

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00609 vom 31. Januar 2023**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-01-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2021.00609](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00609)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00609 du 31 janvier 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00609 del 31 gennaio 2023

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1973, war von 1991 bis Juni 2012 bei verschiedenen Arbeitgebern in unterschiedlichen Funktionen und von Juni 2012 bis August 2018 bei der Genossenschaft Y.\_\_\_\_

als Kassiererin und Allrounderin angestellt ( Urk. 10/11, Urk. 10/19, Urk. 10/24, Urk. 10/38). Unter Hinweis auf psychische Beschwerden meldete sie sich am 25. Oktober 2017 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 10/11). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog Akten der Krankentaggeldversicherung bei (Urk. 10/12, Urk. 10/21, Urk. 10/52 ) und holte bei der Klinik Z.\_\_\_\_

AG ein interdisziplinäres psychiatrisch-neuropsychologisches Gutachten ein, das am 11. Februar 2019 erstattet wurde (Urk. 10/53 ). Am 20. Februar 2019 (Urk. 10/55) beantworteten die Gutachter die von der Beschwerdegegnerin gestellten Rückfragen (vgl. Urk. 10/54).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 10/71 ; Urk. 10/79; Urk. 10/86 ) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 28. September 2021 mangels Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit einen Rentenanspruch (Urk. 10/95 = Urk. 2).

### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehaltlich 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 (vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C\_251/2022 vom 11. Juli 2022 E. 3.1 und 8C\_804/2021 vom 1. Juni 2022 E. 2.2).

### **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 herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

### **E. 1.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte

wie derjenigen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee ). An die Beweiswürdigung sind jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

### **E. 1.5**

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1).

## **E. 1.6**

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

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 2.

## **E. 2**

Die Versicherte erhob am 11. Oktober 2021 Beschwerde gegen die Verfügung vom 28. September 2021 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr eine Invalidenrente zuzusprechen, eventuell sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 15. November 2021 (Urk. 9) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 23. November 2021 mit der Mitteilung zur Kenntnis gebracht, dass über ihren Antrag auf unentgeltliche Prozessführung und unentgeltliche Rechtsvertretung (Urk. 1 S. 2; vgl. auch Urk. 7 f.) zu einem späteren Zeitpunkt entschieden werde (Urk. 11). 3.

Mit Verfügung vom 10. November 2022 (Urk. 14) wurde die Y.\_\_\_\_-Pensionskasse zum Prozess beigelegt, welche sich innert der angesetzten Frist zur Stellungnahme nicht vernehmen liess. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass auf das eingeholte Gutachten mangels Nachvollziehbarkeit nicht abgestellt werden könne. Die vorliegenden Akten wiesen aus, dass keine fachärztlich begründete Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege. Weiter seien die therapeutischen Behandlungsoptionen nicht ausgeschöpft und es bestünden erhebliche Unstimmigkeiten und Diskrepanzen in den Angaben der Beschwerdeführerin. Es bestehe ein starker Verdacht, dass die Symptomatik verstärkt dargestellt werde. Die im Gutachten festgehaltenen schweren Einschränkungen seien nicht mit dem Lenken eines Fahrzeugs vereinbar. Des Weiteren würden die Beschwerden auffallend diffus beschrieben und die im Arbeitsversuch beschriebene Leistung stimme nicht mit ihrer eigenen Schilderung überein. Die Ausübung der bisherigen Tätigkeit als Kassiererin und Allrounderin sei der Beschwerdeführerin vollumfänglich zumutbar (S. 2 oben).

Auch die Rückfragen bezüglich der Beurteilung vom Februar 2019 hätten nicht zu deren Nachvollziehbarkeit beitragen können. Dass der psychiatrische Behandler eine Aggravation oder Simulation zu beurteilen habe, sei grundsätzlich nicht falsch. Jedoch

müsse von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden, sofern die vorhandenen Unterlagen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit auswiesen. Dies sei aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin der Fall. Es entstehe kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (S. 2 unten).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen komme nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG in Auftrag gegebenen Gutachten. Alleine schon deshalb seien die vom RAD angebrachten Bemerkungen zum Gutachten, welches seinerseits die rechtsprechungsgemässen Kriterien betreffend Beweiswert erfülle, ohne Belang (S. 10 Ziff. 27 f.). Der RAD-Arzt und die Rechtsanwender dürften weiter gemäss Bundesgericht nicht von Aggravation ausgehen, wenn die Gutachter eine solche zwar nicht ausschlossen, sie aber nicht als überwiegend wahrscheinlich erachteten (S. 10 Ziff. 29).

Die Argumentation durch die RAD-Ärztin, wonach die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht nachvollzogen werden könne, beschränke sich auf zwei Sätze. Eine solche kurz gehaltene Argumentation könne diese gut achterlich gestellte und begründete Diagnose bei Weitem nicht widerlegen (S. 12 Ziff. 32). Auch die Behandler hätten diese Diagnose gestellt. Die RAD-Ärztin hin gegen habe sie kein einziges Mal untersucht (S. 12 Ziff. 33). Ihre Ausführungen, weshalb keine dissoziative Symptomatik vorliegen solle, seien nicht relevant, da die Gutachter keine Diagnose einer dissoziativen Identitätsstörung (F44.81) gestellt hätten (S. 12 Ziff. 34). Dass in den Akten keine fachärztlich begründeten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen, sei aktenwidrig (S. 12 f. Ziff. 35). Mit der gutachterlich gestellten Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode, habe sich der RAD gar nicht auseinandergesetzt (S. 13 Ziff. 36). Ein gewisses Mass an Inkonsistenz gehöre zu jedem menschlichen Leben (S. 13 Ziff. 37). Die Inkonsistenzen könnten gemäss den Gutachtern vor dem Hintergrund der fragmentiert wirkenden Persönlichkeit erklärt werden (S. 14 Ziff. 38). Wäre das Gutachten nicht nachvollziehbar, so hätte die Beschwerdegegnerin aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes ein neues in Auftrag geben müssen (S. 14 Ziff. 40). Das versicherungsexterne Gutachten sei vollumfänglich beweistauglich und es rechtfertige sich, aufgrund der darin attestierten Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten wie auch in einer Verweistätigkeit eine ganze Invalidenrente auszurichten (S. 14 Ziff. 41).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist demnach der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin und dabei insbesondere die Frage, ob dem bidisziplinären Gutachten vom 11. Februar 2019 (Urk. 10/53) Beweiskraft zukommt. 3. 3.1

Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in seinem Bericht vom 2. Juli 2017 (Urk. 10/12/12-17 = Urk. 10/12/ 22-27) folgende Diagnosen (Ziff. 5): - Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) - Differentialdiagnose (DD): Erkrankung aus dem schizophrenen Kreis

Gemäss der Beschwerdeführerin bestünden ausgeprägte Zeichen einer beruflichen Überforderung und Depressivität sowie Ängste vor den Menschen, insbesondere dem Ex-Mann. Zudem schildere sie, dass sie teils auch Geräusche – fraglich Stimmen

- höre und sie das Gefühl habe, von anderen und eventuell auch durch den Ex-Mann beobachtet zu werden (Ziff. 2). Die subjektiv g eklag t en Beschwerden seien glaubhaft und von der Schwester bestätigt worden (Ziff. 7). Es bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (gemeint: Arbeitsunfähigkeit) ab dem 17. Mai 2017 (Ziff. 10.a). Prognostisch sei von einer vollständigen Wiederherstellung der psychischen Stabilität und somit der Arbeitsfähigkeit auszugehen (Ziff. 9). 3.2

