

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00211 vom 26. Juni 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-06-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00211

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00211 du 26 juin 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00211 del 26 giugno 2025

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1974, Mutter zweier Kinder (geboren 1992 und 2012), ist spanische und ecuadorianische Staatsangehörige und reiste am 4. Januar 2016 in die Schweiz ein (Urk. 12/4 Ziff. 1.4; Ziff. 3-4; Urk. 1

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. Nach den allgemeinen Grundsätzen des materiellen intertemporalen Rechts sind bei der Rechtsänderung in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen. In Anwendung dieses intertemporalrechtlichen Hauptsatzes ist bei einem dauerhaften Sachverhalt, der wie hier teilweise vor und teilweise nach dem Inkrafttreten der neuen Gesetzgebung eingetreten ist, der Anspruch auf eine Invalidenrente für die erste Periode nach den altrechtlichen Bestimmungen und für die zweite Periode nach den neuen Normen zu prüfen (BGE 150 V 323 E. 4; Urteil des Bundesgerichts 8C_481/2024 vom 4. März 2025 E. 2.1).

Die Beschwerdeführerin meldete sich am 26. Dezember 2017 bei der Invalidenversicherung an (Urk. 12/10/8 in Verbindung mit Urk. 12/4 Ziff. 6). Die angefochtene Verfügung datiert vom 26. Februar 2024.

Eine Arbeitsunfähigkeit ist ab 7. März 2017 ausgewiesen (Urk. 12/119/2; vgl. nachfolgend E. 3.1), womit das Wartejahr im März 2018 abgelaufen war. Aufgrund der Anmeldung am 26. Dezember 2017 könnten allfällige Leistungen frühestens sechs Monate später (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG), nämlich ab Juni 2018 ausgerichtet werden. Insoweit ist die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesene Rechtslage massgebend. Für den Zeitraum ab 1. Januar 2022 finden die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der ab 1. Januar 2022 gültigen Fassung Anwendung.

Wo nicht besonders vermerkt, sind die gesetzlichen Bestimmungen in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung wiedergegeben.

E. 1.2

Erwerbsunfähigkeit ist gemäss Art.

E. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der bis am 31. Dezember 2021 in Kraft gewesenen Fassung 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.

Gemäss der ab 1. Januar 2022 geltenden Fassung von Art. 28 IVG wird eine Rente nach Abs. 1 nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1 bis und 1 ter nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1 bis IVG). Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2022 geltenden Fassung wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt.

E. 1.4

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 13

E. 1.5

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

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es –

unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15 .

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweibelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl.

BGE 144 V 50 E. 4.3).

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

E. 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis ; Urteil des Bundesgerichts 9C_587/2023 vom 8. April 2024 E. 4.2). 2.

E. 2

/28 Ziff. 2; Urk.

12/88). Vom 1. Februar bis 31. März 2016 war sie bei der Export-Import Z.____ GmbH, Zürich, in einem Pensum von 80 % als Verkäuferin angestellt (Urk. 12 /86-87). Vom 14. Januar bis 30. November 2017 war sie bei der A.____ GmbH in einem Pensum von 50 % als Unterhaltsreinigerin angestellt, wobei der letzte effektive Arbeitstag der 20. September 2017 war (Urk. 12 /40/1;

Urk. 12 / 42 Ziff. 2).

Am 26. Dezember 2017 meldete sie sich unter Hinweis auf Rückenbeschwerden bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 12 /10/8 in Verbindung mit Urk. 12 /4 Ziff. 6). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte erwerbliche (Urk. 12 /15; Urk. 12 /18; Urk. 12 /28 ; Urk. 12 /95 ; Urk. 12 /200) und medizinische (Urk. 12 /27 /7- 11) Abklärungen.

Am 22. Mai 2018 (Urk. 12 /37) teilte sie der Versicherten mit, es seien keine Eingliederungsmassnahmen möglich. Mit Vorbescheid vom 24. Oktober 2018 (Urk. 12 /60) stellte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, da die Invalidität bereits vor der Einreise in die Schweiz eingetreten und weder die Beitragszeit von drei Jahren in Spanien noch

das Beitragsjahr in der Schweiz erfüllt seien. Dagegen erhob die Versicherte Einwände (Urk. 12 /65; Urk. 12 /70 , Urk. 12 /92). Nach Einholung weiterer medizinischer Berichte (Urk. 12 /98-99; Urk. 12 /103; Urk. 12 /106; Urk. 12 /109; Urk. 12 / 1 14 ; Urk. 12 /127-28; Urk. 12 /133; Urk. 12 /13

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt: Die Überprüfung der Beitragszeiten habe ergeben, dass die versicherungsmässigen Voraussetzungen erfüllt seien .

