

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00644 vom 3. Oktober 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-10-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2021.00644](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00644)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00644 du 3 octobre 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00644 del 3 ottobre 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 1.2**

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

### **E. 1.3**

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 unbesehen 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, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

#### **E. 1.4**

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

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

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

#### **E. 1.5**

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten ( Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts I 659/04 vom 9. Februar 2005 E. 1.1). Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). 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. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisions rechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C\_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C\_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen).

#### **E. 1.6**

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). 2.

## **E. 2**

Die Versicherte erhob am 1. November 2021 Beschwerde gegen die Verfügung vom 30. September 2021 (Urk. 2) und beantragte die Zusprache einer IV-Rente, eventualiter die Rückweisung zur ergänzenden Abklärung (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-2). Am 26. November 2021 sowie 3. Januar 2022 reichte die Versicherte weitere medizinische Berichte ein (Urk. 8-9, Urk. 12-13). Mit Beschwerdeantwort vom 27. Januar 2022 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 15), worauf mit Gerichtsverfügung vom 28. März 2022 antragsgemäss (Urk. 1 S. 2 Ziff. 3) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zugestellt wurde (Urk. 18). Am 11. April 2022 (Urk. 20) äusserte sich die Beschwerdeführerin zur Beschwerdeantwort und liess die Honorarnote (Urk. 21)

einreichen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

In der angefochtenen Verfügung vom 30. September 2021 (Urk. 2) führte die Beschwerdegegnerin aus, es hätten keine gesundheitlichen Einschränkungen festgestellt werden können, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Aus dem ausführlichen Gutachten seien viele Hinweise ersichtlich, die Widersprüchlichkeiten darstellten. Aus medizinischer Sicht sei jegliche Tätigkeit zu 100 % zumutbar. Auch aus den neu einverlangten Berichten

gingen keine wesentlichen Einschränkungen hervor, welche sich erklären liessen. Die Einschränkungen seien am ehesten mit einer reduzierten körperlichen Aktivität zu erklären. Mit der nötigen Bewegung und Aufarbeitung der körperlichen Muskulatur verbessere sich diese, und die Beschwerdeführerin sei voll leistungsfähig. Es bestehe kein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen oder eine Invalidenrente (S. 2).

Im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 27. Januar 2022 (Urk. 15) führte die Beschwerdegegnerin sodann aus, gemäss der Stellungnahme des RAD sei der Beschwerdeführerin aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht eine somatisch optimal angepasste Tätigkeit nach wie vor vollumfänglich zumutbar (S. 2 Rz 4). Gestützt auf die psychiatrisch-neuropsychologische Begutachtung seien sodann die angegebenen Einschränkungen nicht plausibel, und es könne keine Diagnose gestellt werden, welche die diagnostischen Leitlinien erfülle. Die geltend gemachten Einschränkungen hätten nicht nachgewiesen werden können. Der IQ der Beschwerdeführerin liege sodann über 70 und stelle ebenfalls keine IV-relevante Einschränkung dar (S. 2 Rz 5). Die Gutachten erfüllten die rechtlichen Anforderungen und hätten vollen Beweiswert. Die Beschwerdeführerin habe keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (S. 3 Rz 7).

### **E. 2.2**

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend (Urk. 1), bereits in der rheumatologischen Begutachtung im Jahre 2016 sei festgestellt worden, dass die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei. In der Zwischenzeit lägen ärztliche Berichte in den Akten, welche eine Verschlechterung auf der somatischen Ebene nachweisen würden (S. 5 Rz 9). Im April 2019 sei eine komplexe multilokuläre Beschwerdesymptomatik im Bereich der linken Hand diagnostiziert worden (S. 5 Rz 10). Auch die Klinik für Rheumatologie des

Y.\_\_\_\_

diagnostiziere neben der Schmerzstörung stets ein chronisches spanvertebrales Schmerzsyndrom, Polyarthralgien, Osteoporose sowie einen Status nach osteoporotischer Fraktur mit Keilwirbelbildung BWK 9 (S. 6 Rz 11). Diese Beschwerden beziehungsweise deren Verschlechterung seien von der Beschwerdegegnerin zu Unrecht nicht medizinisch abgeklärt worden, sie habe vielmehr nur ein bidisziplinäres, psychiatrisch-neuropsychologisches Gutachten in Auftrag gegeben (S. 6 Rz 12). Der medizinische Sachverhalt sei folglich nur ungenügend abgeklärt, weshalb ein Gerichtsgutachten in der Disziplin Rheumatologie einzuholen sei (S. 6 Rz 13). Der psychiatrische Gutachter habe sich auf den Standpunkt gestellt, eine Diagnosestellung sei gar nicht möglich, da die Beschwerdeführerin ein hochgradig inkonistentes und nicht authentisches Bild zeige. Ein strukturiertes Beweisverfahren sei gar nicht erst durchgeführt worden (S. 7 Rz 15). Der Gutachter habe die behaupteten Diskrepanzen oder Widersprüche nur sehr oberflächlich dargelegt (S. 8 Rz 16). Diese würden sich klar entkräften lassen (S. 8 f. Rz 17 ff.). Insgesamt lägen klar keine Ausschlussgründe vor, welche den Verzicht auf ein strukturiertes Beweisverfahren rechtfertigten. Auf das psychiatrische Gutachten könne nicht abgestellt werden, weshalb ein Gerichtsgutachten einzuholen sei (S. 11 Rz 26).

### E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist damit der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente und damit verbunden die Frage, ob sich seit Erlass der Verfügung vom 3. Oktober 2016 beziehungsweise des Urteils vom 5. Januar 2018 eine

anspruchsrelevante Veränderung ergeben hat (vgl. vorstehend E. 1.5). 3. 3.1

Im Rahmen der ersten Rentenbeurteilung wurde die Beschwerdeführerin am 22. sowie 31. März 2016 im Auftrag der Beschwerdegegnerin durch die Ärzte des Universitätsspitals Z.\_\_\_\_, A.\_\_\_\_, bidisziplinär begutachtet. In ihrem Gutachten vom 11. Juli 2016 (Urk. 16/53), für welches sich die Ärzte auf die vorhandenen Akten sowie die eigenen psychiatrischen und rheumatologischen Untersuchungen stützten (S. 2), nannten sie zusammenfassend folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 3 Ziff. 3): - generalisiertes myofasziales Schmerzsyndrom (ICD-10 M79.0) mit/bei - Akzentuierung zervikothorakaler und lumbosakraler Übergang bei Wirbelsäulenfehlhaltung/-fehlform mit linkskonvexer Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule (BWS) - Status nach Kompressionsfraktur BWK8 sowie Verdacht auf lumbo sakrale Übergangsstörung - muskuläre Dysbalance - Periarthropathia

humeroscapularis

partim

ankylosans beidseits, aktuell keine Impingement -Symptomatik - Somatisierungstendenz bei psychosozialer Konfliktsituation - chronische Zephalgien - Differentialdiagnose (DD): bei Polypharmakologie, zervikogene Genese klinisch im Hintergrund - Schlafstörung bei anamnestisch Restless

Legs Syndrom - fremdanamnestisch starkes Schnarchen, DD Schlafapnoesyndrom?

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Ärzte folgende (S. 3 Ziff. 3): - koronare Eingefässerkrankung (1997) - adäquat substituierte Hypothyreose nach Autoimmunthyreopathie - gastroösophagealer Reflux bei Cardiainsuffizienz - Helicobacter

-positive Gastritis - Status nach Adnexektomie rechts bei Ovarialzyste 2007 - Status nach Mammareduktionsplastik beidseits 2000

Aus rheumatologischer Sicht bestehe der Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung beziehungsweise eine Somatisierungstendenz, da die klinischen und radiologischen Befunde nicht ohne Weiteres mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden korrelierten und die Gesamtstörung eher ausserhalb des rheumatologischen Fachgebietes zu sehen sei. Allerdings habe in der psychiatrischen Begutachtung keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können, da die Beschwerdeführerin Symptome gezeigt habe, welche aspektmässig an das so genannte Ganser-Syndrom erinnern liessen. Zusammenfassend sei zu konstatieren, dass die Explorandin ein hochgradig inkonsistentes und nicht authentisches Bild während der psychiatrischen Exploration präsentiert habe, was auch zur Beurteilung des Rheumatologen passe, welcher die Hauptproblematik ausserhalb des rein rheumatologischen Formenkreises vermute (S. 3 f.).

Aufgrund der muskuloskelettären Beschwerden sei die Beschwerdeführerin für körperliche schwere Tätigkeiten wie in ihrer angestammten Putztätigkeit in der Baureinigung bleibend nicht mehr arbeitsfähig. Begründet werde dies durch das generalisierte myofasziale Schmerzsyndrom. Aus psychiatrischer Sicht würden sich keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ergeben. Aus gesamtmedizinischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in einer leichten Putztätigkeit wie auch in der Haushaltsführung nicht eingeschränkt, für solche Verweistätigkeiten bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Diese Beurteilung gehe alleine auf die rheumatologische Beurteilung zurück, aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung für allfällige Verweistätigkeiten (S. 4).

