

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00138 vom 16. August 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-08-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00138

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00138 du 16 août 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00138 del 16 agosto 2023

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 [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022.

Da jedoch 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

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) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete 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. 1.4

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im

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

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz

(BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15.

März

2018 E. 7.4).

E. 1.5.1

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das

Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die

geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese)

abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft

eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E.

3.2, je m.w.H.).

E. 1.5.2

Über das Zusammenwirken von Recht und Medizin bei der konkreten Rechtsanwendung hat sich das Bundesgericht verschiedentlich geäußert. Danach ist es sowohl den begutachtenden Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung aufgegeben, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien zu beurteilen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht. Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Seine Einschätzung ist eine wichtige Grundlage für die anschließende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 141 V 281 E. 5.2.1).

Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere darauf hin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des

strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu

erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 144 V 50 E. 4.3). 2.

E. 2

Dagegen liess die Versicherte mit Eingabe vom 6. März 2023 (Urk. 1) unter Beilage eines Berichts von C.____, Pflegefachfrau Psychiatrie, Spitex D.____, (Urk. 3/3) und einer Stellungnahme von PD Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zum MEDAS-Gutachten (Urk. 3/4) Beschwerde erheben und beantragen, es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr die gesetzlichen Leistungen, insbesondere eine ganze Invalidenrente,

zu

erbringen, eventualiter sei ein neues psychiatrisches Gutachten zu veranlassen, alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 28.

April 2023 (Urk.

6) die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 2. Mai 2023 angezeigt wurde (Urk. 8).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erklärte zur Begründung ihres Entscheides im Wesentlichen (Urk. 2), sie folgte in der somatischen Beurteilung des MEDAS-Gutachtens vom 16. Juni 2021. Demnach sei aus rheumatologischer Sicht bei schmerzbedingt vermehrtem Pausenbedarf und langsamerem Arbeitstempo eine Einschränkung von etwa 10 % nachvollziehbar.

In der neuropsychologischen Begutachtung hätten Hinweise auf eine insgesamt ungenügende Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft sowie eine Symptomverdeutlichung vorgelegen, sodass die neuropsychologischen Befunde nicht genügend aussagekräftig seien. Es sei von Aggravation auszugehen. Es sei deshalb keine nachvollziehbare Beurteilung der Leistungsfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht möglich gewesen.

Die psychiatrisch erhobenen Befunde und Einschränkungen seien versicherungsrechtlich mittels strukturierten Beweisverfahrens zu validieren. Diese Prüfung ergebe, dass die Beschwerdeführerin über verschiedene persönliche wie berufliche Ressourcen verfüge. Die Einschränkungen wirkten sich nicht in allen Lebensbereichen gleichermassen aus. Bei der psychiatrischen Begutachtung sei zudem keine beobachtete traumaspezifische Symptomatik beschrieben, obwohl ausführlich über die Traumata berichtet worden sei. Der psychiatrische Gutachter habe praktisch nur auf die Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt. Ihre Angaben und Beschwerdeschilderungen während der psychiatrischen Begutachtung könnten jedoch nicht klar als authentisch beurteilt werden, da von wahrscheinlicher Aggravation während der neuropsychologischen Begutachtung ausgegangen werden könne. Nachdem die posttraumatische Belastungsstörung schon sehr lange vorliegen müsste, sei es auch nicht plausibel nachzuvollziehen, dass erst im Jahr 2020 und grundlos eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes auf treten sollte. Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden sei daher zu verneinen.

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin liess dagegen im Wesentlichen einwenden (Urk. 1), die Untersuchung durch Dr. med. F.____, Facharzt für Innere Medizin und für Endokrinologie und Diabetologie, von der MEDAS sei grob und übergriffig gewesen. Die Beschwerdegegnerin schreibt in diesem Zusammenhang, dass eine Retraumatisierung durch den fallführenden Gutachter wenig nachvollziehbar sei, habe dieser sie doch am 13. April 2021 untersucht, worauf bei der psychiatrischen Untersuchung vom 22. April 2021 keine traumaspezifische Symptomatik habe beobachtet werden können. Dem sei entgegenzuhalten, dass sie sowohl gegenüber dem rheumatologischen Gutachter wie auch gegenüber dem psychiatrischen Gutachter von der groben Untersuchung berichtet habe.

