

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00338 vom 16. März 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-03-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00338

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00338 du 16 mars 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00338 del 16 marzo 2023

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1968 (vgl. Urk. 11/86), war seit Dezember 2005 im Alterszentrum

Z.____ als Mitarbeiterin Hauswirtschaft in einem Pensum von 80 % tätig (Urk. 11/36 Ziff. 2). Unter Hinweis auf Beschwerden an den Füßen und den Knien meldete sich die Versicherte am 4. November 2019 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 11/15).

Infolge der gesundheitlichen Situation wurde ihr Arbeitspensum mittels Änderungskündigung per Juni 2020 auf 40 % reduziert (Urk. 11/36

Ziff.

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 der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz. 1008 des Kreisschreibens zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems, KS ÜB WE IV, gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fällt, sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch

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

E. 1.3

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 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. 1.4

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) über - wiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweissbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 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).

E. 1.7

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetz es über das Sozialversicherungsgericht , GSVGer).

Bei ungenügenden Abklärungen durch den Versicherungsträger holt die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten ein, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachterlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativ expertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der – anschliessend reformato risch entscheidenden – Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an den Versicherungsträger bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzu weisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterli chen Ausführungen erforderlich ist (B GE 139 V 99 E. 1.1, 137 V 210 E. 4.4.1.4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_354/2020 vom 8. September 2020 E. 2.1) . 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Verneinung eines Rentenanspruchs in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2 = Urk. 11/117) damit, gemäss medizini scher Abklärung sei der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit als Mitarbei terin Hauswirtschaft in einem Pensum von 50 % sowie eine optimal angepasste Tätigkeit im 100 % - Pensum zumutbar. In einer angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin ein höheres Einkommen möglich. Im Jahr 2018 habe die Beschwerdeführerin ein Einkommen von Fr. 49'720.-- erzielt. Aufgerechnet mit der Nominallohnentwicklung und bei einem Pensum von 80 % im Jahr 2020 resultiere ein Einkommen von Fr. 50'669.1 5. Bei

Teilerwerbstätigen müsse zur Berechnung des IV-Grades das Einkommen auf 100 % hochgerechnet werden, was Fr. 63'336.44 entspreche. Die restlichen 20 % entfielen in den Haushaltsbereich. Bei der Berechnung des Einkommens mit gesundheitlichen Einschränkungen werde auf die Lohnstrukturerhebung abgestützt. Dabei könnte die Beschwerdeführerin ein Einkommen von Fr. 55'725.07 erzielen, was einem Invaliditätsgrad von 12 % entspreche.

Die während der psychiatrischen Teil-Untersuchung getätigten Beobachtungen und Ergebnisse im Rahmen des Beschwerdevalidierungsverfahrens bestätigten sich auch in der sonstigen psychiatrischen Abklärung und auch im Rahmen der orthopädischen Teil-Untersuchung. Der Einwand der Beschwerdeführerin behalte keine neuen medizinischen Tatsachen, welche einen anderen Entscheid begründen würden. Es werde weiterhin auf die Abklärung vom 13. August 2021 abgestellt, da von einer nichtvaliden Beschwerdepräsentation ausgegangen werden könne. Es bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin beschwerdeweise auf den Standpunkt (Urk. 1), die behandelnde Fachärztin Dr. B.____ vertrete die Meinung, dass aufgrund der psychischen Beeinträchtigungen ein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe. Aufgrund der vorliegenden Unterlagen lasse sich keine Beurteilung bezüglich der Frage, wie weit sie gesundheitlich in ihrem Aktivitätsbereich eingeschränkt sei, vornehmen. Somit könne derzeit und aufgrund der Unterlagen auch kein Invaliditätsgrad festgelegt werden. Gemäss Dr. B.____ seien die Einschränkungen bezüglich ihres psychischen Zustandes derart, dass letztlich von einem Invaliditätsgrad von über 40 % auszugehen sei.

Mit Replik machte die Beschwerdeführerin geltend, gemäss Befund von Dr. B.____ seien die Feststellungen der von der IV-Stelle beauftragten Fachpersonen unzutreffend und würden somit bestritten (Urk. 16).

Streitig und zu prüfen ist ein Rentenanspruch der Beschwerdeführerin in 3.

E. 3

(Urk. 11/41). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog Akten der Krankentaggeldversicherung bei (Urk. 11/16-17) und holte bei m A.____ ein bi-disziplinäres Gutachten ein, das am 13. August 2021 erstattet wurde (Urk. 11/87).

Nach

durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 11/90, Urk. 11/96) verneinte

die IV-Stelle mit Verfügung vom

1. April 2022 einen Rentenanspruch der Versicherten (Urk. 11/110). Mit Verfügung vom 1

2. April 2022 hob die IV-Stelle die Verfügung vom 1. April 2022 wiedererwägungsweise

auf, damit das Dossier durch einen fachspezifischen Psychiater/Psychotherapeuten des

Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) beurteilt werden könne (Urk. 11/114). Mit

Verfügung vom 12. Mai 2022 verneinte die IV-Stelle einen Rentenanspruch der

Versicherten erneut (Urk. 11/117 = Urk. 2).

2.

Die Versicherte erhob am 14. Juni 2022 Beschwerde (Urk. 1) gegen die Verfügung vom 12. Mai 2022 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben

und es sei

ihr eine ganze Invalidenrente zuzusprechen.

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 18. August 2022 (Urk. 10) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom

1. September 2022 wurde antragsgemäss (vgl. Urk. 1) die unentgeltliche Prozessführung bewilligt und

der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 12). Mit Replik vom 13. Dezember 2022 (Urk. 1

E. 3.1

Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, führte am 5. April 2016 eine Cheilektomie und Osteophytenabtragung am Metatarsale -I-Köpfchen bei symptomatischem Hallux

rigidus bei MTP-I-Arthrodeese rechts (Urk. 11/32) und am 17. Januar 2019 eine MTP-I-Arthrodeese (Arthrodeese des Grosszehengrundgelenks; Urk. 11/30) rechts durch. Am 15. Oktober 2019 nahm er eine Schraubenentfernung über der Metatarsale I medial rechts vor (Urk. 11/33). Dr. C.____

berichtete am 6. Januar 2020 (Urk. 11/65) und nannte als Diagnosen eine fortgeschrittene Femoropatella r arthrose rechts sowie tiefe Knorpelschäden am Femurkondylus beidseits mit degenerativen Meniskusläsionen rechts. Er führte aus, nach der Infiltration hätten eine Woche vermehrte Schmerzen bestanden. Aktuell könne die Beschwerdeführerin eine Stunde gehen, danach träten wieder Beschwerden auf. Im Befund sei der Reizzustand im rechten Knie deutlich rückläufig, es zeige sich keine Ergussbildung mehr, das Knie sei voll beweglich, es bestünden keine Meniskuszeichen, aber ein deutlicher Patellaver schiebeschmerz. Operativ komme nur noch ein endoprothetischer Ersatz in Frage, hiermit sei jedoch zuzuwarten. Ab dem 13. Januar 2020 bis 26. Januar 2020 bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit.