Aus somatischer Sicht habe einzig postoperativ eine Arbeitsunfähigkeit von Januar 2018 bis Januar 2019 bestanden (S. 1). Danach sei die Beschwerdeführerin in der angestammten und in angepassten Tätigkeiten wieder zu 100 % arbeitsfähig gewesen. Ein anhaltendes arbeitsrelevantes psychisches Leiden könne nicht erkannt werden. Den Diagnosen einer

anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer chronischen Schmerzstörung könne nicht gefolgt werden. Auch mit den ergänzenden Abklärungen habe keine Diagnose mit langandauernder Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestätigt werden können. Bei der neuropsychologischen Untersuchung habe infolge Aggravationsverhaltens keine Diagnose gestellt werden können. Die psychiatrischen Diagnosen hätten versicherungsmedizinisch nicht nachvollzogen werden können. Die Herleitung einer Depression sei versicherungsmedizinisch nicht korrekt und könne deshalb nicht übernommen werden. Die Therapieoptionen seien nicht ausgeschöpft (S. 2). Selbst wenn auf die Gutachten abzustellen wäre, würde kein Rentenanspruch entstehen. Die Beschwerdeführerin habe in der Schweiz kaum etwas verdient, weshalb bei einer 70%igen Restarbeitsfähigkeit keine rententragende Erwerbseinkünfte entstünden. Da keine invalidisierende Erkrankung feststellbar sei, erübrige sich ein Einkommensvergleich. Eine relevante Einschränkung im Haushalt sei aufgrund der Aktenlage nicht anzunehmen, weshalb eine Abklärung im Haushalt nicht angezeigt sei. Die Voraussetzungen für Eingliederungsmassnahmen oder eine Rente seien nicht erfüllt (S. 3).

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend (Urk. 1), sie sei gemäss dem bidisziplinären Gutachten in angepassten Tätigkeiten zu 70 % arbeitsfähig. Spätestens ab 1. Januar 2024 müsse ein Pauschalabzug von 10 % gewährt werden, weshalb die Frage nach dem Status und der Berechnungsmethode leistungsentscheidend sei. Die Beschwerdeführerin habe diese Fragen nicht geklärt und dadurch ihre Abklärungspflicht verletzt, was für sich alleine schon zur Aufhebung des angefochtenen Entscheides führen müsse (S. 6 Ziff. 15-16). Die Beschwerdeführerin vermische die Folgen einer Verdeutlichung mit denjenigen einer leistungsausschliessenden Aggravation. Dr. C.____ habe ausführlich beschrieben, weshalb keine Aggravation vorliege, und trotz der festgestellten Inkonsistenzen dennoch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bescheinigt (S. 7 Ziff. 21, Ziff. 24). Die Diagnosen seien durch Dr. C.____ schlüssig begründet worden (S. 7 f. Ziff. 25, Ziff. 26). Wäre die Beschwerdeführerin zu Recht der Ansicht gewesen, dass auf das Gutachten von Dr. C.____ nicht abgestellt werden könne, so hätte sie ein neues Gutachten einholen müssen. Eventuell sei ein Gerichtsgutachten einzuholen (S. 9 Ziff. 29, Ziff. 31).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen sind der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin und ob die Aktenlage diesbezüglich eine rechtsgenügende Beurteilung erlaubt. 3. 3.1

Die Beschwerdeführerin war ab März 2017 wegen Rückenschmerzen in medizinischer Behandlung (Urk. 12/1/20-21; Urk. 12/1/16-17; Urk. 12/1/13-14). Seitens der Krankentaggeldversicherung wurde ab 7. März 2017 eine Arbeitsunfähigkeit dokumentiert (Urk. 12/119/2), dies im Umfang zwischen 50 und 100 % (Urk. 12/1/1-12). Am 31. Januar 2018 fand eine Revisions- und Dekompressionsoperation bei Status nach im Jahr 2010 vorgenommener Spondylodese ein schliesslich Revision L4-S1 und Schraubenrevision bei Pseudoarthrose L4/5 und fraglicher Pseudoarthrose L5/S1 statt (Urk. 12/27/7). Die Beschwerdeführerin konnte am 9. Februar 2018 in gutem Allgemeinzustand aus dem Spital entlassen werden (Urk. 12/27/11). Anschliessend

wurde eine andauernde Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis 50 % attestiert (Urk. 12/27/11; Urk. 12/103/8; Urk. 12/103/2 Ziff. 1.3).