Zur Prüfung ihrer Ressourcen durch die Beschwerdegegnerin sei festzuhalten, dass gerade die im Gutachten diagnostizierten Störungen sie an der Nutzung ihrer

Ressourcen hinderten. Die von ihr geklagten Beschwerden würden nicht berücksichtigt und der dargestellte Tagesablauf gehe an der Realität

vorbei. Ein

strukturiertes Beweisverfahren, das alle Umstände berücksichtige, zeige, dass

sie

aufgrund der diagnostizierten Störungen ihre Ressourcen nur wenig zu

nutzen

vermöge und in der Bewältigung des Alltags teilweise erheblich eingeschränkt sei. Dies werde durch die Beobachtungen der psychiatrischen Spiteme bestätigt. Die allein auf das neuropsychologische Teilgutachten abgestützten wiederholten Vorwürfe der Beschwerdegegnerin, wonach bei ihr eine

ungenügende Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft sowie eine Symptomverdeutlichung vorlägen, liessen sich gestützt auf alle übrigen Akten, namentlich den neuropsychologischen Bericht von Dr. B.____, nicht aufrechterhalten. Der psychiatrische Gutachter habe gestützt auf seine eigene Exploration und in Kenntnis der Anamnese gut nachvollziehbar und schlüssig dargestellt, weshalb sich die posttraumatische Belastungsstörung und ihre Folgen erst spät zeigten. Gerade deshalb sei im Rahmen der Konsensfindung seine Beurteilung übernommen worden. Eine unabhängige, rein faktengestützte Überprüfung durch PD Dr. E.____ vom 3. März 2023 habe ergeben, dass die im Gutachten postulierte Arbeitsfähigkeit von unter 20 % in der bisherigen Tätigkeit als Sozialarbeiterin sowie in angepassten Tätigkeiten als plausibel erscheine.

Die Schlussfolgerungen des polydisziplinären Gutachten, das massgeblich auf das psychiatrische Teilgutachten abstelle, erwiesen sich – auch unter Ausserachtlassung des Teilgutachtens der Inneren Medizin – in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge als schlüssig. Entsprechend liege ihre momentane Arbeitsfähigkeit in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit unter 20 % der Norm. Sie habe deshalb Anspruch auf eine ganze Rente. Sollte trotz des überzeugenden psychiatrischen Teilgutachtens eine erneute Begutachtung als notwendig erachtet werden, so könne es nur um eine neue einlässliche psychiatrische Begutachtung gehen.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

2

Am 3. März 2023 nahm PD Dr. E.____

zum MEDAS-Gutachten Stellung (Urk. 3/4). Er erklärte dabei unter anderem, die Analyse der Aussagen der Beschwerdeführerin zeigten, dass die funktionellen Beeinträchtigungen in der überwiegenden Zahl der Themenbereiche des Alltags auftraten. Die Beeinträchtigungen könnten durch Hilfsmittel und/oder Anpassungen ganz, teilweise oder gar nicht kompensiert werden, sodass die Unterstützung durch eine Hilfsperson notwendig sei. Die im Gutachten postulierte Arbeitsunfähigkeit (richtig: Arbeitsfähigkeit) von weniger als 20 % in der bisherigen Tätigkeit als Sozialarbeiterin und in angepassten Tätigkeiten erscheine vor dem Hintergrund der bereits im privaten Alltag vorhandenen relevanten Beeinträchtigungen als plausibel. 4.1.1

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sog. Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 m.w.H.). 4.1.2

Lic. phil.

N.____

und lic. phil. O.____, beide Fachpsychologinnen für Neuropsychologie FSP,

welche das neuropsychologische Teilgutachten der MEDAS erstellten, erklärten (Urk. 7/110/94), dass aufgrund von Auffälligkeiten und Inkonsistenzen respektive der nicht ausreichend gegebenen Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft sowie der Symptomverdeutlichung das im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung ermittelte kognitive Testprofil zu wenig Aussagekraft besitze. Sie könnten dementsprechend keine Aussage über die tatsächliche kognitive Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin machen. Es sei nicht auszuschliessen, dass alltagsrelevante kognitive Defizite vorlägen. Sie könnten diese jedoch unter den aufgeführten Umständen nicht beurteilen respektive diese nicht quantifizieren. Ob die verminderte Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft sowie die Symptomverdeutlichung und die konsekutiv ausgeprägten kognitiven Minderleistungen während der Testung mit einer bestehenden psychopathologischen Symptomatik in Zusammenhang stünden und dadurch vollständig erklärbar seien, oder ob die Symptomverdeutlichung bewusstseinsnah (Aggravation) erfolge, müsse abschliessend aus fachärztlicher (psychiatrischer) Sicht beurteilt werden.