E. 3.2

Dr. med. B.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 25. August 2020 (Urk. 11/52) und

nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 3 Ziff. 2.5):

- komplexe posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-11 6B41) : Verdachtsdiagnose im März 2020, Verifizierung im Juli 2020 nach fremd anamnestischen Angaben der ältesten Tochter - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), März 2020

Sie führte aus, es finde einmal wöchentlich eine Behandlung statt (S. 2 Ziff. 1.2). Seit dem 7. April 2020 bis auf Weiteres bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten (S. 2 Ziff. 1.3).

Es handle sich bei der Beschwerdeführerin um eine aus Irakisch-Kurdistan stammende mehrfach traumatisierte Patientin. Als Kind habe sie während dem achtjährigen Iran-Irakkrieg chronische Todesangst ausgestanden, sei mehrfach von der Familie getrennt worden, habe einen Tötungsversuch überlebt und sei während vier Jahren in Flüchtlingslagern in Türkisch-Kurdistan untergebracht worden. Kurz vor der lebensgefährlichen Flucht in die Schweiz sei ihr achtjähriger Sohn an Krebs gestorben. Sie habe wiederkehrende Trennungen und Verluste von Familienangehörigen durch Tod und/oder Zurücklassen in der früheren Heimat erlebt (S. 2 Ziff. 2.1). Bei der Beschwerdeführerin liege eine frühe, langandauernde multiple Traumatisierung vor, welche sie lange mittels übermässiger Leistungsbereitschaft weit über ihre Belastungsgrenzen hinaus zu kompensieren versucht habe. Wie oft bei Migratonschicksalen habe dies zu einer Überanpassung beziehungsweise Überidentifikation am Arbeitsplatz geführt. Auch nach den Operationen ab 2016 sei aufgrund ihres starken Arbeitswillens und ihrer Angst, die Stelle zu verlieren, trotz weiter persistierenden Schmerzen ein allzu frühzeitiger Wiedereinstieg am Arbeitsplatz erfolgt. Diese dysfunktional übersteigerten Adaptionsbemühungen dürften in der Folge die psychische Überlastung und Dekompensation bei der Beschwerdeführerin begünstigt haben (S. 3 Ziff. 2.2) .

Es bestünden Hinweise auf Auffassungs- und Konzentrationsstörungen sowie Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen, vermutlich trauma- und depressionsbedingt.

Weiter bestünden ein Gefühl der Gefühllosigkeit, eine Störung der Vitalgefühle, die Beschwerdeführerin sei affektarm und deprimiert, teils hoffnungslos und ängstlich. Es bestehe ein sozialer Rückzug (S. 3 Ziff. 2.4). Eine Prognose zur Arbeitsfähigkeit zu stellen sei abhängig davon, inwiefern es der Beschwerdeführerin gelinge, ihren sozialen Rückzug (bedingt durch die im Vordergrund stehenden depressions- und traumabedingten Symptome) zu überwinden, sich weiter zu stabilisieren und im Rahmen einer Wiedereingliederung wieder eigene Selbstwirksamkeitserlebnisse zu erzielen, um an ihre früheren arbeitsrelevanten Ressourcen anzuknüpfen (S. 4 Ziff. 2.7) . Auf grund der Tagesschwankungen mit Antriebsarmut, sozialem Rückzug etc. sei die Anpassung an Regeln und Routinen aktuell nur bedingt gewährleistet. Die Planung und Strukturierung von Aufgaben sowie die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit dürfte infolge der beschriebenen kognitiven Beeinträchtigungen eben falls eingeschränkt sein. Die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie die Anwendung fachlicher Kompetenz sei aufgrund der aufgeführten Symptome ebenfalls nicht hinreichend gegeben (S. 5 Ziff. 3.4) .

E. 3.3

Mit am 21. Dezember 2020 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenem Bericht (Urk. 11/73) führte Dr. B.____ aus, es bestünden in den letzten Monaten verstärkte Symptome der PTBS (Flashbacks, Dissoziationen, Intrusionen, Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen). Der Befund sei unverändert, eher verschlechtert. Wie sich erst jetzt herausgestellt habe, benötige die Beschwerdeführerin auch bei sich zu Hause sehr viel Unterstützung im Haushalt und beim Kochen (S. 1 Ziff. 1.3).

Nach einem zweistündigen Schnuppern im Bereich Hauswirtschaft in der Institution D.____ sei ein Belastbarkeitstraining für nicht zumutbar beurteilt worden. Die Beschwerdeführerin habe zuerst die richtige Zugstation zum Aussteigen verfehlt infolge ihrer kognitiven Einbussen. Bei der Arbeit habe sie sich nach einer Stunde wegen Schmerzen im Knie hinsetzen müssen. Die Erklärung einfacher Arbeitsabläufe habe sie

kognitiv gar nicht erst aufnehmen können, da sie affektüberflutet beziehungsweise überfordert gewesen sei auf grund der Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen (S. 1 Ziff. 2.1) . Es bestehe eine Verminderung der Leistungsfähigkeit um 100 % (S. 2 Ziff. 2.2). Trotz intensiv erfolgter Psychotherapie und Psychopharmakotherapie habe bei sehr guter Motivation der Beschwerdeführerin keine Besserung des Gesundheitszustandes erzielt werden können. Die chronifizierte, multimorbide und schwerwiegende Erkrankung bei der Beschwerdeführerin lasse leider eine Prognose für ungünstig ausfallen. Trotz willentlicher Überwindung und Anstrengung müsse der Versuch eines Belastbarkeitstrainings für gescheitert beurteilt werden. Ein späterer Versuch sei angesichts des sehr flachen Verlaufs ohne Zustandsverbesserung zurzeit und wohl bis auf Weiteres nicht abzusehen (S. 2 Ziff. 3.3).