Mit Konsultationsbericht vom 16. Juli 2018 (Urk. 12/103/7-9) stellte PD Dr. med. E.____ , Leitender Oberarzt Wirbelsäulenchirurgie und Neurochirurgie, F.____ Klinik, folgende, hier gekürzt wiedergegebene Diagnosen (S. 1): - chronische lumbospondylogene Schmerzen - Fibromyalgiesyndrom - Schulterschmerzen rechts - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom Die Beschwerdeführerin sei zur ersten postoperativen Verlaufskontrolle sechs Monate nach dem Eingriff erschienen. Die bisherigen Kontrolltermine habe sie aufgrund von verschiedenen Ereignissen nicht wahrnehmen können. Unter anderem sei ihr fünfjähriger Sohn leider an einem Hirntumor erkrankt, welcher operativ behandelt werden müsse. Sie berichte, dass sie weiterhin unter starken Schmerzen der gesamten Lendenwirbelsäule (LWS) und des Nackens leide. Unverändert seien die ausstrahlenden Beschwerden ins linke Bein. Sie betone, Schwierigkeiten bei der Erledigung der Hausarbeit und diesbezüglich Hilfe von der Spitex zu haben. Als Reinigungskraft bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Die Sitz- und Stehdauer sei auf eine halbe Stunde beschränkt (S. 2). Radiologisch zeige sich die Spondylodese konsolidiert ohne Lockerungszeichen der Implantate. Die Beschwerden seien vor allem muskulärer Natur und im Rahmen der rheumatologischen Grunderkrankung und psychosozialen Belastungssituation zu sehen. Die Arbeitsfähigkeit (richtig: Arbeitsunfähigkeit) als Reinigungskraft betrage weiterhin 100 %. Inwieweit eine alternative angepasste Tätigkeit in Frage komme, könne aktuell nicht gesagt werden. Hierfür müsse eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) durchgeführt werden. Insgesamt sei die Prognose deutlich eingeschränkt (S. 2). 3.2

Dr. med. G.____ , Fachärztin

für Allgemeine Innere Medizin, diag. nostizierte in einem

zuhanden der Krankentaggeldversicherung verfassten Formularbericht vom 3. Juli 2018 (Urk. 12/119/66-69) eine schwere reaktive Depression, eine Fibromyalgie, ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom und eine Acromialgelenksarthrose der rechten Schulter (Ziff. 3). In der angestammten Tätigkeit bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 8). Eine angepasste Tätigkeit werde eventuell zumutbar sein (Ziff. 9 lit. c).

Mit Zeugnis vom 11. Januar 2019 (Urk. 12/90) hielt Dr. G.____

fest, die Beschwerdeführerin sei vom 11. Januar bis 28. Februar 2019 nur zu 50 % in angepassten Tätigkeiten arbeitsfähig. Sie brauche stündlich Pausen und müsse fähig sein, die Position zu wechseln. Zu langes Sitzen oder Stehen sei nicht zumutbar und sie dürfe keine Gewichte über 5 kg tragen. 3.3

PD Dr. E.____ , F.____ Klinik, stellte mit Konsultationsbericht vom 23.

Januar 2019 (Urk. 12/98) folgende, hier gekürzt wiedergegebene Diagnosen (S. 1): - Status nach Revision L4-S1, Dekompression L4/5 beidseits und Transforaminal Lumbar Interbody Fusion (TLIF) von rechts, Metallentfernung, posterolaterale Spondylodese L5/S1, dorsale Spondylodese L4-S1 links - Fibromyalgie-Syndrom - Schulterschmerzen rechts Die computertomographische Bildgebung der Lendenwirbelsäule (LSW) zeige, dass die Spondylodese konsolidiert sei. Eine Schmerzursache könne nicht identifiziert werden. Die Beschwerdeführerin werde zur rheumatologischen Beurteilung zugewiesen (S. 1 unten f.). 3.4

