

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00116 vom 17. Januar 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-01-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00116

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00116 du 17 janvier 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00116 del 17 gennaio 2024

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 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 des Bundesamtes für Sozialversicherungen zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems [K S ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Die Beschwerdeführerin meldete sich jedoch im Jahr 2020 wieder bei der Beschwerdegegnerin an und machte eine gesundheitliche Verschlechterung geltend. Da somit die Entstehung eines Rentenanspruchs 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

Wurde eine Rente

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

3 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrads auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2).

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 Zusprenkung 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 revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeits- unfähigkeit 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).

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4) . 1. 5

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 ; Urteil des Bundesgerichts 9C_529/2021 vom 26. Juli 2022 E. 3.2.1).

Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von

einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_54/2021 vom 10. Juni 2021 E. 2.3 m.w.H.). 2.

E. 2

Februar 2015 (Urk. 10/19) teilte sie der Versicherten mit, es seien aufgrund ihres Gesundheitszustandes keine beruflichen Eingliederungs- massnahmen möglich. Am 1

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung (Urk. 2) wie folgt: Aus chirurgisch-orthopädischer wie auch aus psychiatrischer Sicht habe im Jahr 2015 kein Gesundheitsschaden bestanden, der dauerhaft zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt habe (S. 1 unten). Aufgrund der medizinischen Beurteilung sei die angestammte Tätigkeit weiterhin zumutbar gewesen. Das Belastungsprofil sei lediglich teilweise eingeschränkt gewesen. Es sei damals keine Erwerbseinbusse ausgewiesen gewesen. Gestützt auf das nun eingereichte psychiatrische Gutachten vom 2. Juli 2020 sei nicht von einer Veränderung des

Gesundheitszustandes auszugehen. Auf das bidisziplinäre Gutachten von Prof.

Z.____ und Dr. phil. A.____ vom 8. Juni 2022 könne nur mit Vorbehalt abgestellt werden, da darin mehrfach erwähnt werde, es liege seit 2014 kein veränderter Gesundheitszustand vor und dieser sei vermutlich seit 2020 unverändert. Es sei deshalb nicht nachvollziehbar,

dass in diesem Gutachten von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werde. Dementsprechend bestehe kein Anspruch auf eine Rente (S. 2). Daran hielt die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerde Antwort (Urk. 8) fest.

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte geltend (Urk. 1), die Beschwerdegegnerin habe ihr Gesuch mit der Begründung abgelehnt, dass sich seit der Verfügung vom 29. September 2015 keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes ergeben habe, obwohl Prof. Z. ___ und Dr. A. ___ eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert hätten. Sie habe weiter die Zuverlässigkeit des Gutachtens bemängelt, es jedoch unterlassen, weitere Abklärungen zu tätigen (S. 4 Ziff. 7 und 8). Es sei jedoch eine anspruchrelevante Veränderung eingetreten, denn 2015 habe lediglich eine rezidivierende Depression nach Arbeitsüberlastung und bei soziokultureller Belastung vorgelegen, welche keine Arbeitsunfähigkeit verursacht habe. Neu seien jedoch neben der depressiven Störung, welche nunmehr in einer schweren Episode vorliege, auch eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und eine Agoraphobie festgestellt worden (S. 4 f. Ziff. 10). Prof. Z. ___ stelle eine Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung als Folgeerkrankung der PTBS fest. Es handle sich dabei nicht lediglich um eine andere Beurteilung eines unveränderten Sachverhaltes, sondern um ein Fortschreiten der Erkrankung (S.

5

Ziff. 11). Das Gutachten von Prof. Z. ___ und Dr. A. ___ sei beweismässig; es sei letztlich die Kundenberatung der Beschwerdegegnerin gewesen, die entschieden habe, das Gutachten zu missachten. Dieser fehle es jedoch am medizinischen Sachverstand zur Würdigung des Sachverhaltes (S. 7 Ziff. 20).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob seit Erlass der Verfügung vom 29. September 2015 eine anspruchrelevante Veränderung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin eingetreten ist, und im Besonderen ob die medizinische Aktenlage eine Beurteilung dieser Frage zulässt. 3. 3.1

Die Verfügung vom 29. September 2015

(Urk. 10/54) erging gestützt auf folgende Unterlagen.

Eine bildgebende Untersuchung des linken Schultergelenks vom 7. Oktober 2013 (Urk. 10/8/54) ergab eine Tendinose und Tendinitis der Supraspinatussehne, wobei eine intratendinöse beziehungsweise interstitielle Partialruptur nicht vollständig habe ausgeschlossen werden können. Begleitend bestehe eine periartikuläre Bursitis. Weiter zeige sich ein 10 mm grosses Ganglion am vorderen oberen Rand des Musculus supraspinatus ohne Verbindung zur Incisura

scapulae ohne Labrumläsion. Die bildgebende Untersuchung der Halswirbelsäule (HWS) vom 27. September 2013 (Urk. 10/8/55) ergab einen normalen Befund ohne posttraumatische Läsion und ohne kernspintomographisches Korrelat für das Zervikobrachialsyndrom. 3.2

Dr.

med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, hielt mit Bericht vom 21. Oktober 2013 nach Sichtung der HWS- und Schulteruntersuchungen fest, aktuell zeige sich kein Druckschmerz über der linken Schulter, die Bewegungsausmasse seien nur noch endgradig eingeschränkt. Die Halswirbelsäule sei mehr oder weniger beschwerdefrei (Urk. 10/8/61 S. 2). 3. 3

Die behandelnde Dr. med. C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in ihrem am 30. April 2014 zuhanden der Krankentaggeldversicherung der Beschwerdeführerin erstatteten Bericht (Urk. 10/8/34-35) folgende Diagnosen (S. 2): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Hypothyreose bei bifokaler Autonomie in einer Struma diffusa et multinodosa - Jodallergie - Status nach Prellung der linken Schulter und Supraspinatusläsion Die Behandlung erfolge seit September 2013 (S. 1 Ziff. 1). Da im Verlauf der ersten stationären Krisenintervention in der Klinik D.____ AG vom 17. Januar bis 21. Februar 2014 nur eine Teilremission möglich gewesen sei, sei die Beschwerdeführerin vom 11. März bis 24. April 2014 auf der Spezialstation für Depressionstherapie der D.____ AG behandelt worden (S. 2). Die Beschwerdeführerin sei in ihrer angestammten wie auch in jeder anderen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 5, Ziff. 6). 3. 4