Dem psychiatrischen MEDAS-Teilgutachten von Dr. med. P.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ist betreffend Konsistenz und Plausibilität zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin überzeugend die ganze Vorgeschichte, die ihr heute zugänglich sei und die in den Akten mindestens in den früheren Jahren noch nicht aufgedeckt gewesen sei, geschildert habe. Es ergäben sich in diesem Sinne keine Inkonsistenzen. Alle Angaben seien plausibel, mindestens zum Teil auch aus der Kultur der Beschwerdeführerin verständlich (Urk.

7/110/83). Zum neuropsychologischen Teilgutachten und den dabei festgestellten Inkonsistenzen erklärte Dr.

P.____ einzig, die Ergebnisse der aktuellen Neuropsychologie erlaubten keine weiteren Schlussfolgerungen (Urk.

7/110/83). Der Konsensbeurteilung der MEDAS- Gutachter ist zur Konsistenz zu entnehmen, aus dem psychiatrischen Blickwinkel bestünden keine Inkonsistenzen, alle Angaben seien plausibel und mindestens zum Teil auch aus der Kultur der Beschwerdeführerin verständlich, währenddem somatischerseits doch eine Diskrepanz von mannigfaltigen Klagen und objektivierbaren Befunden vorliege (Urk. 7/110/38).

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass im neuropsychologischen Teilgutachten erhebliche Inkonsistenzen festgestellt wurden. Für die Würdigung der festgestellten Inkonsistenzen erachteten die neuropsychologischen Gutachterinnen eine fach psychiatrische Einschätzung als erforderlich. Eine solche findet sich jedoch weder im psychiatrischen Teilgutachten noch im Rahmen der Konsensbeurteilung,

beschränkte sich der fachpsychiatrische Gutachter doch auf die Feststellung, dass die neuropsychologische Abklärung keine weiteren Schlussfolgerungen erlaube. Es ergibt sich aus dem Gutachten aber weder, weshalb die neuropsychologische Abklärung keine Schlussfolgerung zulasse, noch wie das Verhalten der Beschwerdeführerin im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung aus psychiatrischer Sicht zu erklären ist. 4.1.3

Dem MEDAS-Gutachten bzw. insbesondere dem psychiatrischen Teilgutachten fehlt es aber nicht nur an einer psychiatrischen Einschätzung der im Rahmen der neuropsychologischen Beurteilung gezeigten Inkonsistenzen, sondern auch an einer schlüssigen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit

anhand der Standardindikatoren (Urk. 7/110/81-84 ; vgl. E. 1.3). Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. P.____ ist daher nicht nachvollziehbar. Dieser Ansicht ist denn auch RAD-Ärztin Dr. G.____, erklärte sie doch die im Gutachten festgehaltenen Diagnosen, Einschränkungen und Arbeitsunfähigkeit als nicht nachvollziehbar (E. 3.3; vgl. auch Urk. 7/113, Urk. 7/135). 4.2.4.2.1

Auf die Einschätzung von RAD-Ärztin Dr. G.____ kann aber ebenfalls nicht abgestellt werden. Bei ihren Ausführungen vom 9. Juli 2021 (E. 3.3),

vom 11.

November 2022 (E. 3.7) und vom 16. Dezember 2022 (E. 3.9) handelt es sich mangels selber durchgeführter Untersuchungen nämlich

lediglich um eine Empfehlung zur

weiteren Bearbeitung des Leistungsbegehrens aus medizinischer Sicht im Sinne von Art. 49 Abs. 1 IVV (BGE 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweis). Mangels

eigener

Untersuchungen vermögen ihre Berichte lediglich dazu Stellung

zu nehmen, ob der einen oder anderen Ansicht zu folgen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei (Urteil des Bundesgerichts 8C_756/2008 vom 4.

Juni 2009 E. 4.4). Zwar können grundsätzlich auch Berichte und Stellungnahmen des RAD, die sich allein auf die Akten stützen, beweiskräftig sein. Hierzu ist aber erforderlich, dass ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der

versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C_524/2017 21. März 2018 E. 5.1). Dies ist vorliegend angesichts der diagnostischen Unklarheit indes nicht der Fall. 4.2.2

Im Übrigen ändert auch der Umstand, dass rechtsprechungsgemäss regelmässig dann kein versicherter Gesundheitsschaden vorliegt, wenn die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht

(vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.1), nicht daran, dass auf die RAD-Stellungnahmen nicht abgestellt werden kann. Eine auf Aggravation oder vergleichbaren Konstellationen beruhende Leistungseinschränkung vermag nämlich einen versicherten Gesundheitsschaden nicht leichthin auszuschliessen, sondern nur, wenn im Einzelfall Klarheit darüber besteht, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (Urteil des Bundesgerichts 9C_154/2016 vom 19. Oktober 2016 E. 4.3).

Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass eine Aggravation oder eine ähnliche Erscheinung die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbietet, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2.2, Urteil des Bundesgerichts 8C_553/2021 vom 13. April 2023 E.

6.3.3). Mangels fachpsychiatrischer gutachterlicher Stellungnahme dazu kann vorliegend jedoch gerade nicht beurteilt werden, ob das im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung gezeigte Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen ist. 4.3

Nachdem sich auch gestützt auf die übrigen ärztlichen Berichte (E. 3.4, E. 3.5, E.

3.6, E. 3.8, E. 3.10, E. 3.11 und E. 3.12)

die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht schlüssig beurteilen lässt, erweist sich der rechtserhebliche Sachverhalt als ungenügend abgeklärt. 5. 5.1

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 Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer).

In BGE 137 V 2010 (E. 4.4.1) hielt das Bundesgericht fest, dass im Prozess um Zusprechung oder Verweigerung von Sozialversicherungsleistungen die Beschwerdeinstanz in der Regel ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie im Rahmen der Beweiswürdigung zum Schluss kommt, eine Administrativexpertise sei in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt jedoch möglich, wenn es darum geht, zu einer bisher vollständig ungeklärten Frage ein Gutachten einzuholen. Ebenso steht es dem Versicherungsgericht frei, eine Sache zurückzuweisen, wenn allein eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist. 5.2

Vorliegend steht die Rechtsprechung gemäss BGE 137 V 210 einer Rückweisung an die Beschwerdegegnerin nicht entgegen. RAD-Ärztin Dr. G. ___ würdigt das MEDAS-Gutachten und kam zum Schluss, dass auf das psychiatrische Teilgutachten nicht abgestellt werden könne (E. 3.3, E. 3.7, E. 3.9). Die Beschwerdegegnerin, welche eine psychiatrische Begutachtung als erforderlich erachtet hatte, entschied somit im Wissen, dass keine schlüssige psychiatrisch-gutachterliche Abklärung vorlag. Wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit ohnehin in jedem verfügungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterliege, litte die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht

(BGE 137 V 210 E. 4.2). BGE 137 V 210 änderte zudem auch nichts an der gesetzlichen Ordnung, wonach der Beweis über sozialversicherungsrechtliche Ansprüche primär auf der Stufe des Administrativverfahrens (vgl. Art. 43 f. ATSG) und nicht im gerichtlichen Prozess geführt wird (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2 und 4.2). 5.3

Nach dem Gesagten ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie den rechtserheblichen Sachverhalt schlüssig abgeklärt. Hernach hat sie

über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu zu entscheiden. Die Beschwerde ist in dem Sinne gutzuheissen. 6. 6.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Vorliegend sind sie auf Fr. 800.--

festzusetzen.

Die Rückweisung an die Verwaltung gilt nach ständiger Rechtsprechung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die Gerichtskosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind. 6.2

Die vertretene Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine Prozessentschädigung (§ 34 Abs. 1 GSVGer). 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 GSVGer). Die der Beschwerdeführerin von der Beschwerdegegnerin auszurichtende Prozessentschädigung ist unter Berücksichtigung der genannten Kriterien

ermessensweise auf Fr. 2' 0 00.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen , dass die angefochtene Verfügung vom 2. Februar 2023 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu ver füge. 2.

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

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 2' 0 00 .-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Dr. Peter Rügger - 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
Der Vorsitzende
Der Gerichtsschreiber
HurstWyler

E. 3.2

Die MEDAS-Gutachter nannten in ihrem Gutachten (Urk.

7/110) als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/110/38, Urk. 7/110/33): - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.41) mit - rezidivierender depressiver Störung (aktenanamnestisch, aktuell weit gehend remittiert; ICD - 10 F33.4) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) , bei - neuropsychologisch unplausibler und inkonsistenter Symptomproduktion vor dem Hintergrund einer ungenügenden Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft sowie Symptomverdeutlichung - chronisches zervikospondylogenes und zervikovertebragenes Schmerzsyndrom myofaszialer Ausprägung , rechtsbetont, bei - Haltungsinsuffizienz, zervikaler Streckhaltung und Segmentkyphose C6/C7 und rechtskonvexer Skoliose - fortgeschrittener Segmentdegeneration C6/C7 - manifeste , anamnestisch rezidivierend aktivierte und deformierende Finger gelenksarthrose, besonders an beiden Zeig- und Kleinfingern, rechtsbetont - Metatarsalgie rechts bei - Knick-Senk-Spreizfüssen, Halluces

valgi , mit - leichter Grosszehengrundgelenksarthrose links - Verdacht auf Morton-Neurom zwischen den Metatarsalia III/IV und IV/V