Dr. med. H.____ , Assistenzarzt Rheumatologie und Rehabilitation, F.____ Klinik, stellte mit Bericht vom 12. Februar 2019 (Urk. 12/99/7-9) folgende, hier verkürzt wiedergegebene

Diagnosen (S. 1): - Fibromyalgie-Syndrom - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, Polyarthralgien und Myalgien - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits - Schulterschmerzen rechts Zur Sozialanamnese hielt Dr. H.____ fest, die Beschwerdeführerin sei allein stehend, stamme ursprünglich aus Spanien und lebe mit ihrem sechsjährigen Sohn, welcher im März 2018 eine Hirnblutung erlitten habe und habe operiert werden müssen. Sie habe bis November 2017 zu 50 % als Reinigungskraft gearbeitet und lebe aktuell von Sozialhilfe (S. 2). In der klinischen Untersuchung seien vor allem ausgeprägte generalisierte myofasziale Druckdolenzen aufgefallen. In der vorgängig durchgeführten Laboranalyse habe sich kein Hinweis auf eine entzündlich-rheumatische Erkrankung gezeigt. Anstelle des Therapiebeginns mit Cannabis sei eine schmerzmodulierende Medikation empfohlen. Es sei die Diagnose einer Fibromyalgie zu bestätigen. Weitere Konsultation seien nicht vereinbart worden (S. 3). 3.5

Dr. G.____

diagnostizierte in einem undatierten, nach der letzten Kontrolle vom 19. Juli 2019 erstellten Bericht (Urk. 12/103/2-5; Ziff. 1.1) chronische Schmerzen (Ziff. 2.5) und hielt fest, die Beschwerdeführerin sei aktuell zu 50 % krank geschrieben. Zuvor sei sie bis zum 31. Dezember 2018 vollständig arbeitsunfähig gewesen. Dies gelte für jegliche körperliche Tätigkeit (Ziff. 1.3). Sie klage über massive Schmerzen im Oberkörper, im Rücken und in den Schultern (Ziff.

2.2). Die Prognose hinsichtlich Arbeitsfähigkeit sei sehr schlecht. Trotz Analgesie und multiplen Therapien sei keine Besserung eingetreten (Ziff. 2.7). Eine angepasste Tätigkeit werde nicht möglich sein (Ziff. 4.2). Anamnestisch sei die Beschwerdeführerin im Haushalt sehr eingeschränkt (Ziff. 4.5). 3.6

Dr. med. I.____, Oberarzt am Institut für Anästhesiologie am Spital J.____, diagnostizierte mit Bericht vom 12. August 2019 (Urk.

12/106/112-113) im Wesentlichen eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und eine reaktive Depression/Anpassungsstörung (S. 1). In Zusammenschau der Krankengeschichte bestehe nebst mehreren somatischen Befunden auch eine schwierige psychosoziale Situation. Die Beschwerdeführerin sei alleinerziehend, arbeitslos und lebe vom Sozialamt, spreche kein Deutsch und lebe sozial recht zurückgezogen, so dass hier die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren am ehesten zutreffe (S. 2). 3.7

Mit einem weiteren undatierten, nach der letzten Kontrolle vom 29. August 2019 verfassten Bericht (Urk. 12/106/1-5; Ziff. 1.1) hielt Dr. G.____ fest, es bestehe aktuell eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, die jedoch sehr eingeschränkt sei. Zumutbar sei nur sehr leichte Arbeit ohne Heben von Gewichten (Ziff. 1.3). Eventuell sei eine angepasste Tätigkeit zu 40 bis 50 % zumutbar (Ziff. 4.2). 3.8

Mit Bericht vom 30. August 2019 (Urk. 12/106/29) diagnostizierte Dr. med. K.____, Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, eine Triangular fibrocartilage complex (TFCC)-Läsion mit milder Instabilität und eine Arthrose am Handgelenk links. Eine Arbeitsunfähigkeit bestehe nicht, ausser bei entsprechenden Beschwerden zu 50 %. 3.9

