Institutsleiters zu wecken. Würde ein Gutachter im Zivilverfahren solche Werbeveranstaltungen abhalten, würde er von jedem Zivilgericht auf Intervention hin aufgrund fehlender Neutralität/

Objektivität abgelehnt werden. Es sei nicht ersichtlich, weshalb dies im Sozialversicherungsrecht, wo die Untersuchungsmaxime herrsche, nicht auch der Fall sein solle. Gemäss SuisseMED@P Reporting 2015 habe die Z.\_\_\_\_ AG im Jahr 2015 468 Begutachtungen im Auftrag privater Versicherungen durchgeführt, was einem hohen Anteil von 62 % der insgesamt erstatteten Gutachten von 753 entspreche. Sie habe im Jahr 2014 im Vergleich zu anderen Abklärungen stellen weitaus am häufigsten eine volle Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit bescheinigt. Prof.

M.\_\_\_\_ habe sodann in lediglich fünf Jahren einen Umsatz von 14

Millionen Franken erzielt. Prof.

M.\_\_\_\_ dürfe sodann in der Disziplin Neuropsychologie nicht mehr als Gutachter tätig sein, da er seit 1989 keine spezifischen Aus- bzw. Weiterbildungen mehr absolviert habe. Es sei somit er stellt, dass die Z.\_\_\_\_ AG keine seriöse Gutachterstelle und Prof.

M.\_\_\_\_ nicht neutral sei. Deshalb sei das Gutachten nicht verwertbar (Urk. 1 Rz 6.4-6.9). 5.4.2

Zunächst ist festzuhalten, dass allfällige Ausstands- und Ablehnungsgründe gegen die Gutachter unverzüglich, d.h. binnen sechs bis sieben Tagen nach erstmaliger Kenntnisnahme durch die versicherte Person geltend zu machen sind, ansonsten das Recht auf Geltendmachung verwirkt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_828/2019 vom 17. April 2020 E. 3.2 mit Hinweisen). Mit Mitteilung vom 13. Mai 2020 wurde die Beschwerdeführer in sowohl über die Auswahl der Gutachterstelle als auch über die in Aussicht genommenen Gutachter informiert. Sodann wurde ihr bis am 27. Mai 2020 Frist angesetzt, um Ausstands- und/oder Ablehnungsgründe («Einwendungen») gegen eine oder mehrere der genannten Gutachterinnen und Gutachter geltend zu machen (Urk. 10/151). Die Beschwerdeführer in machte keine Ausstands- und/oder Ablehnungsgründe gegen die involvierten Gutachter geltend. Sie ist daher mit ihren nachträglichen Einwendungen gegen einzelne Gutachter grundsätzlich nicht mehr zu hören. Eine persönliche Befangenheit der Gutachter wurde sodann nicht dargetan. 5.4.3

Dennoch ist darauf hinzuweisen, dass die Vorbringen, bei den Gutachtern handle es sich um deutsche Ärzte, weshalb die Neutralität / Seriosität vehement bestritten werden müssen (Urk. 1 Rz 5.23.1),

den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern vermögen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_28/2021 vom 9.

April 2021 E. 5.1 mit Hinweis auf das Urteil 8C\_863/2017 vom 23.

April 2018 E.

3 zu den sog. «fliegenden Gutachtern»).

Gemäss im Zeitpunkt der Begutachtung geltender bundesgerichtlicher Rechtsprechung (auf den per 1.

Januar 2022 und damit nach Verfügungserlass in Kraft getretenen Art.

7m ATSV [ Anforderungen an Sachverständige ] ist nicht einzugehen )

wird für eine Gutachtertätigkeit eine Fachausbildung verlangt, die auch im Ausland erworben werden kann (BGE 137 V 210 E.

3.3.2; Bundesgerichtsurteil 9C\_270/2008 vom 12.

August 2008 E.

3.3). Alle von der Beschwerdegegnerin vorgeschlagenen Ärzte

sind in fachlicher Hinsicht auf ihrem jeweiligen Begutachtungsgebiet mit einem Facharzttitel speziell fachlich qualifiziert : Aus dem öffentlich zugänglichen Medizinalberuferegister

(vgl. [www.medregom.admin.ch](http://www.medregom.admin.ch)) ergibt sich, dass Dr.