E. 3.4

Dr. med. E.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 21. Februar 2021 (Urk. 11/75 /1-7) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 3 Ziff. 2.5):

- mittelgradige depressive Episode, April 2020 - fortgeschrittene Femoropatella r arthrose rechts, Juli 2019 - tiefe Knorpelschäden am Femurkondylus beidseits mit degenerativen Meniskusläsionen rechts - verminderte physische Belastbarkeit - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom 2018

Sie führte aus, sie behandle die Beschwerdeführerin nur sporadisch bei Bedarf. Ihres Wissens befinde sich die Beschwerdeführerin regelmässig in Psychotherapie (S. 2 Ziff. 1.2). Ab dem 2. August 2019 habe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit, ab dem 9. September 2019 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, ab dem 7. Dezember 2019 keine Arbeitsunfähigkeit, ab dem 3. Februar 2020 wieder eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit und ab dem 2. März 2020 wieder eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Reinigungs- und Hausdienstangestellte bestanden (S. 2 Ziff. 1.3). Im Jahr 2018 seien zunehmend Fuss- und Rückenbeschwerden aufgetreten. Es hätten diverse Behandlungen stattgefunden. Ab Mitte 2019 seien zunehmende limitierende Knie schmerzen dazugekommen und im Verlauf eine zunehmende depressive Dekompensation mit massiver Verschlechterung nach Erhalt der Änderungskündigung durch den Arbeitgeber (S. 2 Ziff. 2.1). Aktuell bestünden

eine depressive Verstimmung, Rückenschmerzen und funktionelle Herz- und Atembeschwerden (S. 3 Ziff. 2.2). Es werde der Beschwerdeführerin körperlich nicht mehr möglich sein, ganztätig im Reinigungsdienst zu arbeiten (S. 3 Ziff. 2.7). Durch den Verlust ihrer Arbeitsstelle, durch die sie sich über Jahre integriert und wertgeschätzt gefühlt habe, erlebe sie eine existenzielle Verunsicherung und Bedrohung. Zeitgleich habe ihr Ehemann auch seine Stelle verloren, was für beide traumatisch sei (S. 4 Ziff. 3.5).

E. 3.5

Die Gutachter des A.____ erstatteten ihr psychiatrisch-orthopädisches Gutachten am 13. August 2021 (Urk. 11/87) gestützt auf die Untersuchungen der Beschwerdeführerin sowie die Akten. Sie nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 7):
- chronische Schmerzen des rechten Fusses im Sinne einer Metatarsalgie MFK II - nach knöchern konsolidierter Grosszehengrundgelenksarthrose - relative Überlänge des zweiten Strahls des rechten Fusses - Cheilektomie

Metatarsale -Köpfchen rechts vom 4. Mai 2016 - MTP-I-Arthrodeese vom 17. Januar 2019, Schraubenentfernung 15. Oktober 2019

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine Pangoarthrose des rechten Kniegelenks ohne zu objektivierende Funktionseinschränkungen des rechten Kniegelenks (S. 7).

Sie führten aus, bei der Beschwerdeführerin sei keine psychiatrische Diagnose zu vergeben gewesen (S. 6 unten). Aufgrund der festgestellten Einschränkungen im orthopädisch-traumatologischen Fachgebiet sei der Beschwerdeführerin die bis herige Tätigkeit als Mitarbeiterin Hauswirtschaft in einem Altenheim zu 50 % möglich, dies bedeute eine uneingeschränkte Anwesenheitszeit von 8.5 Stunden bei einer Einschränkung der Belastbarkeit von 50 % . Eine adaptierte Tätigkeit gemäss beschriebenen Belastungsprofil sei ohne Einschränkung möglich. Aus psychiatrischer Sicht könne festgehalten werden, dass bei der Beschwerdeführerin ein psychiatrisches Krankheitsbild nicht habe verifiziert werden können. Ihr Vortrag sei in sich vage geblieben. In zwei unterschiedlichen Beschwerdevalidierungsverfahren, von denen eines sprachungebunden sei, habe die Beschwerdeführerin signifikant schlecht abgeschnitten. Es sei somit von einer nicht authentischen Beschwerdeschilderung auszugehen. Die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt (S. 7). Bei der Beschwerdeführerin hätten sich weder Hinweise auf eine akzentuierte Persönlichkeit noch auf eine Persönlichkeitsstörung gefunden. Es wäre im Übrigen auch überraschend, wenn die Beschwerdeführerin an einer Persönlichkeitsstörung leiden würde, da sie in den vergangenen Jahrzehnten eine entsprechende Symptomatik nicht gezeigt habe (S. 7 unten). Die Beschwerdeführerin habe trotz der Belastungen, die sie in der Kindheit und Jugend erlebt habe, ihr Leben jahrzehntelang gemeistert und über viele Jahre in einem 80%-Pensum gearbeitet. Sie habe in ihrem Gastland eine gute Anpassungsleistung erbracht. Es sei nicht erkennbar, warum die Ressourcen der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht eingeschränkt sein sollten. Einen Rückgriff auf ihre Fähigkeiten sei aus psychiatrischer Sicht uneingeschränkt möglich. Belastungsfaktoren ergäben sich aus der stattgehabten Änderungskündigung, aber auch der Arbeitslosigkeit des Ehemannes. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten auszuüben. Diese Tätigkeiten sollten im Gehen, Stehen und Sitzen zu verrichten sein, das heisse wechselbelastende Tätigkeiten ohne häufige Gerüst- oder Leertätigkeiten, keine häufigen Tätigkeiten auf unebenem Gelände (S. 8 oben) . Die Beschwerdeführerin gebe gleichmässige Einschränkungen des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen an. Diese seien nicht mit dem geschilderten Ausmass nachvollziehbar. Entsprechend der geschilderten Symptome seien auch Therapien durchgeführt worden, insofern habe ein entsprechender Leidensdruck bestanden. Die beklagten Symptome und Funktionseinbussen seien allerdings nicht konsistent und plausibel, zumindest nicht in dem von der Beschwerdeführerin angegebenen Ausmass und Intensität. Insgesamt müsse festgehalten werden, dass der Beschwerdevortrag der Beschwerdeführerin in sich vage geblieben und deutlich geworden sei, dass es durch die Änderungskündigung zu einem massiven Kränkungserleben gekommen sei. Eine relevante psychiatrische Symptomatik lasse sich hieraus allerdings nicht ableiten, insbesondere keine solche, die gegen eine Teilnahme am Arbeitsprozess sprechen würde (S. 8). Im Längsschnittverlauf sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin seit 2016 und somit auch seit etwa Mitte 2019 in ihrer angestammten Arbeitsfähigkeit zu 50 % eingeschränkt sei. Bei der

Beschwerdeführerin liege weder eine posttraumatische Belastungsstörung noch eine andere Traumafolgestörung vor (S. 11).

E. 3.6

Dr. B.____ nahm am 15. Oktober 2020 (richtig: 2021 ; Urk. 11/96) Stellung zum A.____-Gutachten und führte aus ,