Bezüglich medizinischer Massnahmen hielten die Ärzte fest, seitens des Bewegungsapparates sei von passiven physiotherapeutischen Interventionen kein positiver Einfluss auf das bestehende Schmerzbild zu erwarten. Empfehlenswert seien primär aktive, in Eigeninitiative durchgeführte Bewegungstherapien mit Ziel allgemeiner Rekonditionierung und Kräftigung der rumpfstabilisierenden Muskelgruppen zur Haltungskorrektur. Aus psychiatrischer Sicht könnten keine Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit genannt werden, da keine psychiatrischen Diagnosen gestellt worden seien (S. 4 f.). 3.2

Im Urteil des hiesigen Gerichts vom 5. Januar 2018 wurde die medizinische Aktenlage sodann folgendermassen beurteilt (Urk. 16/121 E. 4 S. 13 f.):

« Die Beschwerdeführerin kritisiert das Gutachten des A.\_\_\_\_ und macht insbesondere geltend, es liege eine Diskrepanz zwischen der gutachterlichen Beurteilung und den Ausführungen der behandelnden Ärzte vor (...). Ein Vergleich der bei den Akten liegenden Arztberichte zeigt aber ein grundsätzlich übereinstimmendes Bild der Beschwerdeführerin. So wiesen nicht nur die Gutachter des A.\_\_\_\_ darauf hin, dass die geklagten Beschwerden nicht mit den festgestellten Befunden übereinstimmen würden (...), auch die Ärzte des Y.\_\_\_\_

bezeichneten das allgemeine Verhalten als demonstrativ und inkonsistent und äusserten den Verdacht auf ein gezieltes Einsetzen der Beschwerden mit dem Ziel eines sekundären Gewinns (...). Hinzu kommt, dass sowohl die behandelnde Psychotherapeutin lic. phil. B.\_\_\_\_ als auch die Ärzte des Spitals C.\_\_\_\_

wie auch des Y.\_\_\_\_ auf die hochgradige psychosoziale Belastungssituation hinwies (...). Dass die Beschwerden nur teilweise mit festgestellten objektiven Befunden erklärt werden können, wird auch gestützt durch die Tatsache, dass verschiedene wiederholt durchgeführte Abklärungen bei spezialisierten Ärzten keine entzündlichen oder nicht behandelbaren Resultate ergeben haben (...). Mehrere Ärzte wiesen sodann auf die zu grossen Mengen an Medikamenten hin, welche die Beschwerdeführerin einnimmt, und empfahlen dringend eine Überprüfung beziehungsweise Neueinstellung der Medikamente (...).

Die Argumentation der Beschwerdeführerin, der psychiatrische Gutachter habe die Diagnose einer depressiven Störung mittelgradiger Episode ohne Begründung einfach verworfen sowie ein inkonsistentes Verhalten betont, was nicht nachvollziehbar sei (...), vermag dagegen nicht zu überzeugen. Vielmehr legte der psychiatrische Gutachter unter Ziff. 4.1 auf S. 7-8 seines Fachgutachtens (...) den Befund ausführlich dar und führte nachvollziehbar aus, weshalb er das von der Beschwerdeführerin gebotene Bild keiner authentischen, nach ICD-10 diagnostizierbaren psychischen Störung zuordnen konnte (...). So hielt der Gutachter beispielsweise fest, besonders auffällig seien die inkomplette Orientierung sowie das Vorbeireden, wobei das abnorme Verhalten durch Interventionen klar modulierbar gewesen sei (...). Dies schilderten denn auch die Ärzte des Y.\_\_\_\_ (...). Weiter wies der psychiatrische A.\_\_\_\_ -Gutachter auf die in der Anamnese fehlenden mehreren, voneinander durch Remissionen getrennten depressiven Episoden hin (...).

(...)

Damit erweist sich die von der Beschwerdeführerin erhobene Kritik am A.\_\_\_\_ -Gutachten vom 11. Juli 2016 als insgesamt nicht stichhaltig. Das A.\_\_\_\_ -Gutachten erfüllt die praxisgemässen Kriterien (...) vollumfänglich, sodass darauf abgestellt werden kann.

Demgegenüber gab der Hausarzt Dr. D.\_\_\_\_ keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ab, sondern verwies vielmehr auf die diesbezüglichen Ausführungen der Ärzte des Spitals C.\_\_\_\_ sowie der behandelnden Psychotherapeutin (...). Die behandelnde Psychotherapeutin lic. phil. B.\_\_\_\_

hielt sodann im ersten Bericht vom Dezember 2014 die bisherige Tätigkeit zwar nicht mehr für zumutbar, machte jedoch keine Angaben zu einer behinderungsangepassten Tätigkeit (...). Im aktuellen Bericht vom 21. November 2016 machte sie keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit (...). Nachdem die behandelnde Psychotherapeutin keine Angaben zur Zumutbarkeit einer behinderungsangepassten Tätigkeit gemacht hat und die bisherige Tätigkeit in der Baureinigung auch aufgrund der rheumatologischen Beschwerden nicht mehr zumutbar ist, kann nicht von einer offenen sichtlichen und damit weiter abklärungsbedürftigen Diskrepanz zwischen der Beurteilung durch die A.\_\_\_\_ -Gutachter und den behandelnden Ärzten ausgegangen werden.

Der medizinische Sachverhalt ist damit als dahingehend erstellt zu betrachten, dass der Beschwerdeführerin aus rheumatologischen Gründen die bisherige Tätigkeit als Reinigungsangestellte in der Baureinigung nicht mehr zugemutet werden kann. Eine körperlich leichte Tätigkeit, auch im Reinigungssektor, ist der Beschwerdeführerin hingegen seit der Begutachtung im Juli 2016 in einem Pensum von 100 % zumutbar.» 4. 4.1

Im Nachgang der Neuanschuldung vom 10. August 2018 (Urk. 16/127) wurden die folgenden medizinischen Berichte eingereicht. 4.2

Die Ärztin des Universitätsspitals Y.\_\_\_\_, Klinik für Rheumatologie, nannte in ihrem Bericht vom 7. März 2018 folgende Diagnosen (Urk. 16/124/11-15 S. 1 ff.) - chronisches panvertebrales, seit September 2017 exazerbiertes

lumbo spondylogenes Schmerzsyndrom - Kopfschmerz durch Analgetikaübergebrauch - Fibromyalgie / anhaltende somatoforme Schmerzstörung, bekannt mindestens seit 2013 - chronische depressive Störung - milde Polyarthrose, Erstdiagnose 2016 - Osteoporose, Erstdiagnose Oktober 2016 - wiederholte Bewusstlosigkeiten unklarer Ursache - substituierte Hypothyreose nach teil- oder partieller Thyroidektomie - diffuse, nicht stenosierende Koronarsklerose, keine behandlungsbedürftigen Stenosen und koronare Kardiopathie - Status nach unklarer Colitis - Refluxerkrankung

Anamnestisch stünden wie auch früher die diffusen Schmerzen im Vordergrund (S. 3). In der klinischen Untersuchung zeigte sich eine schmerzgeplagte Patientin, sonst aber in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Alle Bewegungen seien schwierig bei starker Dekonditionierung. Erfreulich sei, dass die Beschwerdeführerin die Schmerzmedikation fast völlig abgesetzt habe. Stark empfohlen werde die regelmässige Durchführung einer Psychotherapie mit kognitiver Therapie. Auch sehr empfehlenswert sei eine leichte, regelmässige körperliche Aktivität, was aber die Beschwerdeführerin ablehne. Es seien wieder die Nachteile des Bettliegens am Tage diskutiert worden, dies sei auf jeden Fall zu vermeiden. Die Behandlung sei abgeschlossen (S. 4). 4.3

Am 27. September 2018 nannte die Ärztin des Y.\_\_\_\_, Klinik für Rheumatologie, bei ansonsten unveränderten Diagnosen folgende neuen Diagnosen (Urk. 16/134 / 3- 16 S. 1 ff.): - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), differenzialdiagnostisch Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) - Necrobiosis

lipoidica Unterschenkelbereich rechts - gemischte Urge -betonte Inkontinenz sowie Stuhlinkontinenz

Klinisch fanden sich keine dermatomspezifischen Befunde, die im Untersuchungsprotokoll vorliegende nicht-dermatomspezifische Muskelschwäche habe bei Ablenken der Beschwerdeführerin kaum noch festgestellt werden können. Es fanden sich klinisch zudem eine Fehlhaltung bei Skoliose, Haltungsinsuffizienz sowie deutliche myofasziale Befunde. Nebst diesen Befunden sei die vorliegende Schmerzsymptomatik jedoch hauptsächlich durch eine ausgeprägte Schmerzverarbeitungsstörung und die bekannte Fibromyalgie zu erklären. Ein psychologisches Konzil habe histrionische Züge und eine depressive Symptomatik bei vorliegender Benzodiazepin- und Opiatabhängigkeit sowie Sedativübergebrauch nachgewiesen. Des Weiteren bestehe sicherlich eine psychosozial erschwerte Situation bei Hinweisen für eine Schmerzausweitung. Auch ein sekundärer Krankheitsgewinn könne nicht ausgeschlossen werden. Begleitend bestünden degenerative LWS-Veränderungen sowie Facettengelenksarthrosen. Klinisch fanden sich derzeit jedoch keine wegweisenden Befunde, welche eine erneute Bildgebung rechtfertigen würden (S. 2). Es zeige sich insgesamt ein stationärer Verlauf der Beschwerden, wobei die Beschwerdeführerin sich sowohl für physio-/ergotherapeutische als auch psychologische Massnahmen nur schwer zugänglich zeige (S. 3). 4.4