Mit zuhanden der Krankentaggeldversicherung am 9. Juni 2014 erstattete m Bericht (Urk. 10/8/26-29) stellten die Ärzte der D.____ AG folgende Diagnosen (S. 2 Ziff. 4): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD

E. 6

Mai

2015 (Urk. 10/24) ersuchte die Versicherte um Kostengutsprache für ein Belastbarkeitstraining, was die IV-Stelle mit Mitteilung vom 30. Juni 2015 gewährte (Urk. 10/28). Die IV-Stelle liess die Versicherte sodann durch ihren regionalen ärztlichen Dienst (RAD) untersuchen (Berichte vom 23. Juli 2015; Urk. 10/35-36). Das Belastbarkeitstraining wurde per 3. August 2015 mit Hinweis auf den Gesundheitszustand abgebrochen (Urk. 10/41).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 10/38; Urk. 10/46) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 29. September 2015 (Urk. 10/54) einen Anspruch der Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung. Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

E. 6.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art.

69 Abs.

1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

E. 6.2

Nach §

34 Abs.

3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Nachdem die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin keine Honorarnote eingereicht hat, ist die Entschädigung nach Ermessen festzusetzen (vgl. Urk.

1 1 Dispositiv-Ziffer 3). In Berücksichtigung der vorstehend genannten Kriterien ist die Entschädigung von Rechtsanwältin Stephanie C. Elms, Zug, bei Anwendung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 2'400.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Die Beschwerdeführerin ist auf §

16 Abs.

4 GSVGer hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern sie dazu in der Lage ist. 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 Stephanie C. Elms, Zug, wird mit Fr.

2'400.-- (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 Stephanie C. Elms - 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15.

Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 Fehr Lienhard

E. 9

Januar 2023 (Urk.

2) und beantragte deren Aufhebung sowie die Zusprechung einer Rente nach Gesetz (S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 14.

April 2023 (Urk.

8) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin mit Gerichtsverfügung vom 17. Mai 2023 (Urk.

11) zur Kenntnis gebracht; gleichzeitig wurde ihr antragsgemäss (Urk.

1 S.

2) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung gewährt. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 10

F61.16) könne nicht bestätigt werden. Dagegen spreche auch das frühere gute Funktionsniveau der Beschwerdeführerin (S. 39). Das Vermeidungsverhalten, die emotionale Übererregung, die depressive Symptomatik und die agoraphobischen Ängste belasteten die Beschwerdeführerin sehr stark. Es bestehe fast nur zu ihrer langjährigen Therapeutin ein Vertrauensverhältnis. Weiter pflege die Beschwerdeführerin auch zu ihrer Mutter regelmässige Kontakte, seltener zu ihren Brüdern, weitere Kontakte vermeide sie so weit wie möglich .

Die Ängste seien so gross geworden, dass sie sich kaum noch aus dem Haus wage und nur mit grosser Anstrengung öffentliche Verkehrsmittel nutzen könne. Anderen Personen als ihrer Mutter und ihrer Therapeutin gegenüber scheine sie sehr misstrauisch zu sein. Ihre Freunde würden sich immer wieder bei ihr melden, sie selbst verschliesse sich jedoch (S. 41). In der angestammten Tätigkeit bei Y. ____

bestehe keine Arbeitsfähigkeit, da sie unter panikartigen Ängsten, einem emotionalen Hyperarousal , grossen Konzentrationsschwierigkeiten und starker Ermüdbarkeit und Erschöpfung leide. Diese Arbeitsunfähigkeit bestehe seit dem 29. Dezember 2013.

Seither sei keine Arbeitsfähigkeit wiedererlangt worden (S. 48). Die Beschwerdeführerin sei nicht gruppenfähig und auch kaum in der Lage, zu regelmässigen Zeiten das Haus zu verlassen, weshalb ihr momentan auch keine angepasste Tätigkeit zumutbar sei

(S. 49). In den vergangenen fünf Jahren habe sich keine Verbesserung der gesundheitlichen Situation eingestellt. Das Ereignis vom Sommer 2019, das die Beschwerdeführerin mehrfach erwähne, scheine ihre Situation noch weiter

verschlechtert zu haben. Allerdings müsse angemerkt werden, dass der RAD Einschätzung aus dem Jahr 2015 in keiner Weise gefolgt werden könne. Alle zur Verfügung stehenden Informationen wiesen darauf hin, dass schon damals weit überwiegend wahrscheinlich eine Krankheit von erheblicher Dauer und Schwere mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestanden habe (S. 50). 4.2

Dr. med. J.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, nahm am 31. Juli 2020 (Urk. 10/64/2-6) wie folgt zum Gutachten der L.____ Stellung: Es würden darin verschiedene Beschwerden und Symptome genannt, die nicht recht einzuordnen seien, wie etwa Konzentrationsstörungen wegen zusätzlicher Kopfschmerzen und Flashbacks, die allerdings von der Beschwerdeführerin nie erwähnt worden seien. Erinnerungen seien nicht als Flashbacks zu beurteilen. Weiter sei die Rede von panikartigen Ängsten im öffentlichen Verkehr, wobei weder eine Panikstörung noch eine Agoraphobie diagnostiziert werden könnten, dazu müssten die ICD-10 Kriterien erfüllt sein, was nicht der Fall sei, und von einem starken Vermeidungsverhalten gegenüber jeglichem Kontakt mit der früheren Arbeitsstelle, was aufgrund der Mobbing Erfahrung als normalpsychologisch zu beurteilen sei. Das beschriebene Derealisationserleben bei starker emotionaler Belastung sei nicht pathologisch. Die angegebenen Ein- und Durchschlafstörungen würden von der Beschwerdeführerin nicht berichtet. Sie habe angegeben, dass sie von 20 oder 21 Uhr bis etwa 10 Uhr schlafe, manchmal brauche sie eine Stunde, bis sie aufstehen könne, und der Schlaf sei nicht erholsam. Weiter werde beschrieben, dass sie Kontakte zu Freundinnen vermeide, da sie nicht über ihre Situation sprechen wolle, was nicht krankheitsbedingt gewertet werden könne (S. 2 unten f.).