die Tests TOMM und SRSI würden angewendet, um Simulation zu beweisen. Es sei nicht zulässig, anhand zweier neuropsychologischer Tests die gesamte Diagnostik festzumachen und darüber hinaus andere Testbefunde wie etwa das Beck'sche Depressionsinventar (BDI), welche Hinweise auf eine schwere Depression ergeben habe, in der Beurteilung einfach wegzulassen. Eine willentliche Täuschung durch die Beschwerdeführerin, wie festgestellt worden sei, widerspreche deutlich den vorliegenden Akten, basierend auf der langen intensiven psychotherapeutischen Behandlung, welche wiederholt die traumatische Überanpassungsleistung und den damit verbundenen übermässigen Arbeitseifer erwähne, was letztlich zum Zusammenbruch der Belastungsgrenzen beigetragen habe. Von daher sei die Bemerkung, dass in den vorangegangenen Behandlungen mit Phänomenen wie Beschwerdeverdächtigung, Aggravation oder Simulation nicht beziehungsweise nicht ausreichend auseinandergesetzt worden sei, eine Behauptung, welche weder zutreffe noch plausibel hergeleitet werde. Das mit der Kündigung einhergegangene Kränkungsereignis, welches im Gutachten zu Recht genannt werde, müsse gerade bei Traumatisierten nicht als singuläres Ereignis, sondern vielmehr als Teilauslöser für eine Destabilisierung betrachtet werden. Im Gutachten sei die Trauma-Anamnese quantitativ und qualitativ nur mangelhaft erhoben worden und direkt auf die Simulationshypothese hingewiesen worden. Entsprechend seien typische traumaspezifische Symptome gar nicht erst exploriert worden. So gehe denn auch aus vorliegender Dokumentation nicht hervor, wie es zum Zusammenbruch der psychophysischen Belastungsgrenzen gekommen sei, vielmehr sei die Beschwerdeführerin bis zum Beginn körperlicher Beschwerden gut funktioniert zu haben (S. 1). Diese Feststellung sei kein Gegenargument gegen eine Traumatisierung, sondern aufgrund der bekannten Überanpassungsleistung der Beschwerdeführerin Teil der Ursache, worauf in der Folge ein psychischer Zusammenbruch erfolgt sei. Dieser Modus des lange gut Funktionierens und darauf folgenden von aussen akut und heftig erscheinenden Knicks in der Leistungsfähigkeit sei bei Traumaexperten bekannt. Die PTBS werde nicht berücksichtigt, auch werde nicht plausibel erklärt, weshalb der starke Einbruch durch die Änderungskündigung und Kündigung erfolgt sei. Die ausführliche Trauma-Anamnese im Behandlungsbericht werde vernachlässigt.

Betreffend der Diagnose einer Depression erfolge eine Beschwerdeschilderung der Beschwerdeführerin, welche erheblich sei.

Inkonsistenterweise seien dagegen Untersuchungsbefunde erfolgt, welche keine objektivierbare Psychopathologie ergeben hätten. Mittels Beck'schem Depressionsinventar sei eine schwere depressive Symptomatik erhoben worden, ein Befund, der für einen beachtlichen Krankheitswert spreche, jedoch nicht verwertet werde. Die klar vorhandene depressive Symptomatik sei zwar so festgestellt worden, fliesse jedoch im gleichen Zuge nicht in die Beurteilung ein, sondern werde schon im Voraus als nicht auszuwertend beurteilt. Die klaren Befunde des BDI mit Hinweisen auf eine schwere depressive Episode seien schlichtweg ausgeklammert worden. Hinsichtlich der Kritik bezüglich der Antidepressiva-Medikation bestehe gemäss kontrollierter Studien bei Extrakten von

Johanniskraut klare Evidenz für seine antidepressive Wirksamkeit für die Kurzzeitbehandlung von leichten bis mittelschweren depressiven Störungen gegen über Placebo. Dass die Medikation im Therapieverlauf, wie im Gutachten kritisch bemerkt, infolge nicht zufriedenstellender Wirkung nicht innert Frist gewechselt worden sei, sei auf entsprechende Ängste der Beschwerdeführerin zurückzuführen – irreal und frei flottierende Ängste, wie es typisch sei für Trauma-Betroffene. Im Gutachten werde nicht weiter erklärt, wieso es trotz zweifacher Versuche nicht gelungen sei, die Eingliederung mittels Belastbarkeitstraining zu absolvieren. So finde etwa das erfolgte Scheitern eines initiierten Belastbarkeitstrainings keine Erwähnung. Die Vagheit der Schilderungen als Indiz für deren Unglaubwürdigkeit zu werten, sei nicht unzulässig, wo doch trauma therapeutisch bekannt sei, dass Betroffene Mühe hätten, über Erlebtes zu berichten, dies teils lückenhaft und unzusammenhängend erscheine, beziehungsweise das Trauma in Worte zu fassen, da fragmentiert und abgespalten (S. 2). Die Beweiswürdigung sei nicht stringent erfolgt und sei in sich nicht konsistent und zudem lückenhaft. Es finde keine Gesamtbeurteilung aller relevanter klinischer, fremdanamnestischer etc. Faktoren statt. Es bestehe eine Diskrepanz zum Befinden in den vielen bisherigen Konsultationen, die konsistent vorhanden seien, und der Erhebung am Gutachtertermin. Der gesamte Langzeitverlauf der Erkrankung sowie der bisherigen Behandlungs- und Integrationsbemühungen werde kaum erwähnt. Auch die vorhandenen Berichte seien mangelhaft berücksichtigt worden, so dass eine Herleitung, wie die Schlussbeurteilung erfolgt sei, fehle. Es seien zudem keine fremdanamnestischen Einkünfte eingeholt worden, das Gutachten basiere lediglich auf dem klinischen Eindruck des einen Gesprächs und (teilweise) auf vorliegenden Berichten. Die anamnestischen Auskünfte seien oberflächlich und lückenhaft erfolgt, selbst das Alter der Beschwerdeführerin sei nicht korrekt wiedergegeben worden. Aufgrund der genannten Punkte sei der Antrag der Beschwerdeführerin nochmals zu prüfen. Es werde hierzu eine traumatherapeutisch ausgebildete und versierte ärztliche Fachperson empfohlen, damit eine professionelle adäquate Beurteilung des vorliegenden Falls erfolgen könne. Die Beschwerdeführerin sei aus klinischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig und weise einen erheblichen Krankheitswert auf mit chronifiziertem und polymorbidem Krankheitszustand (S. 3).

E. 3.7

Die Gutachter des A.____ nahmen am 10. Januar 2022 ergänzend Stellung (Urk. 11/104) und führten aus, die Testverfahren TOMM und SRSI seien nicht angewendet worden, um Simulation zu beweisen, sondern vielmehr um zu überprüfen, ob die Beschwerdeführerin ein authentisches Antwortverhalten zeige. Es treffe daher nicht zu, dass diese beiden Tests dazu verwendet worden seien, an ihnen die gesamte Diagnostik festzumachen. Keinesfalls sei das BDI in der Beurteilung weggelassen worden, das Gegenteil sei der Fall. Die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin in zwei unterschiedlichen Beschwerdevalidierungsverfahren, von denen eines vollständig sprachungebunden sei, derart schlecht abgeschnitten habe, wie sie es anlässlich der hiesigen Begutachtung verwirklicht habe, lasse sinnlogisch keine andere Erklärung zu als diejenige, die im Gutachten geliefert worden sei. Keinesfalls sei es so, dass die Beschwerdeführerin nicht nur in den genannten Testverfahren signifikant schlecht abgeschnitten habe, sondern ihr gesamtes Antwortverhalten sei in sich vage gewesen (S. 1). Es sei der Hinweis erlaubt, dass nicht nur in der psychiatrischen Begutachtung, sondern auch in der orthopädischen Begutachtung Inkonsistenzen aufgefallen seien. Sollte sich die Beschwerdeführerin