Nach einer notfallmässigen Selbstzuweisung bei Schmerzexazerbation eines chronischen Panvertebralsyndroms war die Beschwerdeführerin vom 1. bis 8. Februar 2019 im Y.\_\_\_\_, Klinik für Rheumatologie, hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 8. Februar 2019 (Urk. 16/167/1-7) führte die Ärztin bei bekannten Diagnosen (S. 1 ff.) aus, die

Beschwerdeführerin gebe diffuse Schmerzen an den Hüften beidseits, am ganzen Rücken sowie diffuse Schmerzen an fast allen Gelenken an. Seit Langem habe sie zudem ein Taubheitsgefühl an beiden Beinen, daher wünsche sie sich unbedingt einen Rollstuhl. Klinisch zeige sich eine normale Sensomotorik der oberen Extremitäten, vor allem bei Ablenkung. Bei Angabe von Beinschwäche habe, wenn sie abgelenkt gewesen sei, ein Kraftgrad von fluktuierend M3 bis M5 erzielt werden können, wobei sie jeweils stark angestrengt gewirkt und gezittert habe (S. 3). Es sei von einer Exazerbation der chronischen panvertebralen und Fibromyalgie-Schmerzen auszugehen, Hinweise für eine radikuläre Problematik hätten sich keine ergeben. Bei ausgeprägter Schmerzausweitung seien weitere Abklärungen und Therapien sehr zurückhaltend ergriffen worden. Die Beschwerdeführerin wünsche dringend einen Rollstuhl. Es sei ihr mehrmals erklärt worden, dass keine Hinweise für motorische Ausfälle bestünden und dringend eine Rekonditionierung sowie physiotherapeutische Unterstützung notwendig sei. Ein Rollstuhl begünstige die bisherige Dekonditionierung, und es sei davon abzuraten. Die Beschwerdeführerin habe sich jedoch nicht überzeugen lassen und auf ihrem Wunsch beharrt. Es sei daher ein Rezept für einen Rollstuhl ausgestellt worden (S. 4). 4. 5

In ihrem Bericht vom 11. April 2019 (Urk. 16/17

#### **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).

#### **E. 9**

Der behandelnde Psychiater Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in seinem Bericht vom 18. September 2019 ( Urk. 16/189) folgende Diagnosen (Ziff. 2.5): - akute Belastungsstörung (ICD-10 F43.0) vor dem Hintergrund einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61), narzisstisch, histrionisch, regressiv mit dissoziativen Elementen - rezidivierende depressive Störung, zuletzt schwer mit Suizidalität (ICD-10 F33.2) - somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.3) mit chronischem panvertebralem Schmerzsyndrom, Polyarthralgien, Gangunsicherheit und dissoziativen Bewusstlosigkeiten und Rollstuhlbedürftigkeit - differenzialdiagnostisch dissoziative Bewegungsstörungen im Rahmen von Diagnosen 1 und 2 - Medikamentenabhängigkeit - restless - legs -Syndrom - Zustand nach Myokardinfarkt - Epilepsie - Hypercholesterinämie - Zustand nach Brust- und Eierstocktumor - Adipositas - Osteoporose - substituierte Hypothyreose nach teil- oder partieller Thyroidektomie - Inkontinenz

Das Verhalten der Beschwerdeführerin sei von manchen Stellen als bewusste und absichtliche Täuschung missverstanden worden, dies wohl auch aufgrund der sprachlichen Barrieren. Für ihn als Behandler, der die Beschwerdeführerin seit mehreren Jahren kenne, zeigten sich keine Hinweise auf Simulation oder Malingering. Die kohärenten, das heisst

auch im Privatleben auftretenden Symptome, insbesondere die Rollstuhlbedürftigkeit, würden einen klar medizinischen, pathologischen und chronifizierten Charakter aufweisen. Bewältigungsstrategien seien praktisch nicht vorhanden. In ihrer körperlich-psychischen Regression sei die Beschwerdeführerin mittlerweile so weit fortgeschritten, dass sie vom getrennt lebenden Ehemann in die Wohnung im dritten Stock getragen werden müsse. Sie selbst verlasse die Wohnung sitzend und auf einer Matte die Treppe abwärts rutschend. Seitens der Invalidenversicherung sei ein motorgetriebener Rollstuhl verweigert worden, so dass sie nun in weitere finanzielle Bedrängnis und soziale Isolation gerate. Vor diesem Hintergrund hätten sich bei Status nach zwei Suizidversuchen ernstzunehmende Suiziddrohungen gehäuft, so dass die Überweisung in eine psychiatrische Klinik unumgänglich geworden sei. Es seien Konzentrations- und Gedächtnisstörungen vorhanden, inhaltlich fänden sich keine Hinweise auf Wahn- oder Ich-Störungen. Die Beschwerdeführerin berichte aber von paranormalen Erlebnissen und übernatürlichen Fähigkeiten und Kontakten (Ziff. 2.2). Eine Arbeitsfähigkeit sei seit Jahren nicht mehr gegeben (Ziff. 2.7). Ob der Beschwerdeführerin eine angepasste Tätigkeit zugemutet werden könnte, müsste erprobt werden. Eine beschützte Stelle wäre schon aus therapeutischen Gründen sinnvoll. Es sei jedoch unsicher, ob ein solcher Versuch aufgrund der zahlreichen Einschränkungen gelingen würde (Ziff. 4.2). Die Prognose sei schlecht (Ziff. 4.3). Seit Beginn der Krise fänden die Behandlungen wöchentlich bis monatlich statt (Ziff. 1.2). 4.

#### **E. 10**

Vom 11. September bis 3. Oktober 2019 war die Beschwerdeführerin erstmals im Sanatorium I.\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 7. Oktober 2019 diagnostizierten die Ärzte insbesondere eine mittelgradige depressive Episode mit Status nach zwei Suizidversuchen ( ICD-10 F32.1; Urk. 16/203 S. 1) . Als psychiatrische Nebendiagnosen nannten die Ärzte sodann folgende (S. 1 f.): - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F13.2) - psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F11.2) - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen, narzisstischen und regressiven Zügen (ICD-10 F61)

Bei Eintritt habe sich die Beschwerdeführerin im Affekt sehr deprimiert, klagsam und im formalen Denken eingengt auf ihre Schmerzen und die Missstände zu Hause gezeigt. Durch die Unterstützung des Sozialdienstes habe eine Kostenübernahme des elektrischen Rollstuhls durch die Beschwerdegegnerin bewirkt werden können. Erfreulicherweise sei während des stationären Aufenthaltes zudem bekannt geworden, dass durch das Sozialamt der Umzug in eine rollstuhlgängige Wohnung habe organisiert werden können. Im Verlauf sei die Beschwerdeführerin im Affekt deutlich aufgehellter und schwingungsfähiger wahrgenommen worden. Da sie insbesondere auch von den sozialen Kontakten auf der Station profitiert habe, sei ihr die ambulante Mitbetreuung durch eine psychiatrische Spitex empfohlen worden. Die Beschwerdeführerin sei in stabilisiertem und gebessertem Zustandsbild entlassen worden (S. 2 f.). 4.

#### **E. 11**

In seinem Bericht vom 21. Oktober 2019 (Urk. 16/206) erklärte der Arzt des Y.\_\_\_\_, Klinik für Rheumatologie, der Gesundheitszustand sei bei unveränderten Diagnosen stationär

(Ziff. 1.1-2). Die Arbeitsfähigkeit könne er nicht beurteilen, da er die Beschwerdeführerin kaum kenne (Ziff. 1.3). Im Prinzip sei die Behandlung abgeschlossen, er sehe keine Möglichkeit, wie die Beschwerden der Patientin aus rheumatologischer Sicht gelindert werden könnten. Die Beschwerdeführerin erscheine allerdings auf eigenes Veranlassen immer wieder. Ein elektronischer Rollstuhl sei aufgrund der rheumatologischen Befunde nicht sinnvoll. Es sei vielmehr davon auszugehen, dass damit eine psychomotorische Involution kompensiert werde, welche die Beschwerdeführerin im Rahmen einer psychiatrischen Begleiterkrankung durchmache. Aus Sicht des Bewegungsapparates sei der Rollstuhl kontraproduktiv (Ziff. 3.1). Es sei ihm nicht im Detail bekannt, ob Faktoren bestünden, welche die Krankheit aufrechterhielten. Es sei aber wahr scheinlich, da die Befunde am Bewegungsapparat die Einschränkungen nicht hinreichend erklärten (Ziff. 4.4).  
4.