Aus RAD-Sicht sei weiter die Diagnose einer PTBS nicht nachvollziehbar. Die angegebenen dreimaligen (unklaren) Tötungsversuche und die gewalttätigen Übergriffe durch den Vater im Kindes- und Jugendalter würden zwar das A Kriterium erfüllen. Allerdings sei unklar, warum die Angabe, das Elternhaus werde seit 2001 nicht mehr besucht, als Vermeidungsverhalten interpretiert werde, sei die Versicherte damals doch immerhin 29 Jahre alt gewesen. Das Vermeiden von sozialen Kontakten habe sicherlich nicht mit einer PTBS zu tun, da die Beschwerdeführerin vor 2014 jahrelang habe arbeiten können, auch in einem Umfeld mit Kunden. Ebenfalls könne das Vermeiden von Erinnerungen an den früheren Arbeitgeber nicht als Symptom einer Traumafolgestörung in Zusammenhang gebracht werden. Nach einer Mobbing Erfahrung sei dies eher als normalpsychologisches Verhalten zu interpretieren (S. 3).

Es werde aufgrund theoretischer Grundlagen die Erklärung für eine PTBS hergeleitet. Ein starkes Vermeidungsverhalten in Bezug auf Kindheit und Jugend könne zwar für eine PTBS sprechen, sei jedoch nicht beweisend. Das angebliche Ereignis vom Sommer 2019 sei unbekannt und könne nicht als Verschlechterungsgrund aufgeführt werden. Wenn jetzt tatsächlich eine PTBS vorliegen würde, auch aufgrund einer Reaktivierung, hätte eine

solche auch schon früher vorliegen müssen, was offenbar nicht der Fall gewesen sei. Im Gutachten werde ein « late onset » Beginn der PTBS diskutiert, was erstaune. Wenn tatsächlich ein schweres Kindheitstrauma vorliegen sollte, hätte dies schon damals zu Einschränkungen bis zu Störungen der Persönlichkeitsentwicklung geführt haben müssen. Eine normale Schul- und Berufslaufbahn spreche jedoch sicherlich gegen eine solche Entwicklung. Auffälligerweise werde die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit dem Argument verneint, dass das frühere Funktionsniveau gut gewesen sei. Genau dieses Argument spreche aber auch gegen eine PTBS aufgrund von Trauma in der Kindheit (S. 4).

Gewisse depressive Symptome könnten zwar erkannt werden, jedoch nicht in dem Ausmass, wie sie gemäss der gestellten Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, vorliegen müssten. Es könne von einer leichten, maximal mittelgradigen depressiven Symptomatik ausgegangen werden (S. 4 unten f.). Eine Agoraphobie mit Panikstörung könne nicht klar nachvollzogen werden. Die Nähe anderer Menschen nicht mehr ertragen zu können, sei kein Symptom einer Agoraphobie, eben so wenig wie ein Überforderungsgefühl unter Menschen und in öffentlichen Verkehrsmitteln. Ein panikartiges Gefühl entspreche keiner Panikattacke. Weiter hätten die L.____-Gutachter moniert, dass die berichtete Gewalt durch den Vater nicht weiter erwähnt worden sei. Es müsse angenommen werden, dass der RAD Arzt seinerzeit diese nicht mehr erwähnt habe, weil keine weiteren Symptome vorgelegen hätten, die eine PTBS gerechtfertigt hätten. Hier würden die Gutachter die «komplexe PTBS» gemäss der noch nicht gültigen ICD-11 erwähnen, berücksichtigten diese aber selbst zu wenig. In diesem Abschnitt würden die Schwierigkeiten beim Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel plötzlich in Zusammenhang mit der PTBS gebracht, was nicht akzeptiert werden könne. Entweder seien diese ein Symptom der PTBS oder der Agoraphobie (S. 5). Die medizinischen Unterlagen begründeten keine Veränderung des Gesundheitszustandes (S. 6). 4.3

Dr. C.____ stellte in ihrem Bericht vom 3. April 2021 (Urk. 10/79) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.2): - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) - Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) Sie beschrieb den Gesundheitszustand als stationär und führte aus, dass das komplexe psychiatrische Krankheitsbild mit geringfügigen Schwankungen der Symptomausprägung während des gesamten Behandlungszeitraumes seit Januar

2014 bestanden habe. Die Diagnosekriterien für alle genannten Diagnosen seien seit Januar 2014 erfüllt (S. 1 Ziff.

1.2). In den ersten Behandlungsmonaten

in den Jahren 2014 und 2015 sei das Denken der Beschwerdeführerin stärker auf

die erlittene psychische Dekompensation am letzten Arbeitsplatz eingeeignet gewesen. Im weiteren Verlauf seien Erinnerungen an die seit dem siebten

Lebensjahr bis in die Adoleszenz erlittene physische Gewalt durch den Vater zugänglich und verbalisierbar geworden, der sie häufig ohne erkennbaren Anlass schwer geschlagen, sie wiederholt mit einer Pistole bedroht und sie zu töten versucht habe. Die Erinnerungen

seien bis heute mit starken überflutenden Gefühlen von Angst und Wut verbunden. Sie vermeide es deshalb, darüber zu sprechen. Die Kernsymptome der wiederkehrenden Intrusionen, Hyperarousal und Vermeidung von Traumaerinnerungen seien aus näher dargelegten Gründen weiterhin stark ausgeprägt. Die Beschwerdeführerin zeige das Vollbild einer komplexen PTBS. Die depressive Symptomatik habe im Verlauf zwischen mittel- und schwergradiger Symptomausprägung geschwankt. Gegenwärtig zeige die Beschwerdeführerin ein schweres depressives Syndrom und leide weiterhin an starken agoraphobischen Ängsten, die kaum adaptierten (S. 1 f. Ziff.