Als weitere Diagnose führten die Gutachter an (Urk. 7/110/33): - chronisch rezidivierendes lumbospondylogenes Syndrom myofaszialer Ausprägung links , bei - Fehlstatik und Haltungsinsuffizienz, muskulärer Dysbalance, Dekonditionierung und antalgischer Schonhaltung - diskreten degenerativen Veränderungen - leichtgradiges Übergewicht (156,5 cm/64 kg, BMI 26,1) - Hypermetropie beidseits (Brille) - leichte Bursa-Reizung an der rechten Ellbogenstreckseite - Polyallergie (anamnestisch; gegen Haselnüsse und Mandeln, Äpfel und Birnen, Kirschen und Kiwi, Zitrusfrüchte und «Waldbeeren», Insektenstiche X sowie Penzilin)

Die posttraumatische Belastungsstörung wirke sich immer noch in Form von Hypervigilanz , Angstträumen, Panikattacken, Schlafstörung, erhöhter Schmerzempfindlichkeit etc. aus. Eine hohe Konzentrationsfähigkeit mit entsprechendem Durchhaltevermögen wäre für die erneute Ausübung der früheren Beratungstätigkeit unabdingbar. Im rheumatologischen Sektor wirkten sich der rechtsbetonte myofasziale Reizzustand im Bereich der Nacken-/Schulterpartie und der linksbetonte in den Lendenwirbelsäulen-, Becken- und Hüftregion sowie die intermittierend aktivierten Heberden-Arthrosen und die Metatarsalgien am rechten Fuss mit beginnender Grosszehengrundgelenksarthrose hindernd aus. Sie seien aber meist behandelbar oder hielten sich in Grenzen, sodass die frühere Tätigkeit als Beraterin im Sozialbereich mit wenigen Kautelen durchaus zumutbar wäre.

Aus dem psychiatrischen Blickwinkel bestünden keine Inkonsistenzen, alle Angaben seien plausibel und mindestens zum Teil auch aus der Kultur der Beschwerdeführerin verständlich, während dem somatischerseits doch eine Diskrepanz von mannigfaltigen Klagen und objektivierbaren Befunden vorliege (Urk. 7/110/3)

E. 3.3

Am 9. Juli 2021 nahm Dr. med. G.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom regionalen ärztlichen Dienst (RAD) der IV-Stelle zum MEDAS-Gutachten Stellung (Urk. 7/112/8-9). Sie erklärte, im Gutachten würden die beklagten Beschwerden berücksichtigt und das Gutachten sei in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt worden. Das psychiatrische Teilgutachten sei jedoch in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge nicht einleuchtend. Ebenso

wenig könnten die gezogenen Schlussfolgerungen nachvollzogen werden. Mehrfachen Traumata ausgesetzt zu sein begründe nicht per se eine posttraumatische Belastungsstörung. Der Gutachter habe praktisch ausschließlich auf die Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt, wie im Übrigen auch schon die früheren Behandler. Eine traumaspezifische Symptomatik habe während der Begutachtung nicht beobachtet werden können, obwohl die Beschwerdeführerin offenbar ausführlich über die Traumata berichtet habe. Auffällig seien zudem die Aussagen der Beschwerdeführerin, dass sie sich nach der Trennung 2012 beruflich weiterentwickeln könne, Interessen an unserer Kultur gehabt, Fitness ausgeübt, Sport getrieben und am sozialen Leben teilgenommen habe. Über mehrere Jahre habe sie einen Freund gehabt. Den jetzigen Freund habe sie 2017, bereits erkrankt, kennengelernt. Vor zwei Jahren sei sie in sein Elternhaus gezogen. Sie habe sich sehr gut integriert, was gegen die Angabe «Erst nach misslungener Infiltration seien Alpträume und offenbar die ganzen weiteren traumaspezifischen Symptome aufgetreten» spreche (vgl. Urk. 7/110/78). Der psychiatrische Behandler, Dr. med. H.____,