tatsächlich überangepasst verhalten und bemüht sein, ein Funktionsniveau zu zeigen, so würde es dann doch überraschen, warum sie gerade dann nicht authentische Testergebnisse verwirklicht habe. Der Referent könne nicht nachvollziehen, warum die Beschwerdeführerin nur mit Johanniskraut behandelt werde. Die insoweit berichteten Ängste der Beschwerdeführerin könne der Referent so nicht nachvollziehen. Der Beschwerdeführerin sollte daran gelegen sein, die als quälend beschriebene Symptomatik zu reduzieren oder gar zu beenden. Warum sie dann keinen Serotonin-Wiederaufnahmehemmer einnehme, eine Stoffgruppe, die ein sehr günstiges Profil unerwünschter Wirkung habe, erschliesse sich dem Referenten nicht (S. 2). Es treffe nicht zu, dass der Referent eine favorisierte Hypothese gehabt habe. Er sei der Beschwerdeführerin vollkommen unvoreingenommen begegnet. Die Beschwerdevalidierung sei am Ende der Exploration gestanden. Bereits während der Exploration hätten sich Auffälligkeiten gezeigt, die einen deutlichen Hinweis für eine nicht-authentische Beschwerdeschilderung geliefert hätten. Aufgrund der Eindeutigkeit der Auffälligkeiten, die die Beschwerdeführerin im Rahmen der hiesigen Begutachtung gezeigt habe, sei die von der Fachkollegin angeregte Fremdanamnese entbehrlich. Aus den genannten Einwendungen ergäben sich keine neuen Aspekte bezüglich der Beurteilung der gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin. Es handle sich nicht um neue medizinische Fakten/Tatsachen, sondern es sei lediglich von einer anderen Einschätzung eines im Wesentlichen unveränderten medizinischen Sachverhalts auszugehen. Die Beschwerdeführerin werde unverändert für arbeitsfähig, und zwar aus psychiatrischer Sicht in jeder denkbaren Tätigkeit, gehalten (S. 3).

E. 3.8

Dr. B.____ nahm am 2. Februar 2022 Stellung zur Stellungnahme der Gutachter (Urk. 11/107) und führte aus, es fehle nach wie vor eine angemessene, profunde Abklärungstiefe. Aus der bisherigen Behandlungsbegleitung sei bekannt, dass die Gespräche mit der Beschwerdeführerin aufwändig seien bezüglich Klärung von Begriffen und Fragen vor allem im Gefühlsspektrum und damit eine hohe Wahrscheinlichkeit für Missverständnisse verbunden sei. Schnell sich wiederholende Konzentrationseinbrüche, Auffassungsstörungen, verlangsamtes Denken und dissoziative Zustände führten zu einem deutlichen zeitlichen Mehraufwand der Beschwerdeführerin, welche in ihrer übermässigen Überanpassungsleistung stets bemüht sei, gut zu kooperieren und aufgrund ihrer Ängste und Bemühungen, das Gegenüber nicht zu verärgern, auch dazu tendiere, schnell einmal zu etwas zuzustimmen, auch wenn sie es nicht ganz verstanden habe. Die sorgfältige Erhebung einer Traumaanamnese sei anspruchsvoll, bedinge eine sorgfältige Gesprächsführung, die doch auch etwas Vertrauensaufbau in diesem explorativen Setting allein gegenüber von zwei fremden Personen bei der Beschwerdeführerin bedinge, um entsprechende traumatische Symptome abzufragen. Sei man klinisch psychotherapeutisch tätig und erfahren, sei man sehr vertraut mit den Schwierigkeiten, bei komplex traumatisierten Psychopharmaka zu verordnen. Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten seien sehr häufig und deswegen gemäss den aktuellen S3 Leitlinien für PTBS der deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie nicht zuverlässig umsetzbar (S. 1). Nach wie vor sei nicht nachvollziehbar, weswegen eine Fremdanamnese ausgelassen worden sei. Der Gutachter stütze seinen Befund einer nicht vorhandenen psychiatrischen Erkrankung weiterhin auf das schlechte Abschneiden des Beschwerdevalidierungstests TOMM, SRSI und auf das gesamte in sich vage Antwortverhalten der Beschwerdeführerin. Dies sei alles nur ein Querschnittbefund. Es gebe keine Würdigung der vorhandenen Akten wie auch dem

Verlauf der Beschwerden. Der Gutachter suggeriere a priori Beurteilungssicherheit. Es würden keine Zweifel und Unsicherheiten dokumentiert. Eine so gravierende (Nicht-)Diagnose zu stellen müsste zumindest diskutiert und eventuell vertieft abgeklärt werden. Bei der Beschwerdeführerin bestünden Ängste, Anhedonie, sozialer Rückzug, Hyperarousal, die anhand des Behandlungsverlaufs mit deutlichem Leistungsknick ab Sommer 2020 mit überwiegender oder hoher Wahrscheinlichkeit authentisch seien. Bei der festgestellten Inkonsistenz sei nicht geprüft worden, ob ein krankhafter Prozess zugrunde liege. So gesehen könnte ein vages Antwortverhalten auch auf psychopathologische Auffälligkeiten hinweisen, zum Beispiel eine Denkverarmung, also ein eingegrenztes Denken nach AMDP 18 (Einschränkung des inhaltlichen Denkkumfangs) oder Misstrauen 27 (unter Befürchtung und Zwängen). Der psychopathologische Befund sei eher dürftig und oberflächlich erhoben. Man hege den Verdacht, es sei in der Schnelle eine Checkliste abgehakt worden. Ebenso sei der Einsatz von psychometrischen Testungen unter anderem zur Unterstützung der Diagnostik nicht anwendbar. Der Einsatz von Testverfahren zur Symptomvalidierung könne sinnvoll sein. Die Anwendung setze jedoch eine diesbezügliche Kompetenz und Erfahrung voraus. Insbesondere müsse bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden, dass die Instrumente in der Regel für andere Indikationsbereiche entwickelt worden seien und für die psychiatrische Begutachtung nicht validiert seien. In der Literatur sei das Testverfahren TOMM bei posttraumatischen Belastungsstörungen sowie komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen nicht evaluiert worden und somit dessen Gültigkeit in keiner Weise empirisch überprüft und dessen Anwendung daher nicht lege artis. Die Würdigung und Zusammenfassung der vorhandenen Befunde wie die Aktenlage sei das Kernstück eines Gutachtens, was aber erneut umgangen werde. Es gebe keine Diskussion zu den diskrepanten Befunden des Gutachtens und den bisherigen Berichten von den Behandlern, die ein erhebliches konstantes und konsistentes Beschwerdebild seit März 2020 dokumentiert hätten. Das psychiatrische Gutachten werde nach wie vor als mangelhaft erachtet, da es das Ausmass der vorliegenden Diagnosen bei der Beschwerdeführerin in keinster Weise wiedergebe und es werde deshalb eine erneute psychiatrische Begutachtung durch einen klinisch mit Traumata psychotherapeutisch erfahrenen Gutachter gefordert (S. 2).