Im Bericht vom 7. Oktober 2017 (Urk. 10/12/ 8-11= Urk. 10/12/ 18-21) nannte Dr. A.\_\_\_\_ folgende Diagnosen (Ziff. 2): - depressive Episode, mittelgradig bis schwer (F32.1) - DD: Erkrankung aus dem schizophrenen Kreis - Nebendiagnose: anamnestisch posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) - Status nach operativer Versorgung einer Achillessehnenruptur links zirka 2015 - Status nach Knieoperation links zirka 2016

In der Vergangenheit habe eine schwierige eheliche Lebenssituation bestanden, wobei die Ehe seit längerem geschieden sei, der Ex-M ann aber noch lange in der Wohnung gelebt habe. 1993 habe sie einmal einen Suizidversuch wegen Bezie hungsproblemen mit dem Ex-Mann unternommen. 2008 habe sie einen ersten Nervenzusammenbruch im Rahmen eines Burnouts gehabt. Auch in den Folge jahren habe es immer wieder kleinere Zusammenbrüche gegeben. Vom 4. Juli bis 10. August 2017 sei die Beschwerdeführerin unter der Hauptdiagnose mittelgra dig e depressive Episode und der Nebendiagnose posttraumatische Belastungsstö rung im stationären Aufenthalt im Sanatorium D.\_\_\_\_ gewesen. Auch danach sei es zu keiner wesentlichen Besserung gekommen (Ziff. 2). 3.3

Dr. med. B.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 14. Dezember 2017 seine Kurzbeurteilung zur spezialärztlichen Untersuchung zuhanden der Krankentaggeldversicherung (Urk. 10/21/ 3-7 ). Er führte aus, die

subjektiv g eklagten Beschwerden wirkten prima vista plausibel und nachvollzieh bar. Auch die kurze Angabe der Schwester bestätige, dass die Beschwerdeführerin auch zuhause immer wieder kontrolliere, ob sie beobachtet und verfolgt werde. Andererseits fielen gewisse Inkonsistenzen auf. Die Differenz zwischen der Angabe im Arztbericht von Dr. A.\_\_\_\_ (2005) und der Beschwerdeführerin (2016) zur Rückkehr des Ex-Mannes in die C.\_\_\_\_

sei etwas arg gross. Die Wider sprüche betreffend das Verlassen der Wohnung, die bei Nachfragen noch mehr Unstimmigkeiten produzierten, liessen eher an Aggravation beziehungsweise Malingering denken. Teile der angegebenen Symptomatik wie die Orientierungs störungen seien nicht typisch für eine Schizophrenie. Ebenso sei es rein statistisch betrachtet ziemlich ungewöhnlich, dass beide (ehemalige n ) Ehepartner an einer Schizophrenie erkrankten. Es blieben also gewisse Zweifel an der demonstrierten Symptomatik bestehen. Diese sollten aber im Laufe der weiteren Behandlung geklärt werden (S. 4 Ziff. 5). Derzeit sei die Beschwerdeführerin im frei en Arbeits markt zu 100 % arbeitsunfähig. Die Klärung der Diagnose und die Behandlung der Grundstörung (überwiegend wahrscheinlich eine paranoide Schizophrenie) seien vordringlich (S. 5 Ziff. 8.1). 3.4

Gemäss E-Mail der Fachspezialistin Betriebliches Gesundheitsmanagement der Genossenschaft Y.\_\_\_\_ an die Eingliederungsberaterin der Beschwerde gegnerin vom 6. April 2018 (Urk. 10/30) habe die zuständige Person des Einsatz ortes telefonisch angegeben, dass der Arbeitsversuch von Mitte November 2017 bis Mitte Februar 2018 gelaufen sei. Zu Beginn habe die Beschwerdeführerin 5 Tage die Woche à 2 Stunden

gearbeitet. Zirka ab Mitte Dezember sei auf Anfrage der Beschwerdeführerin auf 3 Stunden-Einsätze vier Mal pro Woche gesteigert worden. Auf Bitte der Beschwerdeführerin sei sie in Rayons für Auffüllarbeiten eingesetzt worden. Die zuständige Person sei sehr zufrieden mit der Leistung der Beschwerdeführerin. Diese sei bei der Arbeit aufgeblüht und habe jeweils Angst gehabt, wieder nach Hause zu müssen . 3.5

Die Ärzte des Sanatoriums D.\_\_\_\_

nannten in ihrem Bericht zuhanden der Krankentaggeldversicherung vom 7. Mai 2018 (Urk. 10/32 = Urk. 10/33) folgende Diagnosen (S. 1 Ziff. 3): - posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3) - klimakterische Störung, nicht näher bezeichnet (N95.9) - Migräne, nicht näher bezeichnet (G43.9)

Die Beschwerdeführerin sei affektiv sehr ängstlich gewesen, insbesondere im Kontakt mit Männern, psychomotorisch unruhig, habe von Flashbacks und akus tischen Halluzinationen in Form von unverständlichem Flüstern berichtet (S. 1 Ziff. 1). Zur Remission und Stabilisierung sei eine spezifische Traumatherapie in stationärem Setting indiziert, eine Anmeldung sei erfolgt (S. 2 Ziff. 5). Aktuell sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 6). 3.6

Dem Verlaufsprotokoll Eingliederungsberatung (Urk. 10/35) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin im Gespräch auf Anfrage angegeben habe, der Arbeitsversuch in der Y.\_\_\_\_ Filiale in E.\_\_\_\_

habe frühzeitig beendet werden müssen, da es ihr sehr schlecht gegangen sei. Die zwei Stunden täglich habe sie kaum durchgestanden, sie habe diese sogar reduziert. Sie habe versucht zu arbeiten, es sei aber nicht gegangen (S. 2 oben ) . 3.7

Dr. med. F.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitender Arzt, und Dipl. Psych. G.\_\_\_\_ , Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, Integrierte Psychiatrie H.\_\_\_\_ , nannten in ihrem Bericht vom 2. November 2018 (Urk. 10/47) über die stationäre Behandlung vom 19. September bis 26. Oktober 2018 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 3 Ziff. 2.5): - posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1)

Das Erlebte mit ihrem Ex-Mann beschreibe die Beschwerdeführerin sehr zurück haltend und lückenhaft mit deutlicher Belastungsreaktion. Dieser sei jähzornig und aggressiv gewesen, er habe sie häufig geschlagen, er habe sie unter Druck gesetzt. Als sie noch mit ihm zusammengelebt habe, habe sie einen Suizidversuch unternommen. Im Frühjahr 2017 sei sie auf der Strasse von fremden Männern überfallen worden, was sie noch heute stark belaste (S. 2 Ziff. 2.1).

Aufgrund wiederholter Triggerungen von Intrusionen und unangenehmen Gefühlszuständen seien der Beschwerdeführerin Emotionsregulationsstrategien vermittelt und mit ihr Triggerreize herausgearbeitet worden. Es habe mit der Beschwerdeführerin nicht in die Konfrontation eingestiegen werden können. Es sei notwendig, mit ihr zunächst ein besseres Störungsverständnis zu erarbeiten und ihre Angst vor einer Veränderung, welche für sie mit einem Verlust der Söhne gl eichgesetzt sei, zu reduzieren (S. 4 Ziff. 2.8).