N.\_\_\_\_

seit 2017 über den in der Schweiz erworbenen Facharzttitel «Allgemeine Innere Medizin» verfügt . Prof. O.\_\_\_\_

hat seinen Facharzttitel in Neurologie im Jahr 2013 in Deutschland erworben ; der Titel wurde in der Schweiz im Jahr 2016 anerkannt. Dr. P.\_\_\_\_

hat

ihre Facharzttitel in Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie im Jahr 1992 in Deutschland erworben; die Titel wurden in der Schweiz im Jahr 2012 anerkannt. Dr. Q.\_\_\_\_

hat seinen Facharzttitel in Orthopädische r Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates im Jahr 1994 in Deutschland erworben; der Titel wurde in der Schweiz im Jahr 2010 anerkannt. Vom Bundesgericht wurde zwar begrüsst , dass die Zusammenarbeit in den Medas -Gutachterstellen oft nicht mit fest angestellten, sondern mit überwiegend frei praktizierenden Ärzten und Ärztinnen stattfindet, wodurch die für die medizinische Begutachtung so wichtige klinische Erfahrung nutzbar gemacht werde (BGE 137 V 210 E. 3.4 .2.5 ) .

Für eine Gutachtertätigkeit ist jedoch nicht vorausgesetzt, dass die Gutachter neben dieser Tätigkeit noch frei (insbesondere in der Schweiz) praktizieren müssen.

Dass die Beschwerdeführerin mit dem Abklärungsergebnis nicht einverstanden ist, vermag an der Beweiskraft des Gutachtens ebenfalls nichts zu ändern. Es geht um die Aufgaben der Gutachter , den Befund anhand der Klinik zu überprüfen und dessen Auswirkungen bei der Untersuchung und im Alltag substantiiert darzulegen, wozu insbesondere auch Angaben zum beobachteten Verhalten und Feststellungen über die Konsistenz der gemachten Angaben gehören; allein daraus kann deshalb nicht der Anschein der Befangenheit der Gutachter abgeleitet werden (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C\_554/2015 vom 15.

Dezember 2015 E.

3.2.1 mit weiteren Hinweisen). 5.4.4

Der Vorwurf gegen Prof.

M. \_\_\_ zielt sodann ins Leere, zumal er bei der Begutachtung der Beschwerdeführer in nicht einmal beteiligt war ; er hat lediglich das Übermittlungsschreiben an die Beschwerdegegnerin unterzeichnet (Urk. 10/155/1-2) .

5.4.5

Der Vollständigkeit halber ist schliesslich darauf hinzuweisen, dass sich ein Ausstandsbegehren stets nur gegen einzelne Gutachter und nicht gegen die Gutachterstelle als solche richten kann (BGE 137 V 210 E. 1.3.3 mit Hinweisen). Ausserdem schafft das von der Beschwerdeführer in angeführte Honorarvolumen von Prof. M. \_\_\_ beziehungsweise der Gutachterstelle gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung für sich allein keine wirtschaftliche Abhängigkeit einzelner Experten von den IV-Stellen, welche als Ausstandsgrund zu qualifizieren wäre (Urteil des Bundesgerichts 8C\_354/2016 vom 25. Oktober 2016 E. 5.2 mit weiteren Hinweisen). Die Z. \_\_\_ ist sodann nach wie vor als Medas -Gutachterstelle zugelassen und zur Benutzung der elektronischen Signatur autorisiert (vgl. das Dokument «Poly disziplinäre Gutachterstellen, welche über einen Vertrag mit dem BSV nach Artikel 72 bis IVV verfügen», Stand: 8. Februar 2023, zu finden auf der Homepage des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV]). Demzufolge wird sowohl das Argument, seit einem Beitrag aus der Sendung «Kassensturz» vom 25. Januar 2022 sei allen bekannt, wie unseriös bei der Z. \_\_\_ begutachtet werde (vgl. das Vorbringen in Urk. 20 Rz 4.1), als auch das Argument, die Expertise sei von keinem der Gutachter unterzeichnet worden (Urk. 1 Rz 5.23.2 ), entkräftet. 5. 5

Nach dem Gesagten erfüllt das Gutachten die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an beweistaugliche Entscheidungsgrundlagen (E.

1. 7 ). Damit ist eine Veränderung des Gesundheitszustandes mit Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit seit der Verfügung vom 18. Dezember 2017 nicht ausgewiesen. 6.

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