1.3). Es bestehe keine Belastbarkeit in einer Erwerbstätigkeit, weder in der bisherigen noch in einer angepassten Tätigkeit (S. 3 Ziff.

2.1). 4.4

Dr.

med. K.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Hausarzt der Beschwerdeführerin (Urk.

10/8/37; Urk.

10/3 Ziff.

6.5), hielt in seinem undatierten Bericht (Urk.

10/81/1-3) fest, er behandle die Beschwerdeführerin aktuell nur in somatischer Hinsicht (Ziff. 1.3) und sehe sie jeden bis jeden zweiten Monat (Ziff.

3.1). 4.5 4.5.1

Prof. Z.____ stellte in seinem am 8.

Juni 2022 (Urk.

10/99/1-43) unter Berücksichtigung der Akten (S. 7 ff.), Erhebung der Anamnese und Durchführung einer

eigenen (S. 19 ff.) sowie Veranlassung einer neuropsychologischen (Urk.

10/99/54-7) und laborchemischen (Urk.

10/99/48-49) Untersuchung erstatteten Gutachten die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extremlastung, Folgeerkrankung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F62.0; S. 35 Ziff.

6.3.2).

Der Befund habe ergeben, dass die Auffassung der Beschwerdeführerin deutlich gestört sei. Sie gebe subjektiv Konzentrationsstörungen an, könne dem Gespräch im Verlauf aber gut folgen. Bei den Paramnesien träten häufigere Erinnerungen an die Kindheitstraumata auf, es sei nicht ganz sicher, ob dies Intrusionen entspreche. Objektiv sei eine deutliche Denkverlangsamung mit immer wieder auftretenden Antwortlatenzen auffällig. Insgesamt sei sie eine stark misstrauische Person, dies zeige sich auch in der Interaktion in der Untersuchung. Sie berichte über Derealisationen- und Depersonalisationserleben in grossen Stressmomenten. Affektiv wirke sie affektarm, sie leide unter einer starken Verminderung der Vitalgefühle, sei deprimiert, hoffnungslos und ängstlich. In der Untersuchung wirke sie zudem dysphorisch und gereizt. Subjektiv gebe sie auch eine innere Unruhe an sowie

Insuffizienzgefühle und Schuldgefühle. Sie sei leicht affektin kontinent und affektstarr. Insgesamt sei eine klagsam- jammrige Haltung und ein theatralisches Auftreten deutlich bei trotzdem glaubhafter affektiver Störung. Die Schilderung wirke allerdings im Ausdrucksverhalten übersteigert. Die Beschwerdeführerin gebe Antriebsarmut und Antriebshemmung an. Motorisch sei sie unruhig. Sie beschreibe einen deutlichen sozialen Rückzug und Suizidalität im Sinne vermehrter Gedanken an den eigenen Tod (S. 26). In der neuropsychologischen Untersuchung sei die Beschwerdeführerin leicht dysphorisch, affektiv niedergestimmt, nur selten punktuell ein wenig aufhellbar, immer wieder in Tränen ausbrechend, laut schluchzend bei regulärem Antrieb gewesen. Bei der testpsychologischen Untersuchung hätten deutliche Einbußen kognitiver Teilleistungen nachgewiesen werden können. Die ermittelten Teilleistungsstörungen ergäben insgesamt eine mittelgradige kognitive Störung (S. 27). Die Laboruntersuchung habe eine zuverlässige Einnahme des Antidepressivums gezeigt (S. 28). 4.5.2

Prof. Z. ___ führte aus, die Beschwerdeführerin wirke deutlich beeinträchtigt. Es liege ein deutlich ausgeprägtes depressiv-ängstliches Syndrom mit sozialem Rückzug, Niedergeschlagenheit, Antriebsarmut, Interessenverlust und latenter Suizidalität vor. Zudem bestünden Symptome einer Traumafolge-Störung mit Intrusionen, Alpträumen, erhöhter Schreckhaftigkeit und Vermeidungsverhalten vor (S. 31 Ziff).

6.3.1). Insbesondere zeige die Beschwerdeführerin lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume und Gedanken an innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähnelten, und auch die Kriterien Vermeidungsverhalten und erhöhte psychische Sensitivität und Erregung seien erfüllt. Das Trauma, auf das sich die Symptome bezögen, sei eine multiple Gewalterfahrung durch den Vater, die sich über mehrere Jahre erstreckt habe. Dies erfülle wohl auch die Bedingungen eines langanhaltenden Ereignisses oder Geschehens von aussergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmass, dem die Beschwerdeführerin ausgesetzt gewesen sei. Der übliche Verlauf einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sehe vor, dass Symptome als protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis aufträten. Der Beginn folge nach der Beschreibung im ICD dem Trauma nach einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern könne. Durch neuere Untersuchungen sei allerdings wissenschaftlich belegt, dass es auch wesentlich längere Latenzen zwischen dem erlebten Trauma und dem ersten bewussten Auftreten von Symptomatik geben könne. Typischerweise trete die Symptomatik in diesen Fällen nach einer längeren Latenz von Jahren oder sogar Jahrzehnten auf, meist durch eine Re-Aktualisierung des Traumas, also durch bestimmte Triggerreize. Bei der Beschwerdeführerin sei plausibel, dass die Auseinandersetzung mit dem aggressiven Vorgeetzten bei sowieso vorhandener Ängstlichkeit gegenüber autoritären Personen einen solchen Triggerreiz gebildet habe (S. 33).