Grundsätzlich stelle für die Beschwerdeführerin ihre Familie eine Ressource dar, zu welcher jedoch aktuell ein psychiatrisch auffällig starkes Abhängigkeitsver hältnis bestehe. In der Gegenwart ihrer Söhne und ihres Hundes lebe die Beschwerdeführerin sehr stark auf

und wirke sehr vital. Dies könne sie allerdings nicht als innere Ressource zugänglich behalten (S. 4 f. Ziff. 3.5). 3.8

### 3.8.1

Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, und Dr. phil. J.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP und MAS in Psychotraumatologie, Klinik Z.\_\_\_\_

AG, erstatteten am 11. Februar 2019 ihr bidisziplinäres psychiatrisch-neuropsychologisches Gutachten (Urk. 10/53). 3.8.2

Dr. I.\_\_\_\_ nannte im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 10/53/2-43) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit :

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3) - posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) - vorsätzliche Selbstbeschädigung (X84.9, mit einmaligem Suizidversuch im 1993, Ritzen – letztmals vermutlich im 2018 – sowie Kratzen) - Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten (F81.8, bei leicht unter durchschnittlichem Intelligenzquotienten [IQ] von 75) - mittelgradige kognitive Störung multifaktorieller Ätiopathogenese – wahrscheinlich hauptsächlich im Rahmen der Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten (F81.8), der posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1) sowie der rezidivierenden depressiven Störung (F33.3) einzu ordnen, in Anteilen möglicherweise aber auch mitbedingt durch die Niedrig-Dosis-Abhängigkeit von Sedativa und Hypnotika (F13.80, Benzodiazepin)

Sämtliche aufgeführten psychischen Störungen beeinflussten sich gegenseitig. Es sei von einer Wechselwirkung mit aufschaukelnden Prozessen zwischen den einzelnen Störungen auszugehen. Zum Zeitpunkt der Begutachtung habe ein schweres psychisches Beschwerdebild vorgelegen, aufgrund dessen die Beschwerdeführerin in ihrer Alltagsfunktionalität stark eingeschränkt gewesen sei. Das Ausüben einer beruflichen Tätigkeit sei zu diesem Zeitpunkt nicht denkbar gewesen (S. 24 Ziff. 6). 3.8.3

Bei genauerer Überprüfung der entsprechenden ICD-10-Kriterien habe sich herausgestellt, dass eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen, vorgelegen habe (F33.3). Zehn von mindestens acht erforderlichen Kriterien für die Diagnosestellung einer schweren depressiven Episode seien erfüllt gewesen (S. 15 f. Ziff. 4.3.3). 3.8.4

Mit Hilfe des M.I.N.I. (Mini Internationales Neuropsychiatrisches Interview) seien die diagnostischen Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung überprüft worden. In Ergänzung sei ein strukturiertes Instrument zur Diagnostik posttraumatischer Belastungsstörungen (Posttraumatic

Diagnostic

Scale) verwendet worden. Zunächst sei im strukturierten Interview eine Traumaanamnese erarbeitet worden, welche sich wie folgt gestaltet habe: Laut Schilderungen der Beschwerdeführerin sei sie im Alter von zirka 14 oder 15 Jahren von ihrem Ex-Schwager zum Oralverkehr gezwungen worden. Ihrer älteren Schwester sei das selbe passiert. Im 1990 habe sie ihren Ehemann kennengelernt und gegen den Willen ihrer Eltern geheiratet. Dieser sei dann im Verlauf ihrer Ehe immer gewalttätiger geworden. Trotz der im 2004 vollzogenen Scheidung sei der Kontakt zu ihm in den folgenden Jahren nie ganz

abgebrochen. Insbesondere von zirka 2005 bis 2014 sei sie von ihrem Ex-Ehemann immer wieder geschlagen, getreten und vergewaltigt worden. Einmal habe er auch versucht, sie mit beiden Händen zu erwürgen, was ihr älterer Sohn – damals noch ein Kind – mitbekommen habe. Vor zirka zwei Jahren – im 2016 oder 2017 – sei sie von drei jungen Männern in der K.\_\_\_\_-Strasse

angefallen und geschlagen worden. Sie sei zu Boden gefallen und habe befürchtet, vergewaltigt zu werden. Dies sei auf dem Weg zur – in der L.\_\_\_\_-Strasse

in Zürich gelegenen - Praxis ihres ambulant behandelnden Psychiaters Dr. A.\_\_\_\_ geschehen. Fortan sei es ihr psychisch noch schlechter gegangen. In Anbetracht dieser traumatisierenden Ereignisse mit aussergewöhnlicher Bedrohung könne das ICD-10 Kriterium A als gegeben erachtet werden (S. 16 Ziff. 4.3.3) .

Das ICD-10 Kriterium B könne ebenso als erfüllt betrachtet werden. Insbesondere berichte die Beschwerdeführerin glaubhaft über wiederkehrende Träume, in denen sie unter anderem von einem Mann oder einem Hund verfolgt werde. Während der Begutachtung seien deutliche Zeichen von akustischen Intrusionen ersichtlich gewesen. Die Beschwerdeführerin sei ohne äusseren ersichtlichen Grund häufig zusammengezuckt und habe ängstlich nach hinten über ihre Schultern gesucht. Teilweise habe dies auch wahnhaft an gemutet . Weiter habe sie geschildert, dass sie vom Gefühl heimgesucht werde, jemand stehe in ihrem Zimmer oder verrücke den Kleiderschrank (S. 17 oben Ziff. 4.3.3). Auch die weiteren Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung seien aus näher genannten Gründen erfüllt (S. 17 f. Ziff. 4.3.3). 3.8.5

Autoaggressives, selbstschädigendes Verhalten sei im Gespräch thematisiert worden, dies insbesondere vor dem Hintergrund des einmaligen Suizidversuchs im Jahr 1993 und des geschilderten Ritzens des linken Unterarmes mit spitzigen Gegenständen sowie des häufigen Kratzens ihrer Unterarme mit den Fingernägeln. Letzteres sei während der Begutachtung häufig zu beobachten gewesen und habe zeitweise zwanghaft an gemutet. Auf die Frage, wann sie sich das letzte Mal geritzt habe, habe die Beschwerdeführerin nach langem Überlegen gemeint, dies sei vor möglicherweise zirka acht Monaten gewesen. Auf entsprechende Bitte hin habe sie den linken Ärmel ihres Pullovers zurückgeschoben, worauf leichte, oberflächliche, gänzlich ausgeheilte querverlaufende Narben von Schnittverletzungen auf ihrem linken Unterarm ersichtlich worden seien (S. 18 unten Ziff. 4.3.3). 3.8.6

Seit 2008 nehme sie alle drei bis vier Tage eine bis höchstens zwei Tabletten Temesta (1 mg) ein. Das helfe ihr, sich zu entspannen. Sie habe auch schon versucht, darauf zu verzichten, sei dann aber unruhig gewesen. Auf dem Hintergrund dieser Angaben sei eine Niedrig-Dosis-Abhängigkeit von Sedativa und Hypnotika (F13.80, Benzodiazepin) zu diagnostizieren (S. 20 oben Ziff. 4.3.3). 3.8.7

Zur Validierung der geklagten psychischen Symptome seien zwei gut normierte Instrumente verwendet worden. Im Rahmen des IOP-29 hätten sich keine Hinweise auf eine übertriebene Beschwerdedarstellung ergeben. Auch in einem Test zur Überprüfung der Authentizität von Beschwerden, wie sie charakteristischerweise bei einer posttraumatischen Belastungsstörung vorkämen (MENT, Morel Emotional Numbing Test for

Posttraumatic Stress Disorder ) seien keine Auffälligkeiten festzustellen gewesen. Somit hätten sich im Rahmen dieser beiden Verfahren keine Hinweise auf eine bewusstseinsnahe Aggravation oder auf eine Simulation von Beschwerden ergeben (S. 20 Mitte Ziff. 4.3.3).