#### **E. 12**

Mit Schreiben vom 22. Oktober 2019 wies Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, darauf hin, dass es nach einem Sturz zu einer offensichtlichen Dislokation der passagären Arthrodese respektive der eingebrachten Kürschner drähte im Bereich der linken Hand gekommen sei, sodass eine Revision erforderlich geworden und am 21. Oktober 2019 durchgeführt worden sei. Es sei eine massive Einschränkung in den nächsten vier bis sechs Wochen zu erwarten (Urk. 16/207/4). 4.

#### **E. 13**

Der Hausarzt med. pract .

D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, ging in seinem am 25. November 2019 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Bericht bei bekannten Diagnosen von einem verschlechterten Gesundheitszustand aus (Urk. 16/212/1-3 Ziff. 1.1-2). Bei Gangunsicherheit mit Fallneigung sei die Beschwerdeführerin auf einen Rollstuhl angewiesen. Sie leide an Schmerzen am ganzen Körper (Ziff. 1.3). Es bestehe weder in der früheren noch in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.1). Durch die multiple Erkrankung und Depression sei die Motivation gering, da es keinen Erfolg bezüglich der Arbeitsfähigkeit gebe (Ziff. 4.4). 4.

#### **E. 14**

Am 25. November 2019 diagnostizierte der Arzt des Y.\_\_\_\_, Klinik für Rheumatologie, eine schwere somatoforme Schmerzstörung in einem palliativen Stadium (Urk. 16/215 S. 1). Klinisch seien Knie und Sprunggelenke frei beweglich, wenn gleich alle Bewegungen schmerzhaft seien. Es gebe keine Schwellungen oder andere Entzündungszeichen. Die von der Beschwerdeführerin beanstandeten Gelenksregionen, wo sie eine Schwellung feststelle, seien physiologisch, es handle sich um Fettpolster (S. 1). Interessanterweise könne sie sich die Schuhe und die Kniekletttschiene mit der rechten Hand alleine aus- und anziehen (Urk. 16/215/5). Die Beschwerdeführerin verlange nach stärkeren Analgetika, es bestehe allerdings eine komplizierte Polypharmacie, weshalb er nicht interferieren wolle (S. 1 f.).  
4.

#### **E. 15**

RAD-Arzt Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, wies am 20. Dezember 2019 darauf hin, dass der von der Beschwerdeführerin geltend gemachte komplexe Gesundheitsschaden entsprechend der von den behandelnden Rheumatologen nachdringlich

thematisierten Inkonsistenzen nicht schlüssig er klärt werden könne. Auch psychiatrisch schienen neben den medizi nischen Aspekten andere Faktoren mitzuspielen. Im Rahmen der Gegebenheiten solle daher zunächst eine psychiatrische respektive interdisziplinäre Fallbe sprechung erfolgen (Urk. 16/263 S. 5 f.).

Am 13. Februar 2020 hielt Dr. K.\_\_\_\_ ergänzend fest, orthopädisch-rheumatologisch handle es sich offenbar um ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Ausfälle bei Fehlhaltungen, myofaszialen Befunden und Dekonditionierung . Die mit dem Altersprozess im 60. Lebensjahr physiologisch zu vereinbarenden degenerativen Wirbelsäulenveränderungen, die bisher durchgeführten blanden neurologischen Untersuchungsergebnisse sowie die internistisch eingestellten Gesundheitsstörungen würden den Beschwerde druck der Beschwerdeführerin nicht erklären. Medizinisch-theoretisch sollten somatisch optimal angepasste Tätigkeiten weiterhin vollumfänglich möglich sein. Scheinbar würden andere Faktoren zu den Befindungsstörungen der Beschwer deführerin führen , und es werde um eine ergänzende psychiatrische Beurteilung gebeten (Urk. 16/263 S. 6). 4.

#### **E. 16**

RAD-Ärztin Dr. med. L.\_\_\_\_ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, fasste in ihrer Stellungnahme vom 18. Februar 2020 (Urk. 16/263 S. 6-9) die bei den Akten liegenden psychiatrischen Berichte zusammen (S. 7-8) und hielt fest, aus psychiatrischer Sicht sei der medizinische Sachverhalt nicht plausibel nach vollziehbar , und es bestehe der Verdacht auf Aggravation bei sekundärem Krank heitsgewinn. Vorwiegend würden psychosoziale Belastungen beschrieben. Hin und wieder werde die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung genannt, allerdings bleibe unklar, wann es zur Remission gekommen sein solle. Eine mittelgradige depressive Symptomatik habe jeweils nicht gefunden werden können. Weiter sei eine kombinierte Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden, allein jedoch aufgrund des Äusseren und der Verhaltensweisen, die ICD-10-Kriterien seien jedenfalls nicht erfüllt. Unklar sei, wies es zur Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren beziehungsweise der somatoformen Schmerzstörung gekommen sei. Hierbei handle es sich nicht um die gleichen Erkrankungen, die ICD-10-Kriterien seien auch nicht klar erfüllt. Ob die mittelschweren kognitiven Funktionsstörungen tatsächlich vorlägen, sei nicht klar, diese seien im weiteren Verlauf auch nicht mehr genannt worden. Zur Klärung der Diagnosen und deren Auswirkungen werde eine psychiatrische sowie neuropsychologische Begutachtung empfohlen (Urk. 16/263 S. 9). 4.

#### **E. 17**

Am 29. Mai sowie 24. Juli 2020 wurde die Beschwerdeführerin im Auftrag der Beschwerdegegnerin psychiatrisch sowie neuropsychologisch begutachtet (Urk. 16/238 S. 1, Urk. 16/239 S. 1). In seinem Gutachten vom 17. August 2020 (Urk. 16/238) vermochte Dr. med. M.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, keine Diagnose zu nennen (S. 87). Er führte aus, im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung sei man für die Diagnostik und die Einschätzung der Leistungsfähigkeit ganz wesentlich auf die subjektiven Angaben der Explo randen angewiesen. Dies bedinge aber, dass diese Angaben zuverlässig seien. Im vorliegenden Fall fänden sich sehr viele Hinweise dafür, dass dies nicht der Fall sei. Bereits in den Akten fänden sich diesbezüglich eindeutige Hinweise, so beispielsweise im psychiatrischen Gutachten aus dem Jahre 2016, dem Bericht des Y.\_\_\_\_ ,

Klinik für Rheumatologie, vom 8. Februar 2019 sowie dem Bericht der Klinik E.\_\_\_\_ vom 11. April 2019 (S. 83 f.). Im Rahmen der aktuellen Begutachtung sei die Beschwerdeführerin auch neuropsychologisch untersucht worden, wobei insgesamt eine minimale neuropsychologische Hirnfunktionsstörung mit diskreten Minderleistungen im nonverbalen Arbeits-Kurzzeitgedächtnis und eine unterdurchschnittliche Intelligenz mit einem Nonverbal-IQ von 83 beschrieben worden sei. Dies spreche eindeutig dagegen, dass die Angaben der Beschwerdeführerin über ihre Ausbildung und berufliche Karriere zutreffen könnten. Sie habe diesbezüglich dem neuropsychologischen Gutachter gegenüber denn auch ganz andere Angaben gemacht. Aufgrund des Resultates im Intelligenztest müsse wohl davon ausgegangen werden, dass beides nicht zutreffe. Auch bezüglich der aktuellen Symptomatik habe die Beschwerdeführerin blumig über Symptome berichtet, die so sicherlich nicht bestünden (S. 85). Die berichteten Symptome seien alle einigermaßen widersprüchlich und kaum glaubhaft. Insbesondere sei auch nicht glaubhaft, dass diese Symptomatik seit zehn Jahren bestehe und bisher niemand davon Kenntnis gehabt habe. Auch würde man, wenn die Beschwerdeführerin tatsächlich seit vielen Jahren an einer produktiv-psychotischen Symptomatik leiden würde, wie sie vorgegeben habe, erwarten, dass die neuropsychologische Leistungsfähigkeit dadurch beeinträchtigt sei. Dem sei aber nicht so. Auch die Angaben zum Tagesablauf respektive zu ihren täglichen Aktivitäten seien etwas widersprüchlich. Verschiedene Medikamente, welche die Beschwerdeführerin nach ihren Angaben regelmässig einnehme, hätten sodann im Blut nicht nachgewiesen werden können. In dieser Situation könne er sich nur der Einschätzung des früheren psychiatrischen Gutachters Dr. N.\_\_\_\_ anschliessen und festhalten, dass die Beschwerdeführerin weiterhin ein hochgradig inkonsistentes und nicht authentisches Bild präsentiert habe. Es könne in dieser Situation keine psychiatrische Diagnose nach definierten Kriterien gestellt werden (S. 86 f.).