E. 3.9

Pract. med. F.____, Facharzt für Arbeitsmedizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin, nahm am 12. April 2022 Stellung (Urk. 11/116/2-3) und führte aus, aus arbeitsmedizinischer Sicht könne die psychiatrisch gutachterliche Einschätzung im Rahmen der bidisziplinären Begutachtung plausibel nachvollzogen werden. Der psychiatrische Gutachter habe sich in seinem Gutachten auch mit den Phänomenen der Beschwerdeverdäutlichung, Aggravation und Simulation auseinandergesetzt, was im Rahmen der Behandlung nicht beziehungsweise nicht ausreichend erfolgt sei. Aus arbeitsmedizinischer Sicht könnten auch die durch die Behandlerin verfassten Stellungnahmen zum Gutachten keine wesentlich neuen medizinischen Fakten/Tatsachen vorgebracht werden. Zur weiteren fachärztlichen Beurteilung erfolge nun eine fachpsychiatrische Beurteilung zum psychiatrischen Teilgutachten und den Ausführungen der behandelnden Psychiaterin.

E. 3.10

Dipl. med. G.____, Facharzt für Neurologie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,

RAD

der Beschwerdegegnerin, nahm am 25. April 2022 Stellung (Urk. 11/116/3) und führte aus, es werde auf die bisherigen Unterlagen und die Stellungnahme von RAD-Arzt F.____ verwiesen. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht sei das psychiatrische Teilgutachten sorgfältig verfasst, es habe eine ausreichende Exploration der Beschwerdeführerin stattgefunden, auch habe sich der Gutachter bei der Gesamtbeurteilung auf die zugrundeliegenden Akten (Längsschnitt) gestützt. Auch der RAD-Arzt F.____ habe nach dem Schreiben der Behandlerin Rückfragen gestellt, die ausführlich und vertieft beantwortet worden seien. Es könne weiterhin auf das Gutachten der A.____ abgestellt werden, da von einer nichtinvaliden Beschwerdepräsentation ausgegangen werden könne.

3.

E. 6

) hielt die Beschwerdeführerin an ihrem Antrag fest und reichte einen weiteren medizinischen Bericht (Urk. 17) zu den Akten . Mit Eingabe vom 5. Januar 2023 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen einer Duplik (Urk. 20). Mit Eingabe vom 19. Januar 2023 (Urk. 21) nahm der Vertreter der Beschwerdeführerin Stellung zum Antrag auf Gewährung der unentgeltlichen Rechtsvertretung. Mit Gerichtsverfügung vom 26. Januar 2023 (Urk. 23)

wurde der Beschwerdeführerin eine Kopie der Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 5. Januar 2023 (Urk. 20) zur Kenntnis gebracht. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 11

Dr. B.____ berichtete am 2. November 2022 (Urk. 17) und nannte folgende Diagnosen (S. 3): - schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) - auf dem Boden von früheren traumatischen Erlebnissen, die lange gut kompensiert waren - psychische Dekompensation getriggert durch die kränkende Änderungskündigung (ICD-10 Z56.0) mit posttraumatischer Belastungssymptomatik im Juni 2020, aktuell regredient

Sie führte zum Therapiesetting aus, die Beschwerdeführerin befinde sich seit dem 31. März 2022 (richtig wohl: 31. März 2020; vgl. Urk. 11/52 S. 2 Ziff. 1.1) in integriert psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung bei ihr und psychotherapeutisch bei der delegiert arbeitenden Psychotherapeutin Frau lic. phil. H.____, mit Terminen alle 2-3 Wochen. Aufgrund des Systemwechsels von Delegation auf Anordnungsmodell per 1. Juli 2022 sei die Beschwerdeführerin nur noch bei ihr in Behandlung. Die psychotherapeutische Behandlung bestehe aus dem Schwerpunkt traumatherapeutischer Techniken mit Imagination zur Stabilisierung und Ressourcenaktivierung sowie Anwendung von Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Fortlaufend finde eine medikamentöse Optimierung bei wiederholten Unverträglichkeiten der Psychopharmaka statt. Die antidepressiven Behandlungsversuche mit Mirtazapin wegen Schlafstörung hätten wegen Unverträglichkeit sistiert werden müssen. Auch die Behandlung mit Escitalopram habe wegen gastrointestinaler Nebenwirkungen sistiert werden müssen. Am 1. Oktober 2022 sei mit Venlafaxin begonnen worden. Die Schlafregulierung sei nach wie vor unbefriedigend, aktuell sei Circadin sistiert und auf Surmontil Tropfen gewechselt worden. Temesta habe die Beschwerdeführerin in Reserve bei anhaltenden Schlafschwierigkeiten. Die Aufmerksamkeitsspanne während der Sitzungen sei punktuell kurz abschweifend (abwesend), so dass die Beschwerdeführerin durch direktes Ansprechen wieder zum Gesprächsthema zurückgeholt werden müsse. Es

bestehe eine ausgeprägte Vergesslichkeit im Alltag sowie Gedächtnisstörungen in Form von Zeitgitterstörungen in Form von nicht genauen Zeitangaben von früheren einschneidenden traumatischen Erlebnissen (S. 1). Formalgedanklich sei die Beschwerdeführerin kohärent, aber stark verlangsamt. Die Gesprächsführung sei umständlich, da häufig Fragen wiederholt werden müssten. Es bestünden Grübeleien, vor allem nachts über frühere Erlebnisse. Gedanklich sei die Beschwerdeführerin auf diese Bilder von früheren traumatischen Erlebnissen eingeengt und andauernd in Sorge um den Sohn, der in Nordirak lebe, und die Tochter mit aktueller Erkrankung. Trigger für das Trauma als Mutter sei der an Krebs gestorbene 8-jährige Sohn

sowie schwierige Spitalbedingungen, da sie immer in der Gefahr gelebt habe, vom Militär gefangen genommen zu werden. Es liege eine schwerwiegende Störung der Vitalgefühle und in der Selbstbeurteilung eine starke Depressivität vor, die in der Fremdbeurteilung ersichtlich sei (verlangsamt, wenig schwingungsfähig, traurig, mimisch erstarrt). Der Antrieb sei reduziert, im Alltag bestehe eine eingeschränkte Handlungsfähigkeit und die Psychomotorik sei verlangsamt (S. 2).