Dr. med. L.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und M.____, Psychologin, diagnostizierten in

ihrem auf Englisch verfassten Bericht vom 26. Januar 2020 (Urk. 12/11 4) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1 ; S. 1). Die Beschwerdeführerin sei seit Februar 2019 in delegierter psychologischer Behandlung und habe hauptsächlich aufgrund ihrer persönlichen und sozialen Umstände und akuter körperlicher Schmerzen depressive Symptome gezeigt. Zu Beginn der Therapie habe sie eine missbräuchliche partnerschaftliche Beziehung beendet. Sie sei darin Opfer regelmässiger psychologischer, körperlicher und sexueller Gewalt gewesen. Dies sei eine traumatische Erfahrung gewesen. Seit dieser Zeit leide sie unter schwerwiegenden depressiven Symptomen wie Traurigkeit, Müdigkeit, Schlafprobleme, Selbstkritik und Schuldgefühle, nächtliche Angst, Konzentrationsprobleme, grosse Angst, Panikattacken und suizidale Gedanken (S. 1 f.). Eine vorgeschlagene Hospitalisation habe sie abgelehnt, da niemand ihr Kind während dieser Zeit betreuen könne. Sie habe nach eigenen Angaben vor dem Zusammenleben mit dem Partner keine solche Symptome gehabt. Die Behandlung umfasse psychologische Gespräche und Antidepressiva. Sollte sich ihre körperliche und kontextabhängige Situation verbessern, so würden ihre depressiven Symptome abnehmen und sie werde fähig sein, ein normaleres und funktionierendes Leben zu führen (S. 2).

Mit Bericht vom 9. Dezember 2020 (Urk. 12/135) stellten Psychologin M.____ und Dr. L.____ die Diagnose einer schweren depressiven Episode (ICD-10 F33.2), inzwischen gebessert: ICD-10 F33.1 mittelgradig. Diese Diagnose, kombiniert mit der Fibromyalgie, bedeute, dass für die Beschwerdeführerin die Grundfunktionen schwierig würden. Sie habe häufig enorme Schwierigkeiten, aus dem Bett zu kommen, entweder aufgrund von Schmerzen oder akuten Depressionsgefühlen. Dies habe offensichtlich einen direkten Einfluss auf ihre Fähigkeit, mit den Anforderungen der Arbeit zu kooperieren. Sie habe von Beginn der Behandlung an klare Symptome einer Depression gezeigt, die hauptsächlich auf ihre persönlichen und sozialen Schwierigkeiten und akuten körperlichen Schmerzen zurückzuführen seien (S. 1). Seit der gewalttätigen Beziehung leide sie an schweren depressiven Symptomen wie Traurigkeit, Müdigkeit, Schlafstörungen, Selbstkritik und Schuld, nächtliche Angst, Konzentrationsschwierigkeiten, Panikattacken und Selbstmordgedanken. Sie habe neben ihren beiden Kindern keine engen Beziehungen in der Schweiz. Die akuten körperlichen Schmerzen verschlimmerten ihren Gesamtzustand, zudem sei ihre finanzielle Situation sehr problematisch und dies erzeuge eine existentielle Angst, die ihren Stress und die tiefe Verunsicherung enorm verstärke (S. 2).

Es finde eine psychologische Behandlung sowie eine medikamentöse Behandlung mit 50 mg Surmontil statt. Die Prognose sei derzeit ungewiss, da der psychische Zustand der Beschwerdeführerin von mehr als einer Variante abhängen würde. Es bestehe jedoch kaum ein Zweifel daran, dass die depressiven Symptome mit zunehmender körperlicher und kontextueller Situation abnehmen würden und sie in der Lage sein werde, ein normaleres Leben zu führen (S. 2).

3.10

Die Ärzte der Abteilung Rheumatologie und Rehabilitation an der F.____ Klinik führten mit Bericht vom 12. Juli 2021 (Urk. 12/178/10-12) aus, die Therapie sei weiterhin nicht einfach zu gestalten. Es sei bekannt, dass herkömmliche Schmerzmittel in dieser Situation kaum einen Effekt hätten. Die psychische Belastung mit der familiären Problematik sowie die neu aufgetretenen Kniegelenksbeschwerden unterhielten die Schmerzsituation weiterhin (S. 2 unten). Man habe der Patientin empfohlen, wenn möglich die Einnahme von Oxynorm zu reduzieren und bestenfalls zu stoppen (S. 3). 3.11 3.11.1

In ihrem am 11. November 2021 nach Berücksichtigung der Akten (Urk. 12/171/5-7 ; Urk. 12/171/ 63-66; Urk. 12/171/81-85), Erhebung der Anamnese (Urk. 12/171/7-9 ; 12/171/12-13 ; Urk. 12/171/ 38- 39; Urk. 12/171/54-55; Urk. 12/171/67-70; Urk. 12/171/86- 92) und Durchführung einer ortho pä dischen (Urk. 12/171/10-11), allgemeininternistischen (Urk. 12/171/56), neurolo gischen (Urk. 12/171/70-71) , psychiatrischen (Urk. 12/171/93-