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, habe im Arztbericht vom 6. November 2017 die Diagnose einer depressiven Episode leicht- bis mittelgradig (ICD-10 F32.1), Differentialdiagnose Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) sowie emotional instabile,

beziehungsabhängige und impulsive Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) beschrieben und angegeben, dass es zu einer Dekompensation im Rahmen eines unerwarteten Arbeitsplatzverlustes per Ende Mai 2017 gekommen sei. Damals habe die Beschwerdeführerin offensichtlich über keine traumaspezifische Symptomatik berichtet. Die Beschwerdeführerin habe sich, nachdem sie sich über Traumafolgestörungen informiert und bei sich selber diese Diagnose gestellt habe, selbständig für eine Traumatherapie in die Klinik Z.____ eingewiesen. Eine Herleitung gemäss den ICD-10-Kriterien (unter E in Bezug von beobachteten Kriterien) habe im Gutachten nicht stattgefunden.

Die Diagnose posttraumatische Belastungsstörung sei nicht klar nachzuvollziehen.

Weiter seien im Gutachten, wie auch in den übrigen Arztberichten, keinerlei psychischen Faktoren beschrieben worden, die eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen gespielt hätten (Hauptkriterium des chronischen Schmerzsyndroms mit somatischen und psychischen Faktoren), daher sei nicht ersichtlich, wie die Diagnose chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) zustande gekommen sei.

Im Gutachten würden weder Ressourcen noch Belastungen noch Aktivitätsniveau beschrieben. Im Mini-ICD-APP seien beispielsweise eine mässig ausgeprägte Einschränkung bei Flexibilität/Umstellungsfähigkeit und Proaktivität/Spontanaktivität sowie eine erhebliche Beeinträchtigung der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit angegeben, jedoch seien diese nicht begründet, sodass eine praktisch volle Arbeitsunfähigkeit nicht plausibel nachzuvollziehen sei. Zudem sei auch kein Verlauf der Arbeitsfähigkeit/Arbeitsunfähigkeit festgehalten worden.

Die unplausible und inkonsistente Symptomproduktion vor dem Hintergrund einer ungenügenden Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft sowie Symptomverdeutlichung während der neuropsychologischen Begutachtung seien vom psychiatrischen Gutachter weder berücksichtigt noch im Rahmen einer möglichen Aggravation diskutiert worden. Da von wahrscheinlicher Aggravation während der neuropsychologischen Begutachtung ausgegangen werden könne, könnten die Angaben der Beschwerdeführerin sowie die Beschwerdeschilderungen während der psychiatrischen Begutachtung nicht klar als authentisch beurteilt werden.

Die im Gutachten festgehaltenen Diagnosen, Einschränkungen und Arbeitsunfähigkeit seien nicht nachvollziehbar. Die Überprüfung durch den Rechtsanwender werde empfohlen.

E. 3.4

Dr. med. I.____, Oberarzt, und Dr. med. J.____, Ärztliche Direktion, von der Klinik Z.____, in welcher die Beschwerdeführerin vom 22. Juli bis am 30. September 2021 (zum dritten Mal) hospitalisiert gewesen war, nannten mit Bericht an Dr. H.____

vom 8. Oktober 2021 (Urk. 7/122) als Diagnosen: - posttraumatische Belastungsstörung (komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD 11; ICD-10 F43.1) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - dissoziative Störung (Konversionsstörung), nicht näher bezeichnet (ICD-10 F44.9)

Bei der Beschwerdeführerin liege eine schwere sequenzielle Entwicklungsretardierung vor, die zu einer komplexen Traumafolgestörung mit dissoziativer Symptomatik (körperbezogene, Stupor, anamnestisch) sowie Teil abgespaltenen Persönlichkeitsanteilen geführt habe. Darüber hinaus liege eine Schmerzstörung vor. Im Rahmen einer Trauma-Konfrontation sei es ihr gelungen, den Symptomdruck etwas zu reduzieren. Eine weitere Behandlung der Traumafolgesymptomatik

sei dringend erforderlich. Während des stationären Aufenthaltes habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden.

E. 3.5

MS c

A.____ und Dr. B.____

führten mit Bericht an Dr. H.____ vom 8. November 2021 (Urk. 7/125 /1-6) als Diagnosen an : - mittelschwere neurokognitive Funktionsstörung als Folge einer - affekt pathologischen Störung, assoziiert an eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine dissoziative Störung bei biographischer Vulnerabilität (aktenanamnestisch: posttraumatische Belastungsstörung bei Entwicklungsstrauma in der Kindheit, dysfunktionale Familienstruktur) - DD Aggravation durch Retraumatisierung im Sommer 2021

Zurzeit sei aufgrund der eingeschränkten Belastbarkeit und der objektiven Befunde von keiner verwertbaren Arbeitsleistung auszugehen. Primär sei aufgrund der im Vordergrund stehenden komplexen affektpathologischen Symptomatik aber eine Beurteilung aus fachpsychiatrischer Sicht notwendig.