Die Beschwerdeführerin sei aufgrund des psychischen Zustandsbildes trotz Reintegrationsbemühungen mit der IV, medikamentösen Optimierungsversuchen sowie Anwendung von anerkannten psychotherapeutischen Techniken nach wie vor psychisch schwer krank, weiterhin 100%ig arbeitsunfähig und für den Arbeitsmarkt nicht vermittelbar. Der Therapieverlauf sei hartnäckig, die Aufarbeitung der Traumata sei langwierig, aber der richtige Therapieansatz. Die Beschwerdeführerin habe mehrere schwierige und traumatische Erlebnisse seit der Kindheit und Jugendzeit wegen politisch bedrohlichen Lebensbedingungen im Heimatland (Kurden im Nordirak) erlebt. Der aktuell psychisch tiefe Einbruch von Juni 2020 nach Jahrzehnten von Störungsfreiheit sei ein bekanntes Phänomen in der klinischen Praxis. Die Beschwerdeführerin habe diverse Traumata in jungen Jahren und damit in einer Entwicklungsphase mit erhöhter Vulnerabilität und noch nicht voll ausgereiften Bewältigungs- und Anpassungsfähigkeiten erlebt. Die Folgen, die das Aufwachsen in solchen politisch bedrohlichen Lebensbedingungen für die Persönlichkeitsentwicklung, die Gestaltung sozialer Beziehungen, den Aufbau einer eigenen Familie gegenüber Anforderungen und Belastungen hätten, spielten eine grosse Rolle für die psychischen Ressourcen, die später bei der Verarbeitung und Bewältigung bei einem erneuten Schock wie in diesem Fall durch die kränkende Änderungskündigung des Arbeitsgebers (veranlasst wegen vorgängig gehäuften Fehlzeiten für Hallux-Operationen mit wiederholten Komplikationen von 2016 bis 2018) nach 15 Jahren Arbeitstüchtigkeit (Pensum 80%) und Loyalität der geschätzten Mitarbeiterin getriggert worden sei. Dadurch könnten frühere traumatische Erfahrungen häufig erstmals wahrgenommen und ausgesprochen werden und im Zusammenhang mit aktuellen psychischen Belastungen gesehen werden. Aufgrund des bisherigen Verlaufs und des Alters der Beschwerdeführerin sei von einer ungünstigen Prognose auszugehen (S. 3 f.).

4. 4.1

Strittig und zu prüfen ist nachfolgend, ob die Beschwerdeführerin in Anspruch auf eine Rente hat und dabei insbesondere, ob zur Beurteilung des Gesundheitszustandes auf das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene orthopädisch-psychiatrische Gutachten vom August 2021 (vgl. vorstehend E. 3. 5 und E. 3.7) abgestellt werden kann (vorstehend E. 2.1-2.3).

4.2

In somatischer Hinsicht hielt der orthopädische Gutachter als Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit chronische Schmerzen des rechten Fusses im Sinne einer Metatarsalgie MFK II fest und führte aus, aufgrund der Arthrodesen habe sich eine relative Überlänge des zweiten Strahls ergeben, die nun eine sogenannte Metatarsalgie unterhalte. Die Beschwerdeführerin wirke im Rahmen der vorliegenden Begutachtung niedergeschlagen und teilweise weinerlich (Urk. 11/87 S. 44). Die Prognose des Krankheitsgeschehens sei gut, es habe sich anlässlich der vorliegenden Untersuchung keine Schwellung des rechten Fusses bei knöchern fest verheilten Arthrodesen des Grosszehengrundgelenks gefunden. Die zwischenzeitlich diagnostizierte Gonarthrose rechts sei klinisch zum jetzigen Zeitpunkt nicht relevant, es bestehe keine Bewegungseinschränkung, kein Kniegelenkerguss und keine Instabilität (S. 45). Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten auszuüben. Die Tätigkeiten sollten im Gehen, Stehen und Sitzen zu verrichten sein, das

heisse wechselnde lastende Tätigkeiten ohne häufige Gerüst- oder Leitertätigkeiten sowie ohne häufige Tätigkeiten auf unebenem Boden. Im Längsschnittverlauf sei dieses Belastungsprofil seit 2016 (Operation im Sinne der Cheilektomie des rechten Grosszehengrundgelenks) zu Grunde zu legen. Die bisherige Tätigkeit als Mitarbeiterin Hauswirtschaft in einem Altenheim sei zu 50 % möglich, bei einer uneingeschränkten Anwesenheitszeit von 8.5 Stunden und einer Einschränkung der Belastbarkeit von 50 %. Eine adaptierte Tätigkeit gemäss beschriebenen Profil sei ohne Einschränkungen möglich (S. 46). Auf orthopädischem Fachgebiet gebe es an der bisherigen Behandlung nichts auszusetzen. Die zu objektivierende Beschwerdesymptomatik sei eingehend dargestellt und diskutiert worden. Durch eine Intensivierung der Behandlung sei prognostisch keine Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erreichen (S. 48).

In den Akten findet sich weder eine abweichende Beurteilung noch wurde von den Parteien eine solche geltend gemacht. Es ist somit gestützt auf das A.____-Gutachten in somatischer Hinsicht von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in angepassten Tätigkeiten gemäss beschriebenen Profil auszugehen. 4.3

Im Weiteren ist zu beurteilen, ob vorliegend auf das von der Beschwerdegegnerin zwecks Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und des Gesundheitszustandes eingeholt bidisziplinäre Gutachten vom August 2021 (vorstehend E. 3.5 und E. 3.7) auch in psychiatrischer Hinsicht abgestellt werden kann.

Hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin wurde im A.____-Gutachten keine psychiatrische Diagnose vergeben (Urk. 11/87 S. 27) und eine 100%ige Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen wie auch jeglicher angepassten Tätigkeit attestiert (S. 30 f.). Der Gutachter erhob einen unauffälligen psychopathologischen Befund (S. 25 f.; vgl. auch S. 29 oben) und führte aus, die Beschwerdeführerin habe beim Beck'schen Depressionsinventar einen Wert verwirklicht, der für eine schwere depressive Symptomatik spreche. Das Ergebnis sei allerdings auf Grund der Auffälligkeiten in der Beschwerdevaldierung nicht verwertbar. Auch das Ergebnis des TOMM-Tests spreche laut Testmanual für das zielgerichtete Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik. Das SRSI beweise eine nicht-authentische Beschwerdeschilderung. Ergänzend sei darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin gerade im Bereich der psychischen Pseudobeschwerden deutliche Auffälligkeiten in ihrem