Wie bereits der Vorgutachter Dr. N.\_\_\_\_ gehe er nicht davon aus, dass die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllt seien. Zwar werde diese Diagnose vom behandelnden Psychiater gestellt, aber nicht nach den diagnostischen Leitlinien des ICD-10 hergeleitet oder begründet. Letztlich müsse man aber festhalten, dass auch diese Diagnose nur dann gestellt werden könne, wenn man sich dabei auf zuverlässige Angaben abstützen könne (S. 89 Ziff. 7.1.2). Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung fänden sich viele Hinweise für Diskrepanzen, Widersprüche und starke Aggravation, sodass keine eindeutigen Angaben zum bisherigen Verlauf von Behandlungen, Rehabilitationen und Eingliederungsmassnahmen, zur Konsistenz und Plausibilität sowie zur Validität und Nachvollziehbarkeit der Untersuchungsergebnisse gemacht werden könnten. Dies gelte auch für die Würdigung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen. Im Rahmen der neuropsychologischen Abklärung sei die Symptomvalidierung zwar unauffällig ausgefallen, allerdings sei auch das Leistungsprofil der Beschwerdeführerin wesentlich unauffälliger gewesen (S. 90 f. Ziff. 7.2.1, Ziff. 7.3.1-2, Ziff. 7.4.1). Die Behandler würden davon ausgehen, dass die Angaben und Klagen der Beschwerdeführerin zuverlässig seien. Sie würden sich aber exklusiv darauf abstützen und müssten darum zu einer anderen Einschätzung kommen (S. 90 Ziff. 7.3.3). Da keine psychiatrische Diagnose nach definierten Kriterien gestellt werden könne, würden sich auch keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen oder einer angepassten Tätigkeit begründen lassen (S. 91 f. Ziff. 8.1.1, Ziff. 8.2.1). Das Krankheitsbild sei wesentlich durch psychosoziale Belastungsfaktoren geprägt. Hierzu sei auch die Krankheitsüberzeugung respektive das Krankheitsverständnis der Beschwerdeführerin zu zählen. Dieses zeige sich ganz deutlich

im Umgang mit dem Rollstuhl, den man ihr schlussendlich verschrieben und dann auch finanziert habe, obwohl dies als kontraindiziert beschrieben worden sei. Aufgrund der sehr deutlichen Diskrepanzen und Widersprüche sowie eindeutiger Aggravation bei der psychiatrischen Untersuchung könne aber letztlich keine Diagnose und damit auch keine Einschränkungen begründet werden (S. 95 Ziff. 8.3.14).

Der neuropsychologische Gutachter lic. phil. O.\_\_\_\_, Fachpsychologe für Neuropsychologie und zertifizierter neuropsychologischer Gutachter, führte in seinem Untersuchungsbericht vom 25. Juli 2020 (Urk. 16/239) eine unter durchschnittliche Intelligenz (Nonverbal-IQ 83) sowie eine minimale neuropsychologische Hirnfunktionsstörung mit diskreten Minderleistungen im nonverbalen Arbeits-/Kurzzeitgedächtnis auf (S. 6 Ziff. 13.1). In der neuropsychologischen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin bereitwillig und kooperativ mitgearbeitet. In der Beobachtung des Testverhaltens und in der Analyse der Befunde auf Gültigkeit und Konsistenz zeigten sich weitgehend altersentsprechende und konsistente Befunde, jedoch keine Hinweise auf geringe Leistungsmotivation oder Aggravation von kognitiven Beeinträchtigungen. Auch in sämtlichen durchgeführten Symptomvalidierungstests hätten sich keine auffälligen Resultate gezeigt. Es könne von validen Testbefunden ausgegangen werden (S. 6). In den Jahren 2016 und 2019 seien in der Klinik E.\_\_\_\_ jeweils zwei Demenz-Screening-Tests durchgeführt worden. Damals habe sich ein stabiler Verlauf, in der Beschwerdevalidierung ein uneindeutiger Befund gezeigt. Ausgehend von den Befunden sei eine mittelgradige bis schwere neuropsychologische Störung diagnostiziert worden. In der aktuellen dezidierten neuropsychologischen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin in einem vergleichbaren Screening-Verfahren einen normvarianten Befund gezeigt, auch im Uhrentest habe sie keine Probleme gezeigt. In der neuropsychologischen Untersuchung habe sie aktuell im Vergleich mit einer hirngesunden Altersreferenzpopulation im mnestischen Bereich eine diskret verminderte Kapazität und Stabilität im nonverbalen Arbeits- und Kurzzeitgedächtnis gezeigt, ansonsten weitgehend altersentsprechende Resultate. Leicht vermindert - jedoch vor dem Hintergrund der guten und exakten qualitativen Leistungen bei den entsprechenden Aufgaben - sei das Verarbeitungstempo. In diversen Beschwerdevalidierungstests habe die Beschwerdeführerin durchwegs unauffällige Resultate gezeigt. Die damals diagnostizierte mittelgradige bis schwere neuropsychologische Störung könne vor dem Hintergrund der vorliegenden Befunde in keiner Weise nachvollzogen werden. Aktuell zeige sich ein weitgehend altersentsprechendes neuropsychologisches Leistungsprofil (S. 8 Ziff. 13.2). In einer beruflichen Tätigkeit, wie der zuletzt ausgeübten, bestünden bezüglich der intellektuell/neuropsychologischen Voraussetzungen keine berufsrelevanten kognitiven Einschränkungen, wenn die Beschwerdeführerin in ihrem Tempo arbeiten könne (S. 8 Ziff. 13.3). Aus neuropsychologischer Sicht seien bei den intellektuellen/neuropsychologischen Voraussetzungen angepasste Routinetätigkeiten, welche die Beschwerdeführerin in ihrem Tempo jeweils sequenziell nacheinander erledigen könne, ideal adaptierte Voraussetzungen gegeben (S. 8 Ziff. 13.4). Die Beschwerdeführerin verfüge über knapp erwartungsentsprechende intellektuelle Fähigkeiten. Auf grundlegender neuropsychologischer Informationsverarbeitungsebene zeigten sich diskrete Minderleistungen in umschriebenen Bereichen (nonverbales Arbeits- und Kurzzeitgedächtnis, leicht vermindertes Arbeitstempo). Ansonsten zeige sich im Vergleich mit einer hirngesunden Altersreferenzpopulation mit vergleichbarer Schul- und Berufsbildung ein alterskonformes Leistungsprofil (S. 8 f. Ziff. 13.5). 4.

### **E. 18**

Vom 25. bis 29. August 2020 war die Beschwerdeführerin aufgrund persistieren der Schmerzen am Daumenstrahl links in der Universitätsklinik P.\_\_\_\_ hospitalisiert . Im Austrittsbericht vom 29. August 2020 (Urk. 16/254/1-4) hielten die Ärzte fest, in der ersten postoperativen Nacht habe die Beschwerdeführerin eine Dyspnoe mit stechenden Thoraxschmerzen entwickelt und sei zur weiteren Betreuung und Diagnostik auf die Intensivstation übernommen worden (S. 2). In der Folge sei das CRP massiv angestiegen und die Nierenfunktion habe sich verschlechtert. In der Gesamtschau der Befunde seien sie von einem subakuten Geschehen bezüglich der Lungenembolien ausgegangen, anschliessend sei es wahrscheinlich zu einer Pneumonie gekommen. Bei drohender respiratorischer Erschöpfung und ausgeschöpften therapeutischen und diagnostischen Möglichkeiten sei die Beschwerdeführerin zur weiteren Betreuung ins Spital C.\_\_\_\_ verlegt worden (S. 3) . 4.

### **E. 19**

Nach einer Hospitalisation vom 9. bis 30. September 2020 mit Aufhalten auf der Intensivstation vom 9. bis 13. sowie vom 15. bis 19. September 2020 nannten die Ärzte des Spitals Q.\_\_\_\_ im Austrittsbericht vom 21. September 2020 folgende Diagnosen (Urk. 16/241/1-8 S. 1 f.): - Verdacht auf progrediente interstitielle Pneumopathie mit einer Dominanz der milchglasartigen Trübungen sowie Traktionsbronchiektasen vor allem im Oberlappen beidseits unklarer Genese - Status nach ARDS unklarer Ätiologie August 2020 nach handchirurgischem Eingriff am 25. August 2020 - hypoxisches Atemversagen bei hypertensivem Notfall mit Lungenödem am 15. September 2020 - akute anurische Niereninsuffizienz - unprovoked segmentale und subsegmentale Lungenembolien beidseits , Erstdiagnose 26. August 2020 - autoimmunhämolytische Anämie - persistierende Schmerzen im linken Daumenstrahl - koronare 1-Gefässkrankheit, Erstdiagnose 1997 - somatoforme Schmerzstörung, Erstdiagnose 2013

Die Hospitalisation sei nach Regionalisierung aus dem Spital C.\_\_\_\_ bei kompliziertem postoperativem Verlauf nach handchirurgischem Eingriff am 25. August 2020 erfolgt (S. 3). Am 30. September 2020 habe die Beschwerdeführerin in ordentlichem Allgemeinzustand in die Rehaklinik R.\_\_\_\_ verlegt werden können (S. 4). 4.