Die Gutachter hätten nicht genügend Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung gefunden. Sie hätten eine leichte dissoziative Symptomatik sowie eine fragmentierte Persönlichkeit mit seltenen, aber plötzlich wechseln den Affekten und Verhaltensweisen beobachtet, die sie insgesamt im Rahmen der posttraumatischen Belastungsstörung eingeordnet hätten (S. 20 unten Ziff. 4.3.3). 3.8.8

Betreffend die Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität (S. 26-29 Ziff. 7.3) führte Dr. I.\_\_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin habe wenig und nur sehr leise gesprochen. Von sich aus habe sie keine Details oder Beispiele erwähnt. Meist habe mehrfach nachgefragt werden müssen, bis sich ein plastisches, fassbares Bild der Beschwerden und deren Auswirkungen auf ihren Alltag ergeben habe. Diese Schwierigkeiten hätten die Gutachter jedoch auf die ausgeprägte depressive sowie auf die psychotraumatologische Symptomatik zurückgeführt (S. 26 f.). Betreffend die durch Dr. B.\_\_\_\_ genannten Inkonsistenzen sei der Ex-Mann der Beschwerdeführerin im Jahr 2005 zwar in die C.\_\_\_\_ zurückgekehrt, habe sich jedoch in den darauffolgenden Jahren immer wieder phasenweise in der Schweiz aufgehalten und sei dann unter anderem auch bei ihr wohnhaft gewesen. Diese vordergründigen Ungereimtheiten hätten also geklärt werden können (S. 27 oben).

Die teils erheblichen autobiographischen Gedächtnislücken und weiteren Gedächtnisschwierigkeiten der Beschwerdeführerin hätten auf die Gutachter überraschend gewirkt. Sie hätten diese als dissoziative amnestische Phänomene im Rahmen der posttraumatischen Belastungsstörung interpretiert. Auch seien die deutliche psychomotorische Verlangsamung und die ausgeprägte depressive Grundstimmung plötzlich nicht mehr zugegen gewesen, als die Beschwerdeführerin am 9. Januar 2019 im Eingangsbereich der Klinik mit ihrem jungen Labrador interagiert habe. Ihre Stimmungslage habe auch bereits gewechselt, wenn sie lediglich auf ihren Hund angesprochen worden sei. Weiter habe ihre Stimmungslage rasch gewechselt, als sie berichtet habe, dass sie das eigentlich verordnete Quetiapin aufgrund von unerwünschten Nebenwirkungen nur sehr unregelmässig einnehme, was ihr Psychiater Dr. A.\_\_\_\_ nicht wisse. Dabei habe sie plötzlich verschmitzt und schelmisch gelächelt, was kindisch angemutet habe. Diese rasch wechselnden Affekte und Verhaltensweisen hätten die Gutachter auf dem Hintergrund einer fragmentierten Persönlichkeit infolge mehrfacher Traumatisierungen (wiederholte sexuelle und körperliche Gewalt) gewertet (S. 27 Mitte).

Im Rahmen eines fremdanamnistischen Gesprächs mit Dr. A.\_\_\_\_ habe dieser den Überfall 2016 oder 2017 in der K.\_\_\_\_-Strasse nicht bestätigen können. Die Beschwerdeführerin habe ihm nie davon berichtet. Der Sohn der Beschwerdeführerin habe jedoch über diesen Vorfall Bescheid gewusst. Auch dessen weiteren Angaben hätten mit denjenigen seiner Mutter weitgehend übereingestimmt. Allerdings habe sich herausgestellt, dass die Beschwerdeführerin ihren Sohn in Bezug auf das Autofahren mehrfach angelogen habe. Dieser und die Gutachter seien der Meinung, dass ihre Fahreignung klar nicht gegeben sei. Sie sei hinter dem Rücken ihres Sohnes regelmässig gefahren. Anlässlich der Begutachtung sei sie nicht einsichtig gewesen bezüglich der nicht gegebenen Fahreignung. Auf dem Hintergrund ihrer Suizidalität habe sie geäußert, es wäre auch nicht so schlimm, wenn ein Unfall passieren würde (S. 27 f.).

Diskrepanzen im Sinne einer schweren subjektiven Beeinträchtigung bei jedoch weitgehend intaktem psychosozialen Funktionsniveau im Rahmen der Alltagsbewältigung hätten nicht bestanden. Gemäss glaubwürdigen Angaben der Beschwerdeführerin und ihres Sohnes verbringe sie die meiste Zeit zu Hause in ihrer Wohnung. Sie habe Angst, nach draussen zu gehen, insbesondere der Kontakt zu Männern beängstige sie. Diskrepanzen zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe bestünden nicht. Die in Anspruch genommene ambulante psychiatrische Behandlung sowie die drei bisherigen mehrwöchigen psychiatrischen Hospitalisationen seien angemessen gewesen (S. 28 unten).

Zusammenfassend hätten sich teils erhebliche Inkonsistenzen und Diskrepanzen ergeben, welche sich aber grundsätzlich gut im Rahmen der schweren depressiven sowie der psychotraumatologischen Symptomatik erklären liessen. Insbesondere die dissoziativen Phänomene sowie die fragmentiert wirkende Persönlichkeit böten ausreichende Erklärungsansätze für die Widersprüchlichkeiten. Insgesamt habe das psychische Beschwerdebild mehrheitlich authentisch und plausibel gewirkt, insbesondere auch die Hypervigilanz, die akustischen Intrusionen und die leichte dissoziative Symptomatik. Insbesondere hätten sich aufgrund der beiden im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung angewandten Verfahren der Beschwerdevalidierung auch keine Hinweise auf eine bewusstseinsnahe Aggravation oder Simulation ergeben. Gleiches gelte für die beiden im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung angewandten Verfahren der Performanzvalidierung (S. 29 Mitte). 3.8.9

Mit einer Ausnahme würden alle 13 anhand der Mini-ICF-APP erfassten Fähigkeiten als mittelgradig bis schwer beeinträchtigt geschätzt. Nur in Bezug auf die Körperpflege und –hygiene sei die Beschwerdeführerin selbständig. Insgesamt werde ihre Funktionsfähigkeit als deutlich beeinträchtigt erachtet. An die Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit als ungelernete Kassiererin oder Allrounderin in einem Verkaufsladen sei unter diesen Umständen vorläufig nicht zu denken (S. 33 oben Ziff. 7.4). Es bestehe in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 33 Ziff. 8.1).