Das depressiv-ängstliche Syndrom werde der Traumafolgestörung zugeschrieben und nicht als eigenständige Erkrankung diagnostiziert. Die auffälligen Persönlichkeitsanteile entsprächen einer leicht ausgeprägten Persönlichkeitsakzentuierung, die Kriterien für eine spezifische Persönlichkeitsstörung würden jedoch nicht erfüllt. Insbesondere liege das Kriterium G4, nämlich der Nachweis, dass die Abweichung stabil, von langer Dauer und im späten Kindesalter oder der Adoleszenz beginnend ist, nicht vor. Dysfunktionale Anteile ihrer Persönlichkeit, die möglicherweise vorangelegt gewesen seien, seien erst mit der Reaktivierung der Traumafolgestörung zum Ausdruck gekommen und würden deswegen nicht als eigenständige Störung im Sinne einer Persönlichkeitsakzentuierung diagnostiziert

(S. 34). 4.5. 3

Die Beschwerdeführerin habe wenig persönliche Ressourcen. Zu nennen sei vor allen Dingen eine bis 2014 offensichtlich vorliegende hohe Arbeitsmotivation und eine recht gute Schulbildung. Zudem pflege sie engen Kontakt zur Mutter, lebe sonst allerdings recht zurückgezogen. Die Haushaltstätigkeiten könne sie ohne fremde Hilfe erledigen, bestelle auch zum Teil ihre Lebensmittel online und lasse sich diese liefern. Zur übrigen Familie habe sie keinen Kontakt mehr. Sie habe keinen Partner, keinen aktiven Freundeskreis und lebe somit recht zurück gezogen. Probleme im sozialen Umfeld bestünden vor allen Dingen durch ihr Misstrauen gegenüber Ämtern und durch den Druck des Sozialamtes (S. 30).

Die Funktions- und Fähigkeitsstörungen seien bei aktuell nur noch gering vorhandenen Ressourcen ganz auf die psychiatrische Erkrankung zurückzuführen. Schon allein die kognitiven Störungen legten eine weitgehende Arbeitsunfähigkeit nahe. Die Funktionsstörungen seien weitgehend medizinisch begründet. Bei der Beschwerdeführerin bestünden auch deutliche psychosoziale Probleme, die aber als Folge der Erkrankungen eingeordnet werden müssten (S.

37).

In der bisherigen Tätigkeit könne eine Arbeitstätigkeit insbesondere wegen der ängstlich depressiven Reaktion beim Umgang mit anderen Menschen aktuell nicht ausgeführt werden. Die Einschränkung der Arbeitsleistung ergebe sich auch durch raschere Erschöpfbarkeit. Zudem bestehe durch die festgestellte kognitive Störung eine deutliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Es bestehe nach Beurteilung der neuropsychologischen Gutachterin eine Leistungsminderung um 60%. Die Arbeitsunfähigkeit von 100% in der angestammten Tätigkeit liege nach den Angaben in den Akten weitgehend unverändert seit 2014 vor. Eine genauere rückwirkende Einschätzung sei insbesondere in adaptierter Tätigkeit nicht möglich (S. 38).

In einer näher genannten angepassten Tätigkeit sei eine Präsenz von 50% möglich. Eine wesentliche Besserung der Leistungsfähigkeit, insbesondere der kognitiven Leistung, sei erst nach sinnvoller Therapie der Traumafolgestörung zu erwarten. Dann wäre noch mit einer Leistungseinschränkung von 30% zu rechnen. In einer optimal angepassten Arbeitstätigkeit und einer zielgerichteten Traumatherapie mit angepasster Medikation wäre eine Arbeitsfähigkeit von etwa 40% zu erreichen (S. 39). 4.5.4

Die Symptomatik sei seit 2014 im Wesentlichen unverändert. Konsistent würden ein depressives Syndrom, eine Angsterkrankung und Symptome einer Traumafolgestörung beschrieben. Neu sei durch das psychiatrische Vorgutachten die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gestellt worden. Die Symptome dieser Störung seien allerdings auch schon vorher beschrieben worden, ohne eine entsprechende Diagnose zu stellen. Die Veränderung des Gesundheitszustandes sei mit dem psychiatrischen Vorgutachten von Juli 2020

eingetreten, in dem zum ersten Mal die Diagnose einer PTBS gestellt und begründet worden sei (S. 40). Die im Gutachten bestätigte Arbeitsunfähigkeit liege bei aller Schwierigkeit der rückwirkenden Beurteilung mindestens seit dem Vorgutachten 2020 vor. Die Frage, ob sich im Vergleich zur Beurteilung durch den RAD im Jahr 2015 eine Veränderung des Gesundheitszustandes ergeben habe, bejahte Prof. Z.____

und führte aus, das depressive Syndrom werde nun konzeptuell der PTBS zugeordnet und diese Diagnose in Abweichung der Einschätzung des RAD im Vorgutachten erstmals gestellt. Als Veränderung der Befunde sei festzustellen, dass das depressiv-ängstliche Syndrom stärker ausgeprägt sei als vom RAD beschrieben. Es ergäben sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Hinweise auf das Vorliegen einer PTBS beziehungsweise jetzt einer andauernden Persönlichkeitsänderung als Nachfolgeerkrankung. Der Gesundheitszustand sei vermutlich seit 2020 unverändert. Die Sachlage werde im früheren und im aktuellen Gutachten allerdings anders eingeschätzt als in der Beurteilung durch den RAD (S. 41).

An dieser Beurteilung hielt Prof. Z.____

in seiner Stellungnahme zu den Rückfragen der Beschwerdeführerin zu seinem Gutachten (vgl. Urk. 10/101) fest (Urk.

10/104) . 4.5.5

Aus neuropsychologischer Sicht stellten sich Auffassung, Konzentration, Alltags- und autobiographisches Gedächtnis im Gespräch nicht vermindert dar. Die Beschwerdeführerin habe in der mehrstündigen neuropsychologischen Begutachtung augenscheinlich aufmerksam und konzentriert mitgearbeitet, ihre Geschwindigkeitsleistung sei aber eher tief gewesen. Auch gegen Ende der vierstündigen neuropsychologischen Begutachtung hätten sich keine offensichtlichen Ermüdungszeichen gezeigt. Es sei weder über die Dauer der Begutachtung noch während der einzelnen Testaufgaben eine relevante Leistungsabnahme zu beobachten gewesen. In der Testsituation habe die Beschwerdeführerin teils stark verlangsamt und mit schwankender Fehlerkontrolle gearbeitet. Einer guten Präsenz und Geschwindigkeit im Gespräch habe eine massive Verlangsamung bei der Testbearbeitung bei zumeist konstanter Konzentration entgegengestanden (Urk.