### **E. 20**

RAD-Ärztin Dr. L.\_\_\_\_ empfahl am 25. September 2020 aus versicherungsmedizinischer Sicht, auf die Beurteilungen im Gutachten hinsichtlich Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit abzustellen. Das Gutachten beruhe auf eigenen Untersuchungen, berücksichtige die beklagten Beschwerden, sei in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt worden und sei in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge weitgehend einleuchtend. Die gezogenen Schlussfolgerungen würden in nachvollziehbarer Weise hergeleitet (Urk. 16/263 S. 10 f.). 4.

### **E. 21**

Die Ärzte der Rehaklinik

R.\_\_\_\_ , hielten im Austrittsbericht vom 19. Oktober 2020 (Urk. 16/243/1-13) bei bekannten Diagnosen fest , beim Eintritt habe sich die Beschwerdeführerin in stabilem Allgemeinzustand gezeigt. Im Vordergrund hätten die allgemeine Kraftminderung mit bekannten ganzkörperlichen Schmerzen und psychischer Belastung gestanden (S. 5).

Während des Aufenthaltes habe sie regelmässig und motiviert am intensivierten, ärztlich supervisierten Trainingsprogramm teilgenommen. Mit Unterstützung durch einen elektrischen Rollstuhl sei in der Ebene, ohne Pausen und ohne Sauerstoff, eine Gehstrecke von mindestens 450 Metern möglich. Die Beschwerdeführerin sei in gebessertem funktionellem Zustand klinisch stabil und kardiopulmonal kompetent nach Hause entlassen worden (S. 6). 4.

#### **E. 22**

Im Sprechstundenbericht vom 6. Januar 2021 (Urk. 16/255/1-2)

fürten die Ärzte der Universitätsklinik P.\_\_\_\_, Orthopädie, aus, die Beschwerdeführerin berichte über einen beschwerdehaften Verlauf (S. 1). Aus Sicht des Daumens sei die Situation ordentlich, es sei nicht erstaunlich, dass bei dreifacher Revision die kutanen Nerven gereizt worden seien. Es werde unbedingt die noch nicht gestartete Ergotherapie empfohlen, um an der Kräftigung, aber auch an den neuropathischen Beschwerden arbeiten zu können (S. 2). 4.

#### **E. 23**

In ihrem Bericht vom 9. März 2021 (Urk. 16/256/3-6) hielten die Ärzte des Y.\_\_\_\_, Klinik für Rheumatologie, bei bekannten Diagnosen (S. 1-3) fest, bereits seit mehreren Jahren bestünden panvertebrale Rückenschmerzen mit wechselnder Ausstrahlung in beide Beine. Mehrere Abklärungen hätten bisher keine klaren Korrelate nachweisen können. Seit zwei Monaten hätten die Schmerzen gluteal rechts stark zugenommen. Diese seien am ehesten im Rahmen eines myofaszialen

Syndroms der glutealen Muskulatur zu interpretieren. Zur Klinik trage ein Trochanter major-Syndrom rechts bei, am ehesten bei einer Ansatzentzündung der glutealen Muskulatur. Es werde die Fortführung der ambulanten Physiotherapie mit gezieltem Training und Kräftigung der Hüftabduktoren empfohlen. Bei aktuell fehlenden Hinweisen auf ein lumboradikuläres Syndrom werde momentan auf eine neue MRI-Untersuchung der LWS verzichtet (S. 3). Bezüglich der unklaren autoimmunhämolytischen Anämie bestünden keine anamnestischen, klinischen oder laboranalytischen Hinweise auf eine systemisch entzündlich-rheumatische Krankheit. Es seien keine regulären Kontrollen geplant (S. 4). 4.

#### **E. 24**

Nach einem Aufenthalt auf der medizinischen Überwachungsstation am 7. April 2021 konnten die Ärzte des Spitals C.\_\_\_\_, Klinik für Kardiologie, in ihrem gleichentags erstellten Bericht (Urk. 16/258/7-10) bei bekannten Diagnosen (S. 1 f.) sowohl eine pulmonale Hypertonie als auch eine Herzinsuffizienz oder eine stumme Ischämie als Ursache der ausgeprägten Anstrengungsdyspnoe ausschliessen. Aufgrund der Befunde sei eine kardiale Ursache der Dyspnoe sehr unwahrscheinlich (S. 3). 4.

#### **E. 25**

Am 12. April 2021 führten die Ärzte des Spitals C.\_\_\_\_, Klinik für Kardiologie, weiter aus, die beklagte Anstrengungsdyspnoe sei weder objektivierbar noch erklärbar. Die Lungenfunktion habe aus Kooperationsgründen nicht konklusiv beurteilt werden können, habe aber initial eine leichte restriktive Ventilationsstörung ohne Obstruktion gezeigt, und es habe eine normale Oxygenierung bestanden. Insgesamt sei die Dyspnoe am ehesten im Rahmen einer Dekonditionierung und einer generalisierten Muskelatrophie erklärbar (Urk. 16/258/11-13 S. 2). 4.

## **E. 26**

Der Hausarzt Dr. D.\_\_\_\_

attestiert in seinem Bericht vom 29. April 2021 bei bekannten Diagnosen (Urk. 16/258/1-6 Ziff. 2.5) bis auf Weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten (Ziff. 1.3). Die Prognose sei unsicher, seines Erachtens werde die Beschwerdeführerin nicht mehr in der Lage sein zu arbeiten (Ziff. 2.7). 4.

## **E. 27**

RAD-Arzt Dr. K.\_\_\_\_ wies am 11. Juni 2021 darauf hin, rein körperlich hätten die wesentlichen Funktionsstörungen nicht organisch zugeordnet werden können. Diese seien am ehesten im Rahmen einer Dekonditionierung und einer generalisierten Muskelatrophie erklärt worden. Aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht liege damit rein körperlich kein relevanter, die Arbeitsfähigkeit dauerhaft einschränkender Gesundheitsschaden vor. Auch in Kenntnis der aktuellen medizinischen Berichte bleibe es bei der Beurteilung gemäss der Stellungnahme vom 13. Februar 2020 (Urk. 16/263 S. 14). 4.

## **E. 28**

In seinem Schreiben vom 1. November 2021 (Urk. 6) hielt Dr. H.\_\_\_\_ fest, die Beschwerdeführerin werde seit mindestens dem Jahre 2008 psychiatrisch behandelt, die depressive Symptomatik sei bereits seit der Kindheit bekannt (S. 1). Das psychiatrische Gutachten von Dr. M.\_\_\_\_ sei in mehreren Teilen widersprüchlich. So habe er die Beschwerdeführerin als psychisch auffällig beschrieben, ihr Verhalten sei hochgradig appellativ und theatralisch. Wenn er jedoch im nachfolgenden Satz bemerke, sie zeige überdies keine Beeinträchtigung im Verhalten, so stehe dies in diametralem Widerspruch zur Aussage, dass sie hochgradig appellativ und theatralisch sei (S. 1 f.). Die für eine ernsthafte psychische Erkrankung typischen Symptome wie Vorbeireden, übertriebene Mimik sowie fehlende adäquate Kontrolle der Gefühle interpretiere der Gutachter als reine Schauspielerei, wobei unklar bleibe, auf welche wissenschaftlich und objektiv validierbaren Befunde er sich dabei stütze. Die klinische Beobachtung klar pathologischer Züge stehe im Widerspruch zur Annahme einer völlig normalen biografischen Entwicklung, die jedoch im Gutachten an keiner Stelle mit Fakten belegt werde. Eine eingehendere psychiatrische Abklärung mit Schilderung biografischer Ereignisse, die sich mit den Kriterien einer Persönlichkeitsstörung eingehender befasse, fände sich im Gutachten nicht. Lapidar werde bemerkt, dass psychiatrischerseits keine authentischen Funktionsstörungen nachgewiesen würden, obwohl gerade die beschriebenen Auffälligkeiten klar aufzeigten, dass die Beschwerdeführerin sich schon in der einfachen sozialen Interaktion völlig dysfunktional verhalte (S. 2). Dass das «abnorme Verhalten» der Beschwerdeführerin durch Interventionen des Gutachters klar modulierbar gewesen sei, treffe sicher zu und sei typisch für den offensichtlich narzisstischen Anteil der kombinierten Persönlichkeitsstörung, die jedoch im Gutachten an keiner Stelle erwähnt, diskutiert oder in Erwägung gezogen werde (S. 3). Die «Beweissicherung» des Gutachters überzeuge nicht. Statt nachprüfbarer Fakten würden eigene subjektive Empfindungen präsentiert. An keiner Stelle würden valide, nachprüfbare medizinische oder psychiatrische Befunde vorgelegt. Weitere ärztliche Befunde, welche auf eine ernsthafte psychische Störung hindeuteten, seien ignoriert worden. Es sei zutreffend, dass verschiedene Medikamente im Blut der Beschwerdeführerin nicht hätten nachgewiesen werden können, dabei handle es sich um Benzodiazepine und Opiate, von der Einnahme er der Beschwerdeführerin klar abgeraten habe. Das

Antidepressivum nehme sie jedoch korrekt ein. Er kenne die Beschwerdeführerin seit vielen Jahren und könne bestätigen, dass sowohl körperliche als auch psychische Einschränkungen vorhanden seien (S. 4). 4.