E. 3.6

Am 29. August 2022 nahmen K.____, Psychologin, L.____, Oberärztin, sowie Dr. J.____ von der Klinik Z.____ zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin Stellung (Urk. 7/131). Sie erklärten, betreffend Anpassung an Regeln und Routinen liege eine mittelgradige bis schwere Beeinträchtigung vor. Die Beschwerdeführerin schaffe es, sich an Regeln und Routinen anzupassen. Dennoch sei dieser Prozess mit grosser Anstrengung und Stress verbunden. Hinsichtlich Planung und Strukturierung von Aufgaben bestehe eine schwere Beeinträchtigung. Die Strukturierung und Planung von Aufgaben falle der Beschwerdeführerin schwer.

Sie konzentriere sich auf eine Tätigkeit und vergesse anderes, was noch zu erledigen gewesen wäre. Die Aufmerksamkeitskapazität sei sehr gering. Die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sei in Abhängigkeit des Anspannungsgrades mittelgradig eingeschränkt. Bei der Anwendung fachlicher Kompetenzen bestehe eine schwere Beeinträchtigung. Die

Anwendung ihrer fachlichen Kompetenzen könne im therapeutischen Setting nicht beurteilt werden. Fachwissen sei laut der Beschwerdeführerin überhaupt nicht mehr abrufbar. Dinge, die sie mal gewusst habe, könne sie nicht mehr abrufen. Dies führe zu einem hohen Leidensdruck. Die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, sei stark eingeschränkt. Sie habe wenig Gespür für sich, wisse nicht mehr, was ihr gefalle und was nicht. Bevor sie eine Entscheidung treffe, grübele sie lange Zeit und danach zweifle sie, ob sie die richtige Entscheidung getroffen habe. Das Wahrnehmen von Gefühlen und Bedürfnissen sei stark

eingeschränkt. Entscheidungen nahmen viel Zeit und Energie in Anspruch. Sie verliere sich in Details. Dies setze sie zusätzlich unter Druck und sie habe Angst, eine falsche Entscheidung zu treffen und sei diesbezüglich auf Hilfe von aussen angewiesen. Es führe zu einer grossen Entlastung, wenn ihr

Entscheidungen abgenommen werden. Die Durchhaltetätigkeit sei schwer beeinträchtigt. Bei komplexeren Tätigkeiten liege die Durchhaltetätigkeit bei etwa 10 Minuten, bei leichteren Tätigkeiten etwas länger. Bei arbeitsbezogenen Tätigkeiten wie beispielsweise dem Lesen von Fallberichten fehle ihr die Konzentration, komplexe Sachverhalte zu verstehen. Sie benötige auch hier Unterstützung von aussen. Einfache und handlungsbezogene Tätigkeiten fielen ihr etwas leichter, bei einer Durchhaltetätigkeit von etwa 30 Minuten. Bei der Selbstbehauptungsfähigkeit bestünden mittelgradige Beeinträchtigungen. Die Meinung könne gesagt werden, aber die Argumentation falle ihr schwer. Die Selbstbehauptung in grösseren Gruppen sei stärker beeinträchtigt, weil ihr die Argumentationsfähigkeit und dann das Selbstvertrauen fehle. Sie vermeide es, in grösseren Gruppen ihre Meinung zu äussern oder Bedürfnisse durchzusetzen. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten und die Gruppenfähigkeit seien schwer beeinträchtigt. Die Konzentration könne nicht lange genug aufrechterhalten werden, um den Gesprächen zu folgen. Im Zweierkontakt falle es ihr etwas leichter. Die Fähigkeit zu Spontanaktivitäten sei schwer beeinträchtigt. Sie brauche mindestens einen Tag für die Vorausplanung. Sonst träten Überforderungsgefühle und dissoziative Symptome und Angstzustände auf. Die Selbstpflege falle ihr schwer, sie müsse sich jeden Tag dazu zwingen. Es löse einen innerlichen Kampf aus, da ihr häufig der Antrieb dazu fehle. Sie wisse jedoch, wie sie früher sehr viel Wert auf ihre Selbstpflege gelegt habe, weshalb die Schwierigkeiten mit dem Thema auch Schamgefühle auslösten. Die Verkehrsfähigkeit sei mittelschwer beeinträchtigt. Die Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln funktioniere für sie aufgrund von Angstzuständen, dissoziativen Symptomen sowie Angst, die Orientierung zu verlieren, nicht mehr. Sie fahre nicht mehr ohne Begleitung. Das Autofahren gehe etwas besser. Trotz dem würde das Autofahren aufgrund mehrerer Verkehrsunfälle Stresssymptome auslösen, aber sie nehme diese in Kauf, um noch eine gewisse Alltagsfunktionalität aufrechtzuerhalten.