Es werde davon ausgegangen, dass die Symptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung und der depressiven Störung, zumindest zeitweise bereits seit 1993 zugegen gewesen seien. Dafür spreche der aktenkundige Suizidversuch im 1993 im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt durch den Ex-Mann. In den Folgejahren dürfte die Beschwerdeführerin aber zumindest teilweise wieder gut kompensiert gewesen sein. Dafür spreche, dass sie in der Lage gewesen sei, einer 100%igen beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Gut möglich sei, dass in dieser Zeit aber eine subsyndromale Symptomatik bestanden habe. Offensichtlich habe sich ihr psychischer Zustand in den Folgejahren jedoch wieder verschlechtert. Dafür spreche ein erster aktenkundiger «Nervenzusammenbruch» mit Burnout im 2008 sowie weitere «Zusammenbrüche» in den Folgejahren. Schliesslich werde davon ausgegangen, dass der gemäss Angaben der Beschwerdeführerin vor zirka 2 Jahren – im 2016 oder 2017 - erfolgte Überfall in der K.\_\_\_\_-Strasse als «Trigger» fungiert und sich die psychische Symptomatik dadurch zusätzlich drastisch verschlechtert habe, so dass in der Folge bekanntlich eine ambulante psychiatrische Behandlung sowie drei stationäre psychiatrische Hospitalisationen erforderlich worden seien. Es werde davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin im Zuge der Exazerbation der psychischen Symptomatik infolge des Überfalls in der K.\_\_\_\_-Strasse zu 100 % arbeitsunfähig geworden sei (S. 33 f. Ziff. 8.1).

### 3.8.10

Der Quetiapin-Spiegel sei sehr niedrig gewesen und somit weit unterhalb des Referenzbereichs gelegen. Der Cipralex -Spiegel sei innerhalb des Referenzbereichs gelegen. Der Temesta -Spiegel sei unterhalb des Referenzbereichs gelegen, was die Schlussfolgerung zulasse, dass lediglich eine Niedrig-Dosis-Abhängigkeit bestehe (S. 37 unten Ziff. 8.3). 3.8.11

Dr. phil. J. \_\_\_\_

und M. \_\_\_\_, Assistenzpsychologin, hielt in dem neuropsychologischen Teilgutachten (Urk. 10/53/44-60) fest, zur Validierung der kognitiven Defizite sei der Rey Memory Test (RMT) und der «Rey Word Recognition Test» durchgeführt worden. Im Rahmen der Testverfahren hätten sich keine Hinweise auf eine Aggravation der kognitiven Defizite ergeben, was bedeute, dass letztere als authentisch beziehungsweise die Ergebnisse der kognitiven Tests als aussagekräftig bezeichnet werden könnten (S. 12 f. Ziff. 4.3.5).

Es hätten sich im Alters-, Geschlechts- und Bildungsvergleich deutliche Einschränkungen attentionaler und exekutiver Teilfunktionen sowie leichtere Beeinträchtigungen mnestischer und visuell-räumlicher Fähigkeiten ergeben. Die verbale Intelligenz sei leicht unterdurchschnittlich ausgefallen (IQ = 75), sei jedoch nicht in den Bereich einer Intelligenzminderung zu liegen gekommen (IQ < 70, ICD -10 F70).

Die leicht unterdurchschnittliche Intelligenz sowie der schulische Werdegang mit dem Besuch von Sonderschulen und einem Sekundarschulabschluss des Niveaus C sprächen für das Vorliegen einer Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten (F81.8). Die neuropsychologischen Befunde entsprächen einer mittelschweren, unspezifischen kognitiven Störung, welche ätiopathogenetisch sehr wahrscheinlich hauptsächlich im Rahmen der erwähnten Störung schulischer Fertigkeiten (F81.8), der psychiatrischerseits diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1) sowie der rezidivierenden depressiven Störung (F33.3) einzuordnen sei. Die kognitiven Defizite könnten zusätzlich in Anteilen auch durch die Niedrig-Dosis-Abhängigkeit von Sedativa und Hypnotika (F13.80) mitbedingt sein. Es sei davon auszugehen, dass sich die kognitiven Defizite – einhergehend mit einer allfälligen Besserung der depressiven und psychotraumatologischen Symptomatik – teilweise zurückbildeten (S. 13 f. Ziff. 6).

Die Fahreignung sei aus neuropsychologischer Sicht zum Begutachtungszeitpunkt nicht gegeben gewesen (S. 14 Mitte Ziff. 6). Eine gezielte, bewusstseinsnahe Aggravation oder Simulation von kognitiven Defiziten könne mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden (S. 14 Ziff. 7.3).

Aus rein neuropsychologischer Sicht sei der Beschwerdeführerin eine Teilzeittätigkeit im angestammten, kognitiv eher wenig fordernden Berufsfeld oder einer anderen Tätigkeit mit sehr geringen kognitiven Anforderungen zuzumuten, dies im Rahmen einer Arbeitsfähigkeit von insgesamt 50 % . Darüber hinausgehende Einschränkungen ergäben sich aus psychiatrischer Sicht (S. 15 Ziff. 8.1). 3.8.12

Im Rahmen der interdisziplinären Konsensbeurteilung (Urk. 10/53/61-76)

wiederholten die Gutachter, dass sich teils erhebliche Inkonsistenzen ergeben hätten, diese sich aber grundsätzlich gut im Rahmen der schweren depressiven sowie der psychotraumatologischen Symptomatik erklären liessen (S. 8 Ziff. 4.6). Aus rein neuropsychologischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % . Im Rahmen der

Gesamtbeurteilung bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 12 Ziff. 4.8). 3.9

Am 20. Februar 2019 (Urk. 10/55) beantworteten die Gutachter die von der Beschwerdeführerin am 15. Februar 2019 (Urk. 10/54) nach Rücksprache mit der RAD-Psychiaterin Dr. med. N. \_\_\_\_

(vgl. Urk. 10/70 S. 5 f.) formulierten Fragen.

Dabei führten sie aus, der abrupte Wechsel im Kontakt mit dem Hund sei für die Gutachter überraschend gekommen. Im ersten Moment hätten sie an eine nicht-authentische Störung im Sinne einer Aggravation gedacht. Nach eingehender Untersuchung hätten sie sich diesen abrupten Wechsel auf dem Hintergrund der fragmentiert wirkenden Persönlichkeit der Beschwerdeführerin sowie der dissoziativen Symptomatik erklärt. Diese hätten sie wiederum auf dem Hintergrund der posttraumatischen Belastungsstörung mit Mehrfachtraumatisierung gedeutet. Darin hätten sie ausreichende Erklärungsansätze für die Widersprüchlichkeiten gesehen (S. 2 oben).

Phasenweise sei eine Hypervigilanz mit starker, übertriebener Reaktion auf äussere Stimuli und Lärmemissionen zu beobachten gewesen. Zum Beispiel habe die Beschwerdeführerin den männlichen Gutachtern die ausgestreckte Hand zur Begrüssung zuerst nicht schütteln wollen. Ihre Angst und Befürchtung hätten nach aussen hin authentisch und stark beeinträchtigend gewirkt (S. 2 Mitte). Im Rahmen der Schilderung der Traumata habe die Beschwerdeführerin leicht dissoziiert und es hätten sich deutliche Anzeichen für akustische Intrusionen in Form entsprechender Verhaltensreaktionen ergeben: Ducken, rasches Drehen des Kopfes nach hinten über die Schultern, Blickbewegungen nach oben und hinten. Auf Nachfrage hin habe sie geschildert, sie höre manchmal Geräusche. Neben einer allgemeinen Angst vor Männern und der Idee, von Männern verfolgt zu werden, habe die Beschwerdeführerin das Gefühl gehabt, dass sich manchmal ein fremder Mann in ihrem Zimmer befunden habe, und sie habe mehrfach gehört, dass der Schrank in ihrem Zimmer verschoben worden sei. Diese Phänomene liessen sich gut als akustisches Wiedererleben oder als Nachhallerinnerungen einordnen, wie sie häufig bei Menschen mit posttraumatischen Belastungsstörungen vorkämen (S. 2 unten).