10/99/64-65). Es hätten sich gewisse Hinweise auf eine Aggravation von psychischen Beschwerden ergeben (Urk.

10/99/68). Im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung habe sich die Beschwerdeführerin etwas dysphorisch, affektiv niedergestimmt, nur selten punktuell ein wenig aufhellbar, immer wieder in Tränen ausbrechend, laut schluchzend bei regulärem Antrieb gezeigt. Die Testung habe insbesondere im Bereich der attentionalen

Funktionen deutliche Einbußen zutage gefördert. Die Einschränkungen entsprächen einer mittelgradigen kognitiven Störung (Urk.

10/99/68-69). Diese lasse sich ätiopathogenetisch im Rahmen der aktuell psychiatrisch diagnostizierten PTBS und dem depressiven Syndrom einordnen. Auch unerwünschte Nebenwirkungen der psychopharmakologischen Medikation seien zu berücksichtigen. Da keine neuropsychologischen Vorbefunde vorhanden seien, sei eine Rückdatierung nicht möglich (Urk.

10/99/70). 5. 5.1

Vorab ist festzuhalten, dass psychische Beschwerden im Vordergrund stehen. In somatischer Hinsicht stellte Dr. G.____ im Juli 2015 keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit; der Beschwerdeführerin waren somatisch alle Tätigkeiten, auch die angestammte als Schichtleiterin bei Y.____, vollumfänglich zumutbar (vgl. vorstehend E.

3.8). In der Folge ergab sich keine wesentliche Veränderung in somatischer Hinsicht. Die Beschwerdeführerin macht denn auch nichts Derartiges geltend (vgl. Urk. 1). 5.2

In psychischer Hinsicht ging die behandelnde Psychiaterin Dr.

C.____ im April

2014 zunächst von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, aus (vorstehend E. 3.3), was die Ärzte der D.____

AG in ihrem Bericht vom Juni 2014 nach stationärem Aufenthalt der Beschwerdeführerin bestätigten, wobei sie zusätzlich Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung diagnostizierten. Die Beschwerdeführerin sei nach weitgehender Remission der depressiven Symptomatik entlassen worden (vgl. vorstehend E. 3.4). Im Februar des Folgejahres 2015 diagnostizierte Dr. C.____ weiterhin eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, wobei zusätzlich Panikattacken bestünden, und eine Persönlichkeitsstörung mit paranoiden, zwanghaften und emotional instabilen Zügen bei körperlicher Misshandlung durch den Vater bis 18jährig. Die Beschwerdeführerin sei wach und bewusstseinsklar gewesen, habe unter hoher emotionaler Anspannung gestanden und die Psychomotorik und der Antrieb seien reduziert gewesen, die Grundstimmung gesenkt. Im Affekt habe sie zwischen verzweifelt Weinen und aggressiver Anspannung gewechselt und es hätten eine hohe Reiz- und Schreckhaftigkeit bestanden. Im Gespräch war sie nach 50 Minuten erschöpft und die Auffassung und Konzentration waren anschliessend reduziert (vorstehend E. 3.5). In der tagesklinischen Behandlung vom 19.

März bis 15.

Mai 2015 zeigte sich die Beschwerdeführerin in den Therapien sehr interessiert, wissbegierig und engagiert und konnte ihre Grenzen und ihr Ruhebedürfnis wahrnehmen, brach jedoch die Behandlung ab, da sie die Gruppentherapie nicht aushielt (vorstehend E. 3.6). Med. pract. F.____ kam nach eigener Untersuchung der Beschwerdeführerin zum Schluss, es bestehe eine rezidivierende Depression nach Arbeitsüberlastung und bei soziokultureller Belastung sowie eine Persönlichkeitsaktenuierung. Die Beschwerdeführerin sei affektiv herabgestimmt gewesen und habe wiederholt geweint, jedoch auch freudig über Walbeobachtung in Argentinien berichtet. Der Antrieb war unauffällig und sie sei über zwei Stunden lang aufmerksam und konzentriert gewesen. Med. pract. F.____ wies darauf hin, dass auch im Bericht der E.____ Antrieb und Psychomotorik regelrecht und Aufmerksamkeit, Konzentration und Psychomotorik sowie das Gedächtnis als leicht beeinträchtigt beschrieben worden seien. Ebenso wies er darauf hin, dass die Beschwerdeführerin zum grossen Teil ein auf die Erwerbstätigkeit bezogenes Vermeidungsverhalten zeige, ansonsten jedoch ein gutes Funktionsbild aufweise, konnte sie doch im November 2013 alleine nach Argentinien reisen, um sich einer Brustverkleinerungsoperation zu unterziehen. Med. pract. F.____ hielt fest, dass dies doch erhebliche Eigeninitiative und planvolles Handeln erfordert, ebenso eine sechswöchige Reise nach Argentinien im Dezember 2014 (vgl. Urk.

10/16/4 Mitte ; Urk.

10/21/4). Die Beschwerdeführerin beschrieb dennoch einen sozialen Rückzug. Dazu stand in gewissem Widerspruch, dass sie sich von zwei Bekannten zur Untersuchung begleiten liess und monatlich mit Hilfe von Bekannten die grossen Einkäufe erledigte (vgl.

vorstehend E. 3.7). Im Oktober 2015, kurz nach Erlass der Verfügung vom 29.

September 2015, unterzog sie sich zudem einer Magenbypass-Operation (10/81/4-5), was ebenfalls Rückschlüsse auf das Funktionsniveau und die Handlungs- und Planungsfähigkeit zulässt, zumal Dr.

C. Ende August 2015, somit kurz vor der Operation, von einer gravierenden Verschlechterung des Zustandes mit akuter Suizidalität und einer mittel- bis schwergradigen Ausprägung des depressiven Syndroms berichtete (vgl. vorstehend E. 3.9). Der RAD ging in psychischer Hinsicht insgesamt von einer leicht gradigen rezidivierenden depressiven Störung und voller Arbeitsfähigkeit aus (vorstehend E. 3.8). Die Gewalttätigkeit des Vaters war med. pract. F. aufgrund des Berichts von Dr.