E. 3.7

Mit Stellungnahme vom 11. November 2022 erklärte Dr. G.____ (Urk. 7/147/ 5- 11), mit dem Einwand seien keine neuen Tatsachen vorgebracht worden. Da aufgrund der Unterlagen keine psychiatrischen Diagnosen nachzuvollziehen seien, müsse eine 100%ige Arbeitsfähigkeit vorliegen. Allerdings habe der RAD die Beschwerdeführerin nicht persönlich gesehen, weshalb eine erneute Begutachtung zu diskutieren wäre. Wenn allerdings tatsächlich von Aggravation ausgegangen werden müsse, werde auch ein neues Gutachten nicht aussagekräftiger sein. 3.

E. 3.9

Mit Stellungnahme vom 16. Dezember 2022 (Urk. 7/147/12) erklärte RAD-Ärztin Dr. G.____, der neu eingereichte Bericht der Fachpersonen der Klinik Z.____ vom 2. Dezember 2022, der überwiegend wahrscheinlich ausschliesslich von der Psychologin geschrieben und vom Arzt nur visiert worden sei, führe zu keinen neuen Erkenntnissen. Es könne weiterhin auf die RAD-Stellungnahme vom 9.

Juli

2021 abgestellt werden. 3.

E. 8

Am 2. Dezember 2022 beantworteten die Psychologin

K.____

und Dr. med. M.____, Chefarzt, von der Klinik Z.____ Fragen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin (Urk. 7/140). Sie erklärte n dabei unter anderem, aufgrund von Ge P .__
__ fahrungen bestehe bei der Beschwerdeführeri n eine ausgeprägte Angst davor, Fehler zu machen, da diese früher mit Gewalt sanktioniert worden sei e n. In einer Situation mit einem Arzt, was einem gewissen Autoritätsverhältnis entspreche, werde diese Angst vor Fehlern ausgelöst. Entsprechend des Fu r cht strukturmodells würden physiologische, emotionale und motorische Reaktionen aktiviert, die auch den Gang beeinflussen könnten. Eine Situation, in der sie von einer subjektiv wahrgenommenen Autoritätsperson beobachtet werde, werde stärker mit Angst assoziiert und löse entsprechen d vermehrt Angstreaktionen aus als eine Situation, in der sie nicht beobachtet werde.

E. 10

Vom 16. November bis 21. Dezember 2022 war die Beschwerdeführerin (zum vierten Mal) in der Klinik Z.____ hospitalisiert. Mit Bericht vom 5.

Janu ar

2023 (Urk. 7/146) erklärten Psychologin K.____ und Oberarzt L.____

zu den Zuweisungsumstände n , d ie Beschwerdeführerin leide weiterhin unter den Folgen multipler traumatischer Erfahrungen. Diese würden sich unter anderem durch Intrusionen, Al b träume, Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten wie Auf fassung, Konzentration und Gedächtnis, dissoziative Symptome wie Depersona lisation und Derealisation und Angstzustände zeigen. Besonders im Vordergrund stünden aktuell überflutende Gefühle von Traurigkeit und Insuffizienzgefühle, die sie im stationären Aufenthalt bearbeiten wolle.

Die Beschwerdeführerin sei in die angestammten Wohnverhältnisse entlassen worden . Es habe zum Austritt keine Selbst- oder Fremdgefährdung bestanden. Psychologin K.____ und Oberarzt L.____

empf a hlen die Fortführung der ambulanten Psychotherapie und die Installation einer psychiatrischen Spitex. Die

Beschwerdeführerin habe sich motiviert gezeigt und habe gegen Ende der Therapie einen Kontakt herstellen können, welcher jedoch noch nicht final bestätigt worden sei. Sie hätten der Beschwerdeführerin zum Aufbau einer Tagesstruktur, Ressourcenaktivierung sowie Verbesserung der kognitiven Fähig keiten eine tagesklinische Behandlung empfohlen und eine Zuweisung für die Tagesklinik Q.____

erstellt.