Dass der angebliche Überfall durch mehrere Männer im 2016 oder 2017 dem Behandler nicht bekannt gewesen sei, sei im psychiatrischen Teilgutachten kritisch diskutiert worden. Sowohl der Detaillierungsgrad wie auch die zu beobachtende innere Bedrängnis bei der Schilderung des Vorfalls hätten jedoch für glaubwürdige Aussagen gesprochen (S. 3 oben).

Zwischen den interpersonellen Traumata, welche allesamt mit Übergriffen und Gewalt durch Männer in Verbindung stünden, bestehe durchaus ein Zusammenhang mit dem Umstand, dass sich die Beschwerdeführerin in ihren Träumen manchmal von einem Mann verfolgt fühle. Auch im Traum, von einem Hund verfolgt zu werden, finde sich nach Ansicht der Gutachter ein bedrohliches Moment, das in seiner Symbolik durchaus mit einer traumaspezifischen Thematik vereinbar sei (S. 3 unten).

Die von der Beschwerdeführerin berichteten interpersonellen Traumata seien – insbesondere auch auf dem Hintergrund ihrer Aufsummierung – durchaus schwer genug, als dass eine gewisse Fragmentierung der Persönlichkeit als plausibel erscheine. Wie im Gutachten festgehalten, sei das Ausmass der dissoziativen Symptomatik und der Persönlichkeitsfragmentierung aber nicht derart, als dass die Diagnosestellung einer dissoziativen Identitätsstörung gerechtfertigt gewesen wäre (S. 5 Mitte).

Eine Aggravation könne mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, weil vier von insgesamt vier angewandten Symptomvalidierungstests unauffällig ausgefallen seien (S. 6 unten). Das Vorliegen von Diskrepanzen und Inkonsistenzen sei nicht gleichzusetzen mit «unauthentisch». Grundsätzlich habe der Gutachter zu klären, inwiefern allfällige Inkonsistenzen möglicherweise auf einen krankhaften Prozess zurückzuführen seien. Dies hätten die Gutachter getan (S. 6 f.). 3.10

Dr. med. N.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, führte in ihrer Stellungnahme vom 26. Februar 2019 (Urk. 10/70 S. 6 f.) aus, auf das Gutachten der Klinik Z.\_\_\_\_ AG könne teilweise abgestellt werden. Dieses erörtere die vorliegenden Berichte und beschreibe eine weithin nachvollziehbare Anamnese. Allerdings seien die Beurteilung und die Schlussfolgerungen nicht klar nachvollziehbar. Die Antworten vom 20. Februar 2019 hätten nicht zur Klärung beitragen können. Insgesamt entstehe der Eindruck, dass die Gutachter Beschwerdeangaben und Symptome, die auch als Aggravation interpretiert werden könnten, im Rahmen einer Diagnose interpretierten, die nicht klar nachvollziehbar sei (S. 6 Mitte).

So seien autobiographische Gedächtnislücken (Alter der Eltern, Vorhandensein einer IV-Rente beim Vater) von den Gutachtern als dissoziative amnestische Phänomene interpretiert worden. Dies sei klar falsch, werde hierunter doch eine Amnesie bezüglich der traumatisierenden Ereignisse verstanden. Die Beschwerdeführerin könne sich jedoch sehr gut an die Traumata erinnern. Als akustische Intrusionen sei das Hören von nicht näher bezeichneten Geräuschen angenommen worden. Diese Interpretation sei absolut unhaltbar. Das Hören von Geräuschen und akustische Intrusionen seien zwei total verschiedene Sachen. Träume wie «von einem Mann oder einem Hund verfolgt zu werden» seien von den Gutachtern als traumaspezifisch beurteilt worden, weil sie in der Symbolik durchaus mit einer traumaspezifischen Thematik vereinbar seien. Dies entspreche einer Uminterpretation der ICD-10-Kriterien, was nicht zulässig sei.

Als fragmentierte Persönlichkeit sei in der Psychiatrie das Nebeneinander mehrerer Persönlichkeiten mit eigenem Gedächtnis, eigenen Vorlieben und Verhaltensweisen zu verstehen und werde im Allgemeinen als multiple Persönlichkeitsstörung / dissoziative Identitätsstörung (F44.81) diagnostiziert. Diese Diagnose könne bei der Beschwerdeführerin mit Sicherheit nicht gestellt werden. Unter «Dissoziieren» verstehe man eine Reaktions-, Bewegungs- und Sprachlosigkeit mit leerem Blick und reduzierter Schmerzwahrnehmung, was unter den Befunden nicht beschrieben worden sei. Die Aussage der Gutachter, dass eine dissoziative Symptomatik vorgelegen habe, könne nicht nachvollzogen werden. Gleiches gelte für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (S. 7 oben).

Aus RAD-Sicht bestehe weiterhin ein starker Verdacht auf Aggravation, der von den Gutachtern nicht habe ausgeräumt werden können. Sie hätten dieses Problem auch nicht diskutiert, sondern seien ihm elegant ausgewichen mit der Begründung, dass die Inkonsistenzen der fragmentierten Persönlichkeit dem Hintergrund der posttraumatischen Belastungsstörung zuzuordnen seien. Aufgrund des nicht klar nachvollziehbaren Gutachtens sei durch den Rechtsanwender zu entscheiden, wie weitergefahren werden solle (S. 7 Mitte). 4. 4.1

Das ausführliche, sorgfältig erstellte bidisziplinäre psychiatrisch-neuropsychologische Gutachten der Klinik Z.\_\_\_\_ AG vom 11. Februar 2019 (E. 3.8) erfüllt die

rechtsprechungsmässigen Voraussetzungen an einen beweiskräftigen Bericht (E. 1.4), weshalb grundsätzlich darauf abgestellt werden kann. Gleiches gilt für die Stellungnahme der Gutachter vom 20. Februar 2019 (E. 3.9).

Die Beschwerdegegnerin ist diesbezüglich anderer Meinung (E. 2.1), wobei sie sich hauptsächlich auf die Einschätzung ihrer RAD-Ärztin Dr. N.\_\_\_\_ (E. 3.10) stützt. Insbesondere wird von dieser Seite her vertreten, es läge ein starker Verdacht auf Aggravation vor. 4.2

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). Wann ein verdeutlichendes Verhalten (nur) verdeutlichend und unter welchen Voraussetzungen die Grenze zur Aggravation und vergleichbaren leistungshindernden Konstellationen überschritten ist, bedarf einer einzelfallbezogenen, sorgfältigen Prüfung auf einer möglichst breiten Beobachtungsbasis auch in zeitlicher Hinsicht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_165/2021 vom 2. Juli 2021 E. 4.2.1 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). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen selbstständig aufgetretenen Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2.2, Urteil des Bundesgerichts 8C\_165/2021 vom 2. Juli 2021 E. 4.2.1 mit Hinweisen).

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). 4.3

Sowohl im Rahmen des psychiatrischen als auch des neuropsychologischen Teils gutachtens wandten die Gutachter jeweils zwei Validierungsinstrumente an, die allesamt zu unauffälligen Ergebnissen führten (E. 3.8.7, E. 3.8.11). Es ist gut nachvollziehbar, dass sie eine Aggravation entsprechend mit hoher Wahrscheinlichkeit ausschlossen (vgl. E. 3.9).

Dr. N.\_\_\_\_ von den versicherungsinternen RAD ging auf das Resultat der Symptomvalidierungsverfahren nicht ein, was bereits massgebliche Zweifel an der Schlüssigkeit und somit der Beweiswertigkeit ihrer Ausführungen weckt (vgl. E. 1.4).