E. 5

, Urk. 12 /139) und Bezug der Akten der Krankentaggeldversicherung (Urk. 12 / 11 9) veranlasste die IV-Stelle eine polydisziplinäre Begutachtung der Versicherten in den Fachdisziplinen All gemeine Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie, die durch die Medas Medizinisches Gutachtenzentrum Region B.____ GmbH durchgeführt wurde (Gutachten vom 11. November 2021; Urk. 12 /171).

Am 17. Januar 2022 erliess die IV-Stelle einen neuen Vorbescheid und stellte - nun unter Bejahung der versicherungsmässigen Voraussetzungen (vgl. Urk. 12/172/2) - die Abweisung des Leistungsbegehrens aufgrund fehlender lang dauernder gesundheitlicher Einschränkung in Aussicht (Urk. 12 /173). Dagegen erhob die Versicherte erneut Einwände (Urk. 12 /184). Im Rahmen des Einwand verfahrens ergingen weitere Arztberichte (Urk. 12 /178-18 1; Urk. 12/183). Die IV-Stelle veranlasste eine zusätzliche psychiatrisch-neuropsychologische Begutach tung der Versicherten durch Dr. med. C.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. sc. hum. D.____ , Fachpsycho login für Neuropsychologie, deren Gutachten am 26. Juni 2023 (Urk. 12 /218) erstattet und nach entsprechender Rückfrage durch die IV-Stelle (Urk. 12 /220) am 16. November 2023 (Urk. 12 /229) ergänzt wurde. Dazu nahm die Versicherte am 26. Januar 2024 Stellung (Urk. 12 /239). Mit Verfügung vom 26. Februar 2024 verneinte die IV-Stelle einen Anspruch der Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 12 /243 = Urk. 2). 2.

Am 11. April 2024 erhob die Versicherte Beschwerde gegen die Verfügung vom 26. Februar 2024 (Urk. 2) und beantragte deren Aufhebung und die Zusprechung einer Invalidenrente nach Gesetz , eventualiter die Einholung eines Gerichtsgut achtens, subeventualiter die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 20. Juni 2024 (Urk. 11) bean trachte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, wovon die Beschwerdeführerin mit Gerichtsverfügung vom 2. Juli 2024 unter gleichzeitiger Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und unentgeltlichen Rechtsver tretung in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 14). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 5.1

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. 8 00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwer deführerin aufzuerlegen , zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

E. 5.2

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 4 Dispositiv-Ziffer 3). In Berücksichtigung der vorstehend genannten Kriterien ist die Entschädigung von Rechtsanwältin

Stephanie C. Elms, Zug, bei Anwendung des gerichtsüblichen Stundenansatzes von Fr. 2 80.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 3 ' 9 00.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. 5 .3

Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege 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. 3'900.-- (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 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 FehrLienhard

E. 7

ATSG 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 aussergewöhnlichen Arbeitsmarkt (Abs. 1). 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. 9

5), radiologischen (Urk. 12/171/107) und laborchemischen (Urk. 12/171/108) Untersuchung sowie einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (Urk. 12/171/38-49) erstatteten Gutachten stellten Dr. med. N.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Dr. med. O.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. P.____, Facharzt für Neurologie, und Dr. med. Q.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk.

12/171/33 unten f.): - Schmerzpersistenz bei Status nach Revision L4 bis S1 mit Dekompression L4/5 beidseits und transforaminale r lumbale r interkorporelle r Fusion (TLIF), Metallentfernung, postero-laterale Spondylodese L5/S1 und dorsale Spondylodese L4 bis S1 links im Januar 2018, Schraubenrevision L4 links und Spondylodese L4 bis S1 im März 2010 - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) 3.11.2

Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung (Urk. 12/171/77-106) wurde festgestellt, dass die Beschwerdeführerin in der Stimmung niedergeschlagen, affektiv teils vermindert mitschwingend, teils affektlabil, weinerlich und nicht aufhellbar, psychomotorisch unauffällig und im Antrieb vermindert gewirkt habe. Die Konzentrationsfähigkeit sei erschwert gewesen (Urk. 12/171/93). Es würden gelegentliche Suizidgedanken angegeben, abhängig von psychischen Belastungssituationen. Die Motivation und Interessen erschienen vermindert und es würden Ein- und Durchschlafstörungen angegeben. Das Selbstwertgefühl und das Selbstvertrauen erschienen deutlich vermindert (Urk. 12/171/94). Im Mini-ICF-APP zeigten sich überwiegend mittelgradige Beeinträchtigungen (Urk. 12/171/95). Die Beschwerdeführerin habe zum Untersuchungszeitpunkt eine Verdeutlichung der körperlichen Beschwerden mit demonstrativen Hinweisen auf die Beschwerden gezeigt, indem sie während der Untersuchung wiederholt aufgestanden sei und vor allem auf die LWS-Beschwerden hingewiesen habe. Damit fänden sich Hinweise für eine gewisse Aggravation und einen sekundären Krankheitsgewinn (Urk. 12/171/99). Es könne eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden und in Zusammenhang mit der multiplen Schmerzsymptomatik sowie emotionalen Konflikten und psychosozialen Problemen habe sie eine rezidivierende depressive Störung mit anfangs schwerer depressiver Episode und unter Therapie mit mittelgradigen depressiven Episoden entwickelt. Nach dem bisherigen Krankheitsverlauf könne inzwischen eine verselbständigte depressive Erkrankung mit überwiegend mittelgradigen depressiven Episoden erhoben werden und es bestehe damit eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer (Urk. 12/171/99 unten f.). Bei der Beurteilung der Konsistenz sei keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ausgewiesen. Die Beschwerdeführerin gehe keiner beruflichen Tätigkeit

nach und fühle sich auch nicht arbeitsfähig. Jedoch zeige sie verschiedene Aktivitäten im Tagesablauf, indem sie ihren Sohn versorge, den Haushalt verrichte, koche und allfällige Termine einhalte. Sie würde lesen oder spazieren, eventuell malen und sich mit dem Sohn beschäftigen sowie ihn bei den Hausaufgaben unterstützen. Auch habe sie zumindest wenige soziale Kontakte und versuche, Deutsch zu lernen. Sie wirke - möglicherweise aufgrund der Sprachbarriere - erschwert kommunikationsfähig und relativ gut kontaktfähig und zeige auch Motivation und gewisse Interessen. Sie wirke krankheitseinsichtig und zeige zum Untersuchungszeitpunkt einen deutlichen Leidensdruck. Die berichteten Beschwerden seien in sich weitgehend konsistent und plausibel, obwohl die Beschwerdeführerin wiederholt ungenaue anamnestische Angaben mache. Die Untersuchungsergebnisse seien weitgehend valide und nachvollziehbar (Urk. 12/171/102). Der diagnostischen Einschätzung des Psychologen

M. ___ könne weitgehend zugestimmt werden (Urk. 12/171/103). Die Beschwerdeführerin könne in der angestammten Tätigkeit aus rein psychiatrischer Sicht unter Ausschluss der psychosozialen Faktoren zu 100 % tätig sein, wobei eine 50%ige Leistungseinschränkung anzunehmen sei. Dies gelte seit mindestens Januar 2019 (Urk. 12/171/104). In einer leidensangepassten Tätigkeit ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne erhöhten Zeitdruck, ohne die erforderliche geistige Flexibilität, ohne Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung bestehe ab Januar 2019 eine Arbeitsfähigkeit von 60 %. Die Prognose sei begrenzt günstig. Zu empfehlen sei eine regelmässige psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, kombiniert mit einer ausreichend dosierten antidepressiv-schmerzlindernden Medikation, wobei idealerweise eine stationäre Behandlung durchgeführt werden könnte. Im günstigsten Fall sei, allerdings in Abhängigkeit von psychosozialen Faktoren wie der Erkrankung des Sohnes, innerhalb eines Jahres eine Leistungssteigerung mit etwa 70%iger Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten zu erwarten (Urk. 12/171/105). 3.11.3