C. (vorstehend E. 3.5) bekannt, ebenso die schwierige Situation am früheren Arbeitsplatz (Urk. 10/35 S. 2 oben). 5.3

Die Verfügung vom 29.

September 2015 erging nach dem Gesagten

gestützt auf

eine umfassende Aktenlage und letztlich aufgrund der begründeten

RAD-Einschätzung. Es liegt somit keine Mangelhaftigkeit der ursprünglichen Verfügung vor, die eine Prüfung eines Revisionsgrundes verunmöglichen würde (vgl. dazu das Urteil des Bundesgerichts 9C_602/2007 vom 11.

April 2008 E. 5.1).

Obschon die damalige auf einer eigenen Untersuchung beruhende RAD-Beurteilung wesentlich von der Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr.

C. abwich, die eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit postulierte, kann nicht gesagt werden, die RAD-Berichte seien nicht nachvollziehbar und der darauf basierende Entscheid zweifellos unrichtig, was auch die Beschwerdeführerin nicht geltend machte. Sie, die in jenem Verfahren von ihrer Psychiaterin unterstützt wurde (Urk.

10/57), hat die verfügungsweisen Feststellungen der IV-Stelle auch nicht angefochten und sie muss sich diese Ausgangslage entgegenhalten lassen. Mithin ist zu prüfen, ob sich die damalige gesundheitliche Situation mit uneingeschränkter Leistungsfähigkeit zwischenzeitlich verschlechtert hat. 5.4

Dr.

H. und med. pract. I.

von der L.

stellten in ihrem Gutachten vom 2. Juli 2020 fest, es bestünden eine erhöhte Reizbarkeit mit Wutausbrüchen, starke Konzentrationsschwierigkeiten sowie Hypervigilanz und erhöhte Schreckhaftigkeit, wenn die Beschwerdeführerin unter Menschen sei. Die Erlebnisse mit dem früheren Vorgesetzten und der Mobbing Erfahrung schienen die früheren Gewalterfahrungen wieder reaktiviert zu haben. Das Vermeidungsverhalten, die emotionale Übererregung, die depressive Symptomatik und die agoraphobischen Ängste belasteten die Beschwerdeführerin sehr stark. Sie habe fast nur zu ihrer langjährigen Therapeutin ein Vertrauensverhältnis, pflege ansonsten zu ihrer Mutter regelmässige

Kontakte, seltener zu ihren Brüdern, weitere Kontakte vermeide sie soweit möglich. Die Beschwerdeführerin sei nicht gruppenfähig und auch kaum in der Lage, zu regelmässigen Zeiten das Haus zu verlassen. Die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bestehe seit 29. Dezember 2013 und der Einschätzung des RAD von 2015 könne in keiner Weise gefolgt werden. Dr.

H.____ und med. pract . I.____ diagnostizierten neu eine posttraumatische Belastungsstörung aufgrund der Gewalt des Vaters, der in der Kindheit und Jugend der Beschwerdeführerin drei Mal versucht habe, die sie umzubringen,

sodann eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode

ohne psychotische Symptome, und eine Agoraphobie mit Panikstörung. (vorstehend E. 4.1).

Bei der Befunderhebung war die Beschwerdeführerin objektiv deutlich dysphorisch, affektlabil und innerlich angespannt, der Antrieb stark reduziert, es bestand eine psychomotorische Anspannung und die Beschwerdeführerin wirkte erschöpft, sehr ängstlich und misstrauisch (S. 33 unten f.). Sie sei nicht schwingungsfähig, der Antrieb sei stark reduziert, sie vermeide Kontakt zu ihren früheren Freunden. Es lägen starke passive Suizidgedanken vor (S. 34 unten f.). 5.5

Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens per se genügt, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen. Notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 8C_170/2020 vom 2.

Juli 2020 E. 2.3 ; vgl. vorstehend E. 1.4). Wenngleich Dr.

H.____ und med. pract . I.____ im Gutachten der L.____

eine andere Diagnose stellten, lässt sich ihm ein im wesentlichen unveränderter Sachverhalt entnehmen und es liegen keine veränderten Befunde vor. So wurde die Beeinträchtigung unverändert auf die frühere Arbeitssituation und die Gewalterfahrung in der Kindheit und Jugend zurückgeführt und ausdrücklich festgehalten, dass die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bestehe seit 29.

Dezember 2013.

Die hohe emotionale Anspannung und die Reduktion der Psychomotorik und des Antriebs wie auch die gesenkte Grundstimmung und Suizidalität mit einem depressiven Syndrom mittel- bis schwergradiger Ausprägung waren bereits 2015 beschrieben worden, ebenso der beeinträchtigte Affekt, die hohe Reiz- und Schreckhaftigkeit und die Beeinträchtigungen in Situationen mit anderen Personen (vgl. vorstehend E. 5.2), was den RAD-Ärzten bekannt war (Urk. 10/35/1, Urk. 10/36/1). Für das Vorliegen einer erheblichen Sachverhaltsänderung genügt es nicht, dass in einem neuen Bericht der bereits bekannte, im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung gegebene Sachverhalt anders bewertet wird und daraus andere Schlussfolgerungen gezogen werden als im früheren Verwaltungsverfahren. Vielmehr bedarf es neuer Elemente tatsächlicher Natur, die nach der ursprünglichen Rentenverfügung eingetreten und zu dem damals gegebenen Sachverhalt hinzugekommen oder diesen verändert haben. Prozessentscheidend ist die Frage, ob sich der Gesundheitszustand im Vergleichszeitraum in rentenrelevantem Ausmass tatsächlich verschlechtert hat (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 4.

Auflage, Art.