Die RAD-Sicht, wonach die Gutachter eine mögliche Aggravation nicht diskutiert, sondern dem Problem mit der Zuordnung der Inkonsistenzen zu psychischen Störungen elegant ausgewichen seien (E. 3.10), trifft klarerweise nicht zu. So räumten die Gutachter explizit

ein, aufgrund der abrupten Verhaltensänderung beim Kontakt der Beschwerdeführerin mit ihrem Hund hätten sie zunächst an Aggravation gedacht, nach eingehender Untersuchung hätten sie den Wechsel aber auf dem Hintergrund der fragmentiert wirkenden Persönlichkeit der Beschwerdeführerin sowie der dissoziativen Symptomatik erklären können (E. 3.9). Von einem «eleganten Ausweichen» kann sodann keine Rede sein, nach dem die Gutachter die erwähnte Verhaltensänderung sowie die weiteren scheinbaren und tatsächlichen Inkonsistenzen nicht etwa erst in ihrer Stellungnahme vom 20. Februar 2019, sondern bereits in ihrem Gutachten ausführlich diskutiert und gut nachvollziehbar eingeordnet hatten (E. 3.8.8). Es entspricht gerade ihrer Aufgabe, zu beurteilen, wie Inkonsistenzen zustande kommen und diese gegebenenfalls einer psychischen Ursache zuzuordnen (vgl. E. 4.2; E. 3.9).

Die RAD-Psychiaterin Dr. N.\_\_\_\_ macht nähere Ausführungen zur dissoziativen Persönlichkeitsstörung (E. 3.10). Diese gehen mit der Beschwerdeführerin (E. 2.2) vorliegend bereits deshalb am Ziel vorbei, weil

die erwähnte Diagnose gar nicht gestellt wurde. Anschaulich hielten die Gutachter fest, das Ausmass der dissoziativen Symptomatik und der Persönlichkeitsfragmentierung sei nicht derart, als dass die Diagnosestellung einer dissoziativen Identitätsstörung gerechtfertigt gewesen wäre (E. 3.9).

Das allgemeine Kennzeichen der dissoziativen Störungen ist der teilweise oder völlige Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F] Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10., überarbeitete Auflage, Bern 2015, S. 214). Weshalb die von Dr. N.\_\_\_\_ beschriebenen Befunde einer Reaktions-, Bewegungs- und Sprachlosigkeit mit leerem Blick und reduzierter Schmerz Wahrnehmung (E. 3.10) im konkret

zu beurteilenden Fall der Beschwerdeführerin zur Annahme einer dissoziativen Symptomatik zwingend vorhanden sein müssen, wurde von ihr nicht näher dargelegt und ist nicht ersichtlich.

#### 4.4

Zur Frage, ob Aggravation oder Simulation gegeben ist, hat sich grundsätzlich zuerst unbestrittener Massen (vgl. E. 2.1) der psychiatrische Facharzt zu äussern. Das haben im vorliegenden Fall der beauftragte

psychiatrische Gutachter wie auch sein Kollege aus der Neuropsychologie getan. Sie haben sich gründlich und überzeugend mit sämtlichen zutage getretenen Inkonsistenzen auseinandergesetzt (vgl. E. 3.8.8) sowie die diversen seitens RAD aufgeworfenen Zusatzfragen differenziert und nachvollziehbar beantwortet (E. 3.9). Diese gutachterlichen Ausführungen verbieten es, auf einen Ausschlussgrund zu erkennen. Dies gilt umso mehr, als die Experten die Beschwerdeführerin persönlich untersucht und Kenntnis von den Vorakten hatten, aus denen sich gemäss der nicht zutreffenden Auffassung der Beschwerdegegnerin ebenfalls gewichtige Hinweise für ein aggravatorisches, nicht bloss verdeutlichendes Verhalten ergeben sollen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_520/2019 vom 22. Oktober 2019 E. 6.2).

Somit besteht kein Hinderungsgrund für die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens anhand der Standardindikatoren (vgl. E. 1.5, E. 1.6; E. 4.2). 4.5

Dr. I.\_\_\_\_ setzte sich eingehend mit den Standardindikatoren auseinander. Seine Beurteilung umfasste das ganze Leistungsprofil mit sowohl negativen als auch positiven Anteilen und ist so verfasst, dass die attestierte Arbeitsunfähigkeit «gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen» (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1) abgeleitet wurde. Der psychiatrische Gutachter ist bei der Beantwortung der Frage, wie er das Leistungsvermögen einschätzte, den einschlägigen Indikatoren gefolgt, er hat ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt, welche Folge der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind, und seine versicherungsmmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung ist auf objektivierter Grundlage erfolgt. Die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob er sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt hat (BGE 141 V 281 E. 5.2.2), ist klar zu bejahen. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage lassen sich anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit Überwiegen der Wahrscheinlichkeit nachweisen, weshalb auf das Gutachten abzustellen ist. 4.6

Dr. N.\_\_\_\_ kritisiert die gutachterlich gestellte Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung (E. 3.10). Ihre Aussage, wonach dissoziative amnestische Phänomene nur bezüglich der traumatisierenden Ereignisse zu verstehen seien, wurde durch sie nicht belegt und lässt sich nicht so aus der einschlägigen Literatur herauslesen (vgl. E. 4.3). Zudem hat die Beschwerdeführerin versäumt, diese Kritik den Gutachtern zur Stellungnahme vorzulegen.

Weshalb das Kriterium B einer posttraumatischen Belastungsstörung (Wiedererleben, Nachhallen, Flash-Backs, innere Bedrängnis in Situationen, die dem Trauma oder den Traumata ähneln, vgl. Urk. 10/53 S. 17 Ziff. 4.3.3) erfüllt ist, hatten die Gutachter sodann ebenso ausführlich begründet wie das Vorliegen der weiteren Kriterien (E. 3.8.4).

Dr. N.\_\_\_\_

schält aus dieser sorgfältigen Gesamtwürdigung zwei weitere Punkte heraus, welche sie ihrerseits allerdings nur verkürzt wiedergibt. So sei es unhaltbar, das Hören von nicht näher bezeichneten Geräuschen als akustische Intrusionen zu interpretieren.

Die Gutachter beschreiben die deutlichen Anzeichen für akustische Intrusionen indes weit differenzierter: Ducken, rasches Drehen des Kopfes nach hinten über die Schultern, Blickbewegungen nach oben und hinten. Auf Nachfrage habe die Beschwerdeführerin geschildert, sie höre manchmal Geräusche. Neben einer allgemeinen Angst vor Männern und der Idee, von Männern verfolgt zu werden, habe die Beschwerdeführerin das Gefühl gehabt, dass sich manchmal ein fremder Mann in ihrem Zimmer befunden habe, und sie habe mehrfach gehört, dass der Schrank in ihrem Zimmer verschoben worden sei (E. 3.9).

Schliesslich wies Dr. N.\_\_\_\_

darauf hin, dass symbolische Träume wie «von einem Mann oder einem Hund verfolgt zu werden», nicht traumaspezifisch seien (E. 3.10). Auch hier zitiert sie die Gutachter nicht korrekt, weil diese effektiv lediglich die Verfolgung durch einen Hund als «in seiner Symbolik» mit einer traumaspezifischen Thematik vereinbar erachteten, betreffend die Verfolgung durch einen Mann hingegen einen – direkten und nicht symbolischen – Zusam

menhang mit den erlittenen interpersonellen Traumata herstellten (E. 3.9).