### **E. 29**

Nach einer Hospitalisation vom 4. bis 11. November 2021 nannten die Ärzte des Y.\_\_\_\_, Klinik für Rheumatologie, im Austrittsbericht vom 11. November 2021 neben den bekannten Diagnosen insbesondere folgende (Urk. 9 S. 1 f.): - somatoforme Schmerzstörung mit chronischem panvertebralem Schmerzsyndrom, Erstdiagnose 2013 - manifeste Osteoporose, Erstdiagnose 2016 - Status nach unprovokierten segmentalen und subsegmentalen Lungenembolien beidseits August 2020 - interstitielle Pneumopathie mit Groundglass-Opazitäten sowie Traktionsbronchiektasen vor allem Oberlappen beidseits, Erstdiagnose August 2020 - Asthma bronchiale, Erstdiagnose 2016 - koronare Eingefässerkrankung mit Status nach inferiorem Myokardinfarkt vor 1997 - rezidivierende Synkopen und Gangunsicherheiten, am ehesten funktioneller Genese - substituierte Hypothyreose nach partieller Thyroidektomie

Klinisch zeige sich eine schmerzbedingt reduzierte Beschwerdeführerin ohne Hinweise für eine radikuläre Symptomatik bei unauffälligem Lasègue beidseits, regelrechten Reflexen, symmetrischer Hyposensibilität beider Beine und einer symmetrischen Kraftminderung beider Beine. Des Weiteren bestünden diffuse Schmerzen des Rückens facettär betont und Schmerzen der linken Schulter mit lokaler Schmerz ausweitung und schmerzbedingter Schwäche. Als begünstigende Faktoren für die Schmerzen seien die Dekonditionierung bei Adipositas und Rollstuhlmobilität zu nennen, wie auch die muskuläre Dysbalance, Fehlhaltung mit Skoliose sowie Haltungsinsuffizienz. Des Weiteren bestünden degenerative Schmerzen beider Handgelenke, Daumen und Knie bei radiologisch nachgewiesener Arthrose (S. 3). Insgesamt sei von einem chronischen Schmerzsyndrom mit psychisch führender Komponente auszugehen, wobei als psychisch begünstigende Faktoren eine chronische depressive Störung mit psychosozialer Belastungssituation, eine Somatisierungstendenz, eine Schmerzverarbeitungsstörung, eine Opiatabhängigkeit, hypochondrische Ängste und eine Persönlichkeitsstörung zu nennen seien (S. 4). 4.

### **E. 30**

Vom 18. November bis 14. Dezember 2021 weilte die Beschwerdeführerin zur psychosomatischen Rehabilitation in der Rehaklinik S.\_\_\_\_. Im Austrittsbericht vom 10. Dezember 2021 (Urk. 13) führten die Ärzte bei bekannten Diagnosen (S. 1-4) aus, die Beschwerden der Beschwerdeführerin würden im Sinne einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren bewertet. Die Beschwerdeführerin habe ein multimodales Programm mit Physio-, Ergo- und Psychotherapie sowie fachärztliche Betreuung erhalten. Sie habe einen guten Einstieg in das multidisziplinäre Therapieprogramm gefunden und motiviert daran gearbeitet, Lösungsansätze, Entspannungsverfahren und Copingstrategien zu entwickeln. Das Hauptproblem habe zu Beginn in der Schmerzsymptomatik bestanden. Zentraler Aspekt des Aufenthaltes sei es gewesen, das Aktivitätsniveau zu steigern und den Umgang mit den Beschwerden zu verbessern. Sie habe an der Schmerzbewältigungsgruppe und psychotherapeutischen Einzeltherapiesitzungen teilgenommen und die Zusammenhänge zwischen psychosozialen Belastungsfaktoren und Schmerzsymptomen besser verstehen können. In der Physiotherapie habe sie gemeinsam mit den Therapeuten an einer körperlichen

Rekonditionierung und Kräftigung der Muskulatur gearbeitet. Durch die regelmässige und intensive Physiotherapie während des stationären Aufenthaltes habe sich die körperliche Haltung und Belastbarkeit verbessert (S. 7). Die Beschwerdeführerin habe durch die multimodalen Therapieangebote profitieren können und ihre Symptomatik habe teilweise remittiert. Sie habe ihre körperliche Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit gesteigert, Selbstsorge erlernt und ihre Selbstwirksamkeit sowie Eigenverantwortung erkannt. Sie sei in stabilem Zustand entlassen worden (S. 8). 4.

### **E. 31**

Die übrigen, bei den Akten liegenden medizinischen Berichte (Urk. 16/124/1-10, Urk. 16/124/16-22, Urk. 16/126, Urk. 16/131, Urk. 16/134/1-2, Urk. 16/143, Urk. 16/153, Urk. 16/167/8-16, Urk. 16/180/3-4, Urk. 16/182, 16/199/5-6, Urk. 16/207/5-7, Urk. 16/209, Urk. 16/255/3-5) enthalten keine für den vorliegenden Fall relevanten Angaben und insbesondere keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, sodass auf deren Wiedergabe verzichtet werden kann. 5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. M.\_\_\_\_ sowie lic. phil. O.\_\_\_\_ vom 17. August 2020 (E. 4.17) sowie die Berichte der behandelnden Rheumatologen

davon aus, dass bei der Beschwerdeführerin aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht kein relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen sei (E. 2.1). 5.2

Was zunächst die somatischen Beschwerden betrifft, liegen zahlreiche Berichte der behandelnden Rheumatologen vor, in welchen umfangreiche Diagnosen genannt werden (vgl. E. 4.2-4, E. 4.11, E. 4.14, E. 4.23, E. 4.29). Dabei fällt jedoch auf, dass sich die Diagnosen seit der ersten Begutachtung im Jahre 2016 insbesondere bezüglich der Schmerzsituation nicht wesentlich verändert haben. Die Rheumatologen des Y.\_\_\_\_ hielten denn am 1. November 2021 auch ausdrücklich fest, die somatoforme Schmerzstörung mit chronischem panvertebralem Schmerzsyndrom sei erstmals im Jahre 2013 diagnostiziert worden (E. 4.29). Weiterhin vermögen die Befunde die geklagten Beschwerden nicht in ausreichendem Masse zu erklären (vgl. E. 4.11, E. 4.14, E. 4.23, E. 4.29). Vielmehr wiesen die Ärzte durchgehend auf eine starke Dekonditionierung, eine Fehlhaltung sowie Haltungsinsuffizienz hin (E. 4.2-4, E. 4.29). Nebst diesen Befunden führten die Ärzte die Schmerzsymptomatik hauptsächlich auf eine ausgeprägte Schmerzverarbeitungsstörung und damit auf psychische Ursachen zurück (E. 4.3). Insgesamt präsentiert sich die rheumatologische Situation im Vergleich zur gerichtlichen Überprüfung im Januar 2018 weitgehend unverändert.

Was sodann die anhaltenden Beschwerden nach den im August 2020 im Nachgang der Handoperation erlittenen Lungenembolien betrifft, so wurde die Beschwerdeführerin im April 2021 im Spital C.\_\_\_\_

eingehend abgeklärt. Die Ärzte konnten dabei sowohl eine pulmonale Hypertonie als auch kardiale Erkrankungen als Ursache der ausgeprägten Anstrengungsdyspnoe ausschliessen. Als wahrscheinlichste Ursache der weder objektivier- noch erklärbaren Dyspnoe nannten die Ärzte die Dekonditionierung sowie die generalisierte Muskelatrophie (E. 4.24-25), welche jedoch invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant sind.

Keine Hinweise gibt es sodann darauf, dass die Beschwerden am linken Daumen nach der Operation im August 2020 (E. 4.18) zu einer langanhaltenden Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit führen. Die Ärzte der Universitätsklinik P.\_\_\_\_ beschrieben den Verlauf zwar als beschwerdehaft, die Situation insgesamt jedoch als ordentlich. Dementsprechend empfahlen sie dringend die Aufnahme einer Ergotherapie, attestierten jedoch keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit (E. 4.22).

Insgesamt ist damit der medizinische Sachverhalt aus somatischer Sicht als dahingehend erstellt zu betrachten, dass der rheumatologische Gesundheitszustand im Wesentlichen unverändert geblieben ist und die nach der letzten Beurteilung im Januar 2018 neu aufgetretenen Beschwerden in der linken Hand sowie die Anstrengungsdyspnoe nicht zu einer relevanten Einschränkung der Leistungsfähigkeit führen. Bezüglich der Einschränkung der Leistungsfähigkeit ist mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Feststellungen im Urteil vom 5. Januar 2018 weiterhin Bestand haben und die Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit in der Baureinigung zwar nicht mehr zugemutet werden kann, sie in einer körperlich leichten Tätigkeit jedoch in einem Pensum von 100 % arbeitsfähig ist (vgl. E. 3.2). 5. 3 5.3.1

Bezüglich der psychiatrischen-neuropsychologischen Beschwerden liegt das Gutachten von Dr. M.\_\_\_\_ und lic. phil. O.\_\_\_\_

vom 17. August 2020 vor (E. 4.17), welches die praxismässigen Kriterien vollumfänglich erfüllt (vgl. vorstehend E. 1.6) .