30 Rz . 51 mit Hinweis). Dass die Gutachter der L.____ die im Wesentlichen unveränderten Befunde diagnostisch neu einordneten, stellt somit keinen Revisionsgrund dar . Ebenso ist der Umstand, dass die Beschwerdeführerin nun erstmals berichtete, ihr Vater habe drei Mal versucht, sie umzubringen, nicht mit einem neuen Element tatsächlicher Natur im beschriebenen Sinn gleichzu setzen. Dies soll die Erfahrungen der Beschwerdeführerin nicht relativieren , muss jedoch bei der Prüfung eines Revisionsgrundes entsprechend beurteilt werden.

Nicht ohne Weiteres zu überzeugen vermag auch der Erklärungsversuch der L.____ Gutachter zu den früheren Reisen und Operationen der Beschwerdeführerin, wonach auch bei einer Arbeitsunfähigkeit eine gewisse Alltagsfunktion bestehe, um in ein vertrautes Land zu reisen und sich Operationen zu unterziehen (vgl.

Urk.

10/57 S. 45 unten) . Insbesondere lassen sich Flugreisen, bei denen man zwangsläufig mehrfach und lange von vielen Menschen umgeben ist, mit der bereits früher beschriebenen Beeinträchtigung in Gruppensituationen (vgl. E. 3.6) nur schwer vereinbaren.

Aufgrund der ungenauen Unterscheidung zwischen subjektiven Angaben und objektiven Befunden , auf die Dr.

J.____ hinwies (vgl.

vorstehend E. 4.2), ist zudem die Nachvollziehbarkeit der Diagnose einer nach Einschätzung der L.____ -Gutachter nun in schwerer Ausprägung vorliegenden rezidivierenden depressiven Episode erheblich erschwert. 5.6

Ein Revisionsgrund ergibt sich auch

nicht aus dem Gutachten von Prof. Z.____ . Anlässlich der Begutachtung stellte auch er weitgehend unverändert starkes Misstrauen, Affektarmut, Dysphorie und Gereiztheit fest, zudem Affektinkontinenz und -starre in leichter Ausprägung sowie motorische Unruhe. Der Antrieb war regulär (E. 4.5.1), obwohl Prof. Z.____

gleichzeitig Antriebsarmut beschrieb (E.

4.5.2) . Beim Umgang mit anderen Menschen liege eine ängstlich-depressive Reaktion vor und es bestehe ein sozialer Rückzug mit täglichem Kontakt zur Mutter (Urk. 10/99/23 oben) und ohne aktiven Freundeskreis (E. 4.5.3) , was eben falls weitgehend der Situation im Jahr 2015 entspricht. Auch Prof. Z.____ stellte eine erhöhte Schreckhaftigkeit und ein Vermeidungsverhalten fest und wies darauf hin, dass das Trauma und die darauf basierende Traumafolgestörung

in

der

multiplen Gewalterfahrung durch den Vater begründet liege . Die

Auseinandersetzung mit dem aggressiven früheren Vorgesetzten habe die Reaktualisierung des Traumas einen Triggerreiz für die Auslösung der Beschwerden gebildet (E. 4.5.2). Die Beeinträchtigung wird damit weiterhin auf den bereits vor 2015 vorhandenen Sachverhalt zurückgeführt , ohne dass - bei weitgehend unveränderten

Befunden - ein neues tatsächliches Element hinzuge - kommen ist , wovon im Übrigen auch Dr.

C.____ ausging (E. 4.3) . Auch die neu festgestellte kognitive Beeinträchtigung führte n Prof. Z.____

und Dr.

phil. A.____

auf die psychiatrische Erkrankung zurück (E. 4.5.3 und E. 4.5.5) , womit es sich nicht um ein neues tatsächliches Element handelt . Gemäss Prof. Z.____ ist eine

Verschlechterung im Juli 2020 eingetreten, indem im L.____ -Gutachten die Diagnose der PTBS gestellt worden sei. Dies es Gutachten belegt nach dem Gesagten jedoch keine tatsächliche Verschlechterung, sondern stellt lediglich eine andere diagnostische Einordnung dar. Auch dass gemäss Prof .

Z.____ die Verschlechterung darin liegen solle, dass das depressive Syndrom konzeptuell der PTBS zugeordnet und diese Diagnose in Abweichung zum RAD erstmals gestellt wird (vgl. E. 4.5.4), vermag kein neu hinzugetretenes Element tatsächlicher Natur zu begründen, sondern zeigt einzig ein anderes Diagnosekonzept. Eine stärkere Ausprägung des depressiv-ängst lichen Syndroms (E. 4.5.4) als bereits von Dr.

C.____ beschrieben (E. 3.5) ist nicht ersichtlich und wird von Prof. Z.____ auch nicht schlüssig begründet. 5.7

Prof. Z.____ stellte neu die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung, Folgeerkrankung einer Posttraumatischen Belastungs störung (vorstehend E. 4.5.1), hielt jedoch ausdrücklich fest, dass die Symptomatik und die Arbeitsunfähigkeit seit 2014 im Wesentlichen unverändert seien . Neu sei durch das L.____ -Gutachten eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert worden, wobei die Symptome dieser Störung allerdings auch schon vorher beschrieben worden seien, ohne dass eine entsprechende Diagnose gestellt

worden wäre (E. 4.5. 3- 4). Damit wird unmissverständlich zum Ausdruck gebracht,

dass auch Prof. Z.____ bei unveränderter Befundlage eine lediglich unterschiedliche diagnostische Einordnung vornahm , wovon er selbst auch ausging (Urk.

10/99/42) . Prof. Z.____ sprach sich in seinem Gutachten

hinreichend klar darüber aus, dass

keine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat, weshalb auf seine Beurteilung abzustellen ist (vgl. vorstehend E. 1.5). Bei dieser eindeutigen Einschätzung ist

ein Revisionsgrund nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt . 5.8

Zusammenfassend ist somit festzustellen, dass im Vergleich zur Situation im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 29.

September 2015 keine anspruchserlevante Veränderung eingetreten ist. Ein Revisionsgrund liegt nicht vor. Die Prüfung der Standardindikatoren (BGE 148 V 418) entfällt.

Die angefochtene Verfügung ist rechens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

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