Durch diese relativ unfundierte Einzelkritik an bestimmten aus dem Zusammenhang isolierten Kriterien vermag Dr. N.\_\_\_\_ die Überzeugungskraft des Gutachtens mit seiner breit angelegten Würdigung und Diskussion gerade auch bezüglich der Diagnosen nicht zu erschüttern. Gar nicht diskutiert hat sie beziehungsweise die Beschwerdeführerin dies betreffend die diagnostizierte schwergradige Episode einer rezidivierenden depressiven Störung (E. 3.8.2), worauf die Beschwerdeführerin zu Recht hinwies (E. 2.2). Wie die Beschwerdeführerin zum Schluss gelangen konnte, die Akten würden keine fachärztlich begründete Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausweisen (E. 2.1), erhellt nach dem Gesagten nicht.

Ohnehin besteht grundsätzlich keine Korrelation zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit. Vielmehr ergibt sich letztere aus den vorhandenen - objektivierten oder plausibilisierten – Funktionseinschränkungen. Die Gutachter haben die Beschwerdeführerin umfassend untersucht und sämtliche funktionellen Einschränkungen unter Beachtung der Standardindikatoren berücksichtigt (vgl. E. 4.5 sowie Urteil des Bundesgerichts 9C\_474/2017 vom 4. Oktober 2017 mit Hinweisen).

#### 4.7

Dies gilt insbesondere auch für den im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens entscheidenden Aspekt der Konsistenz (vgl. E. 1.6). Nachdem bereits ausführlich dargelegt wurde, weshalb der Ausschlussgrund der Aggravation nicht vorliegt (E. 4.1-4), erhält das Gesamtbild einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auch mit Blick auf den rechtsprechungsmässig vorgesehenen Prüfpunkt der Konsistenz keine Risse.

So hielt Dr. I.\_\_\_\_ betreffend die gleichmässige Einschränkung des Aktivitätensniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (vgl. E. 1.6) ausdrücklich fest, Diskrepanzen im Sinne einer schweren subjektiven Beeinträchtigung bei jedoch weitgehend intaktem psychosozialen Funktionsniveau im Rahmen der Alltagsbewältigung hätten nicht bestanden, die Beschwerdeführerin verbringe die meiste Zeit zu Hause in ihrer Wohnung. Sie habe Angst, nach draussen zu gehen, insbesondere der Kontakt zu Männern beängstige sie (E. 3.8.8).

Daran ändert auch nichts, dass die Beschwerdeführerin zumindest bis zum Gutachtenszeitpunkt hinter dem Rücken ihres Sohnes noch Auto fuhr. Offensichtlich war sie diesbezüglich uneinsichtig, wobei es als nachvollziehbar erscheint, dass sie auf dem Hintergrund ihrer Suizidalität keine Bedenken hinsichtlich eines Unfalls hatte (E. 3.8.8). Eine relevante Inkonsistenz, welche Rückschlüsse auf ein effektiv höheres Funktionsniveau zuliesse, ergibt sich daraus entgegen der Beschwerdegegnerin (E. 2.1) nicht.

Auch betreffend den behandlungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck äusserten die Gutachter unmissverständlich und überzeugend, Diskrepanzen zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und der Intensität der bis herigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe bestünden nicht. Die in Anspruch genommene ambulante psychiatrische Behandlung sowie die drei bisherigen mehrwöchigen psychiatrischen Hospitalisationen seien angemessen gewesen (E. 3.8.8).

Angesichts der klaren gutachterlichen Feststellung eines schweren psychischen Beschwerdebildes, aufgrund dessen die Beschwerdeführerin in ihrer Alltagsfunktionalität stark eingeschränkt gewesen und das Ausüben einer beruflichen Tätigkeit nicht denkbar sei

(E. 3.8.2), braucht das Vorliegen eines eingliederungsanm nestischen Leidensdruckes an sich nicht näher diskutiert zu werden. Festzuhalten ist immerhin, dass die Beschwerdeführerin von Mitte November 2017 bis Mitte Februar 2018 einen Arbeitsversuch unternahm und dabei einen hohen Einsatz willen zeigte (E. 3.4), obwohl es ihr dabei subjektiv offenbar nicht gut ging (E. 3.6). Entgegen der Beschwerdegegnerin (E. 2.1) lässt sich aus dieser gegen sätzlichen Wahrnehmung nichts zulasten der Beschwerdeführerin ableiten, zumal die Beobachtungen seitens der Arbeitgeberin nur mittelbar über mehrere Statio nen der Beschwerdegegnerin mitgeteilt wurden (vgl. E. 3.4) und durch keine psychiatrische Fachperson bestätigt oder eingeordnet wurden. 4.8

Nach dem Gesagten ist eine vollständige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdefüh rerin in ihrer angestammten Tätigkeit als ungelernte Kassiererin und Allrounderin ausgewiesen. Nachdem sich diese neuropsychologisch und insbesondere psychi atrisch begründet und die angestammte Tätigkeit sehr einfach und repetitiv aus gestaltet ist, ist ohne Weiteres davon auszugehen, dass auch in jeglicher ange passten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit besteht .

Betreffend den Beginn der Arbeitsunfähigkeit gingen die Gutachter davon aus, dass die Beschwerdeführerin im Zuge der Exazerbation der psychischen Sympto matik infolge des Überfalls in der K.\_\_\_-Strasse im Jahr 2016 oder 2017 zu 100 % arbeitsunfähig geworden sei (E. 3.8.9). Auch dies überzeugt und gilt somit als erstellt.

Soweit erforderlich , ist der genaue Zeitpunkt nachfolgend zu eruieren. 4.9

Ein Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruches. Die IV-Anmeldung ging am 30. Oktober 2017 bei der Beschwerdegegnerin ein (Urk. 10/11 sowie Aktenver zeichnis zu Urk. 10). Ein allfälliger Rentenanspruch bestünde somit grundsätzlich ab dem 1. April 201 8. Die Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG setzt jedoch eine mindestens 40%ige Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres voraus (vgl. E. 1.3).

Die Beschwerdeführerin gab am 16. Juni 2017 gegenüber der Krankentaggeld versicherung an, der Beginn der 100%igen Arbeitsunfähigkeit sei am 8. Mai 2017 gewesen (Urk. 10/12 Ziff. 4), was sich mit den Angaben ihres ambulanten Behandlers Dr. A.\_\_\_ weitgehend deckt (Urk. 10/12/2, vgl. E. 3.1). Entspre chend lief das Wartejahr im Mai 2018 ab. Zu und ab diesem Zeitpunkt ist gestützt auf das Gutachten und die Berichte der Behandler (vgl. E. 3.3, E. 3.5, E. 3.7) auf jeden Fall von einer vollständigen Erwerbsunfähigkeit auszugehen. 4.10

Bei einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit erübrigt sich ein Einkommensvergleich. Die Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine ganze Rente ab 1. Mai 201 8.

Dies führt zur Gutheissung der Beschwerde. 5. 5.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerle gen. 5.2

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) hat die obsiegende Beschwerdeführerin Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer ).

Beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist die Prozessentschädigung ermessensweise auf Fr. 2'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5.3

Bei diesem Ausgang erweist sich das Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 28. September 2021 mit der Feststellung aufgehoben, dass die Beschwerdeführerin ab 1. Mai 2018 Anspruch auf eine ganze Rente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Jonas Steiner - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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 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. Juli bis und mit dem 5. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

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

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

## **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG in der seit 1. Januar 2004 geltenden Fassung ).

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