Antwortverhalten gezeigt habe (S. 26). Die von der Beschwerdeführerin berichtete schwere depressive Symptomatik habe nicht verifiziert werden können. Es würde in hohem Mass überraschen, warum die Beschwerdeführerin nur mit Johanniskraut behandelt werde und kein hochwirksames Antidepressivum erhalte, würde man annehmen, dass eine solche Symptomatik tatsächlich vorliegen würde. Hinsichtlich der PTBS sei nicht erkennbar, warum es bei der Beschwerdeführerin zu einer sogenannten late-onset PTBS gekommen sein sollte. Die Beschwerdeführerin habe bis zum Zeitpunkt, als sie eine Änderungskündigung erhalten habe, ein unauffälliges familiäres und berufliches Leben geführt. Die Änderungskündigung sei zweifelsohne ungeeignet, eine Retraumatisierung herbeizuführen, die dann zu einer entsprechenden Symptomatik führen würde. Hinzu komme, dass die Beschwerdeführerin eine entsprechende Symptomatik auch nicht formuliert habe. Somit sei nicht erkennbar, dass die Ressourcen der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht eingeschränkt seien (S. 28). Zusammenfassend könne aus psychiatrischer Sicht festgehalten werden, dass bei der Beschwerdeführerin ein psychiatrisches Krankheitsbild nicht habe verifiziert werden können. Ihr Vortrag sei in sich vage geblieben und in zwei unterschiedlichen Beschwerdevalidierungsverfahren habe die Beschwerdeführerin signifikant schlecht abgeschnitten. Es sei somit von einer nicht authentischen Beschwerdeschilderung auszugehen. 4.4

In seiner Teilbeurteilung (S. 20 -35 des Gutachtens) setzte sich der psychiatrische Gutachter mit den Beurteilungen und Berichten der behandelnden Psychiaterin Dr. B.____ (vgl. vorstehend E. 3.2-3.3, E. 3.6, E. 3.8, E. 3.11) sowie deren Befunderhebung

in keiner Weise auseinander. Auch seine r
nachträglichen Stellungnahme

(vgl. vorstehend E. 3.7) lässt sich nichts anderes entnehmen, als pauschale Aussagen zu den Testungen und dem allgemeinen vagen Antwortverhalten der Beschwerdeführerin, wobei dies bereits im Gutachten so diskutiert wurde, ohne eben näher darauf einzugehen, wie sich das vage Antwortverhalten der Beschwerdeführerin denn äussert und was daraus zu schliessen ist und aus welchem Grund. Der Gutachter stellte nach seiner Exploration lediglich fest, dass sich keine relevante psychiatrische Symptomatik ableiten lasse, und begründete dies insbesondere mit dem Durchführen zweier Beschwerdevalidierungsverfahren, in welchen die Beschwerdeführerin schlecht abgeschnitten habe. Auf eine Herleitung sowie eine ausführliche Diskussion der Testresultate wurde jedoch verzichtet. Nach der Rechtsprechung ist dem testmässigen Erfassen der Psychopathologie im Rahmen der psychiatrischen Exploration aber generell nur eine ergänzende Funktion beizumessen. Ausschlaggebend bleibt die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil 9C_344/2013 vom 16. Oktober 2013 E. 3.1.5 mit Hinweisen). Diese ist vorliegend sehr knapp ausgefallen.

Die Ausführungen des Gutachters erscheinen insbesondere vor dem Hintergrund der durch Dr. B.____ festgestellten Befunde sowie der Beschwerdeschilderung der Beschwerdeführerin selbst, die doch erhebliche Symptome berichtete (vgl. S. 21 f.), nicht nachvollziehbar. Dies ist insbesondere auch durch den Umstand begründet, dass gemäss Gutachter mittels Beck'schem Depressionsinventar eine schwere depressive Symptomatik erhoben worden ist, welche dieser jedoch lediglich als nicht verwertbar beurteilte, ohne mit der erforderlichen Begründungstiefe auf diese erwähnten Auffälligkeiten in der Beschwerdevalidierung einzugehen oder zu begründen (vgl. S. 26). Es fehlt an einer

Gesamtbeurteilung aller relevanter klinischer Faktoren sowie an einer Auseinandersetzung mit den Diskrepanzen zwischen den Feststellungen in den bisherigen Konsultationen der Beschwerdeführerin bei der behandelnden Psychiaterin sowie den Erhebungen anlässlich der Begutachtung. Zudem muss davon ausgegangen werden, dass die Lebensgeschichte der Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung doch eher rudimentär befragt wurde. So würden gemäss Gutachter von der Beschwerdeführerin keine einschneidenden Ereignisse angegeben (vgl. S. 23), was angesichts der ausführlichen, differenzierten und detaillierten Auseinandersetzungen der erlebten Traumata der Beschwerdeführerin in den Berichten von Dr. B.____ wie auch angesichts der Ereignisse, wie sie die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung schilderte,

nicht zu überzeugen vermag, enthält ihre Biographie doch Ereignisse, die im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung eine genaue Würdigung und Einordnung erwarten liessen, insbesondere da eine mögliche Traumafolgestörung zu prüfen ist. Die Trauma-Anamnese wurde im Gutachten quantitativ und qualitativ nur mangelhaft erhoben. Es fehlt an einer sorgfältigen Würdigung der vorhandenen Akten sowie dem Verlauf der Beschwerden der Beschwerdeführerin und es wurde denn auch nicht diskutiert, ob den vom Gutachter festgestellten Inkonsistenzen ein krankhaftes Geschehen zugrunde liegen könnte.

4.4

Nach dem Gesagten nahm der psychiatrische Gutachter vorliegend weder eine genügende Auseinandersetzung mit den Vorakten vor, noch setzte er sich

mit den im Raum stehenden Diagnosen und Befunden nachvollziehbar auseinander.

Obwohl die behandelnde Psychiaterin Dr. B.____

engagiert und differenziert Stellung genommen und ihre Schlussfolgerungen ausführlich begründet hat, kann aber auch nicht ohne Weiteres auf ihre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden, zumal in Bezug auf Berichte

behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen ist, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Den Berichten von Dr. B.____ können insbesondere zu wenig Informationen bezüglich der Standardindikatoren (vgl. vorstehend E. 1.5) entnommen werden

Zusammenfassend mangelt es vorliegend in psychiatrischer Hinsicht an einem richtig und vollständig festgestellten Sachverhalt, wobei die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht unklar ist und sich anhand der vorliegenden Akten nicht feststellen lässt.

Die Verfügung ist nach dem Gesagten aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese nach ergänzenden Abklärungen in psychiatrischer Hinsicht über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5. 5.1

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. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdegegnerin

aufzuerlegen. 5 .2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung sowohl für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57; vgl. auch BGE 141 V 281 E. 11.1 mit Hinweis), weshalb die vertretene Beschwerdeführer in Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Diese wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht , GSVGer). Unter Berücksichtigung eines gerichtsblichen Ansatzes für juristisch geschulte Vertreterinnen und Vertreter (vgl. Urk. 21 S. 2) von Fr. 1 8 5. pro Stunde zuzüglich Mehrwertsteuer

erscheint eine

Parteientschädigung von Fr.

1'800 .

(inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

Das Gesuch der Beschwerdeführerin um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsvertretung (vgl. Urk. 15) erweist sich diesbezüglich als obsolet. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen , dass die angefochtene Verfügung vom 1 2 . Mai 202 2 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 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

Beschwerdeführer in

eine Prozessentschädigung von Fr. 1 ' 8 00 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Y.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 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 Beweismitel 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin Grieder-MartensSchüpbach

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