Die Ausführungen leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und enthalten nachvollziehbar begründete Schlussfolgerungen. Dies betrifft auch die Feststellungen betreffend das aggravatorische Verhalten der Beschwerdeführerin. Die Gutachter vermochten insgesamt keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen, weshalb sie auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festhielten (E. 4.17). 5. 3. 2

Der psychiatrische Gutachter Dr. M.\_\_\_\_ legte in seinem Teilgutachten detailliert dar, aufgrund welcher Faktoren er auf eine Beschwerdeaggravation der Beschwerdeführerin schloss. Zunächst wies er darauf hin, dass bei einer psychiatrischen Begutachtung für die Diagnostik und Einschätzung der Leistungsfähigkeit die subjektiven Angaben der versicherten Person ganz wesentlich seien. Im vorliegenden Fall gebe es jedoch auch bereits in den vorliegenden Akten sehr viele Hinweise dafür, dass dies nicht der Fall sei. Namentlich erwähnte Dr. M.\_\_\_\_ das Gutachten aus dem Jahre 2016, gemäss welchem die Beschwerdeführerin ein hochgradig inkonsistentes und nicht authentisches Bild präsentiert habe, sowie den Bericht der Klinik für Rheumatologie des Y.\_\_\_\_ vom 8. Februar 2019. Im Rahmen der Begutachtung selber hatte die Beschwerdeführerin als Berufsausbildung angegeben, sie sei gelernte Krankenschwester und habe ein fünfjähriges Studium der Kunstgeschichte abgeschlossen. Dem neuropsychologischen Gutachter gegenüber hatte sie hingegen erklärt, sie sei ausgebildete Modedesignerin und habe ein Theologiestudium angefangen, welches sie jedoch abgebrochen habe. Aufgrund des Nonverbal-IQs von 83 ging Dr. M.\_\_\_\_ davon aus, dass beide Angaben nicht zutreffen (Urk. 16/238 S. 85). Er wies sodann darauf hin, dass die Beschwerdeführerin blumig über Symptome berichte, die so sicherlich nicht bestünden. Sie höre Stimmen von Menschen, die nicht von diesem Planeten seien. Die diesbezüglichen Angaben seien alle einigermaßen widersprüchlich und in Bezug auf die berichteten Symptome, die an psychotische Symptome erinnern könnten, auch kaum glaubhaft. Wenn die Beschwerdeführerin tatsächlich seit vielen Jahren an einer

produktiv-psychotischen Symptomatik leiden würde, sei zu erwarten, dass die neuropsychologische Leistungsfähigkeit dadurch beeinträchtigt sei, was jedoch nicht so sei (Urk. 16/238 S. 85 f.). Auch die Angaben zum Tagesablauf seien etwas widersprüchlich, nachdem die Beschwerdeführerin einerseits angegeben hatte, sie verbringe den Vormittag immer im Bett, andererseits aber berichtet hatte, die Tochter komme vorbei und bringe sie auf die Terrasse, wo sie dann den ganzen Tag bleibe (Urk. 16/238 S. 86). Verschiedene Medikamente, welche die Beschwerdeführerin nach ihren eigenen Angaben regelmässig einnehme, konnten sodann im Blut nicht nachgewiesen werden (Urk. 16/238 S. 86 f.). Insgesamt hielt Dr. M. \_\_\_ fest, er könne sich der Einschätzung durch den Vorgutachter Dr. N. \_\_\_ nur anschliessen und festhalten, dass die Beschwerdeführerin weiterhin ein hochgradig inkonsistentes und nicht authentisches Bild präsentiere (Urk. 16/238 S. 87). Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung fänden sich so viele Hinweise für Diskrepanzen, Widersprüche und starke Aggravation, dass keine eindeutigen Angaben zum Verlauf von Behandlungen, Eingliederungsmassnahmen und Entwicklung der Arbeitsfähigkeit gemacht werden könnten (Urk. 16/238 S. 89 ff. Ziff. 7.2-4).

Auch in verschiedenen anderen Berichten finden sich deutliche Hinweise auf ein aggraviorisches Verhalten der Beschwerdeführerin. Die behandelnden Rheumatologen wiesen am 27. September 2018 darauf hin, dass die im Untersuchungsprotokoll vorliegende Muskelschwäche bei Ablenken kaum noch festgestellt werden können (E. 4.3). Am 8. Februar 2019 hielten sie fest, die Sensomotorik der oberen Extremitäten sei normal, vor allem bei Ablenkung (E. 4.4). Die Ärzte der Klinik E. \_\_\_ konstatierten sodann Diskrepanzen im Gangbild während der Untersuchung sowie in der Cafeteria, wo sich die Beschwerdeführerin unbeeinträchtigt gefühlt habe (E. 4.5). Weiter führen die Ärzte des Y. \_\_\_ am 25. November 2019 aus, alle Bewegungen seien schmerzhaft, interessanterweise könne sich die Beschwerdeführerin die Schuhe und die Knieklettchiene

aber mit der rechten Hand alleine aus- und anziehen (E. 4.14). 5. 3. 3

An der Schlüssigkeit des Gutachtens vermögen auch die Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. H. \_\_\_ nichts zu ändern. In seinem ersten Bericht vom 18. September 2019 bezeichnete er die Symptome als kohärent und auch im Privatleben auftretend und schloss daraus auf ihren klar medizinischen, pathologischen und chronifizierten Charakter. Dabei verwies er insbesondere auf die Rollstuhlbedürftigkeit (E. 4.9). Die rheumatologischen Fachärzte des Y. \_\_\_

hatten jedoch die Benutzung eines Rollstuhls mehrfach ausdrücklich als medizinisch nicht notwendig und gar kontraproduktiv bezeichnet (E. 4.4, E. 4.11). Wenn Dr. H. \_\_\_ also von der Rollstuhlbedürftigkeit Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand macht, so kann dieser Argumentation nicht gefolgt werden. In seiner Stellungnahme vom 1. November 2021 zum Gutachten von Dr. M. \_\_\_ (E. 4.28)

sind

Dr. H. \_\_\_ sodann offensichtlich Fehler unterlaufen, nachdem er bei seiner Argumentation mehrfach aus dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. N. \_\_\_ vom 11. Juli 2016 zitiert hat. So finden sich die Ausführungen, wonach das

Verhalten der Beschwerdeführerin hochgradig appellativ und theatralisch wirke, sie jedoch keine Beeinträchtigungen im Verhalten zeige, auf Seite 7 des psychiatrischen Teilgutachtens (Urk. 16/53/18), nicht jedoch im Gutachten von Dr. M. \_\_\_ (Urk. 16/238).

Dass die inkomplette Orientierung sowie das Vorbeireden besonders auffällig, das abnorme Verhalten durch Interventionen des Untersuchers jedoch klar modulierbar sei, steht sodann auf Seite 8 des psychiatrischen Teilgutachtens (Urk. 16/53/19), Dr. M.\_\_\_\_ machte keine diesbezüglichen Angaben. A u f

das Schreiben von Dr. H.\_\_\_\_ vom 1. November 2021 kann demnach nicht abgestellt werden

Grundsätzlich ist bezüglich der Ausführungen von Dr. H.\_\_\_\_ als behandelnde dem Psychiater auch die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Bei der Würdigung ihrer Berichte ist daher eine gewisse Zurückhaltung angebracht. 5.3. 4

Aufgrund des Gesagten ist gestützt auf das beweiskräftige Gutachten von Dr. M.\_\_\_\_ und lic. phil. O.\_\_\_\_ vom 17. August 2020

davon auszugehen, dass das Beschwerdebild weiterhin und unverändert

von einem Aggravationsverhalten dominiert wird und aus psychiatrisch-neuropsychologischer Sicht kein rechts erheblicher invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt. Damit ist auch aus psychiatrischer Sicht keine anspruchsrelevante Veränderung eingetreten und es

erübrigt sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens. 5.4

Zusammenfassend ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Vergleich zu 2016 beziehungsweise 2018 unverändert

in der angestammten Tätigkeit in der Baureinigung nicht mehr arbeitsfähig ist, ihr jedoch jede andere körperlich leichte Tätigkeit weiterhin in einem vollen Pensum zugemutet werden kann.

Ein Revisionsgrund liegt nicht vor (vgl. vorstehend E. 1.5).

Die angefochtene Verfügung vom 30. September 2021 erweist sich damit als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6. 6. 1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzuweisen. 6. 2

Nach Einsicht in die Honorarnote vom 1. April 2022 (Urk. 21) ist die Prozessentschädigung unter Berücksichtigung von Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 3 GSVGer ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen und auf Fr. 2' 860.- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin MLaw Lisa Rudin, Zürich 1, wird mit Fr. 2'860.- 30 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin MLaw Lisa Rudin - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 20 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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