Aus allgemeininternistischer und neurologischer Sicht wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 12/171/56; Urk. 12/171/72). In ihrer Konsensbeurteilung (Urk. 12/171/28-35) hielten die Gutachter fest, dass die Ursache der Schmerzen in der Lendenwirbelsäule und der abnormen Untersuchungsbefunde derselben bei normaler Bildgebung der Lendenwirbelsäule unklar bleibe. Eine neurale Kompression liege nicht vor und die Spondylodese L4 bis S1 sei ossär konsolidiert. Einzig im Rahmen der postoperativen Rehabilitation habe eine Arbeitsunfähigkeit bestanden. Aus psychiatrischer Sicht habe die Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit einer Partnerproblematik mit Gewalt in der Beziehung und sexuellen Übergriffen 2016 und nach Tumorerkrankung des Sohnes 2018 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, entwickelt. Sie habe sich im Februar 2019 in psychologisch-psychotherapeutische Behandlung begeben und es sei zunächst eine schwere depressive Episode diagnostiziert worden, die sich unter therapeutischer Behandlung etwas gebessert habe. Daneben bestehe seit etwa drei Jahren eine multiple Schmerzsymptomatik mit anhaltenden, subjektiv schweren Schmerzen, die organisch nicht vollständig erklärt werden könnten und in Verbindung mit emotionalen Konflikten und psychosozialen Problemen stünden, die als ursächliche Einflüsse gälten. Damit könne eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden, wobei auch eine psychogene Überlagerung der körperlichen Beschwerden im Zusammenhang mit der rezidivierenden depressiven Störung anzunehmen sei (Urk. 12/171/33). Im Rahmen der postoperativen

Rehabilitation von Januar 2018 bis Januar 2019 habe eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Reinigungskraft bestanden. Aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit Beeinträchtigung der emotionalen Belastbarkeit, der geistigen Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, der Interessen, der Motivation, des Antriebs und der Dauerbelastbarkeit betrage die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit seit Februar 2019 gesamthaft bei voller Stundenpräsenz 50 % (Urk. 12/171/34). Auch für adaptierte Tätigkeiten habe im Rahmen der postoperativen Rehabilitation von Januar 2018 bis Januar 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Tätigkeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne Anforderungen an die Konzentration, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung könnten ab Februar 2019 gesamthaft bei voller Stundenpräsenz zu 60 % zugemutet werden. Der Beschwerdeführerin sei eine regelmässige psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung, kombiniert mit einer ausreichend dosierten antidepressiven-schmerzlindernden Medikation zu empfehlen, wobei idealerweise eine stationäre psychosomatische Behandlung in einer Spezialabteilung durchgeführt werden könnte. Unter diesen therapeutischen Massnahmen sei im günstigsten Fall, allerdings in Abhängigkeit von psychosozialen Faktoren (Erkrankung des Sohnes), innerhalb eines Jahres eine Leistungssteigerung mit gesamthaft bei voller Stundenpräsenz etwa 70%iger Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten zu erwarten (Urk. 12/171/34). Die Ursache der lumbalen Schmerzen bleibe bei normaler Bildgebung unklar. Auch die Schmerzen überall am Körper könnten nicht nachvollzogen werden, zumal der klinische Untersuchungsbefund nicht speziell auffällig gewesen sei und 2018 durchgeführte bildgebende Untersuchungen keine wesentlichen pathologischen Befunde gezeigt hätten. Die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit habe eine mässige Symptomausweitung ergeben, wobei auch speziell das Beschreiben der Schmerzen und das Schmerzverhalten inadäquat gewesen seien. Die Leistungsbereitschaft während der Tests sei hingegen gut gewesen. Aufgrund der Laboruntersuchungen könne davon ausgegangen werden, dass entgegen den Angaben der Beschwerdeführerin die Schmerzmittel nicht regelmässig verwendet würden (Urk. 12/171/26). 3.1 2

Dr. med. R.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, regionaler ärztlicher Dienst (RAD), hielt mit Stellungnahme vom 14. Januar 2022 (Urk.

12/17 2 /9-12) fest, es könne aus psychiatrischer Sicht nicht auf das Gutachten abgestellt werden (Urk. 12/17 2 /9). Die Angaben der Beschwerdeführerin seien unglaubwürdig. Eine psychologische Behandlung finde erst seit der Abweisung von Unterstützungsmassnahmen der Invalidenversicherung im Oktober 2018 statt. Weiter sei die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, ohne dass frühere depressive Episoden und mindestens eine Remission beschrieben worden seien, nicht nachvollziehbar. Hinsichtlich der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung - die nicht gegeben sei - könnten die Krebserkrankung des Sohnes im März 2018 und der gewalttätige Partner, von dem sich die Beschwerdeführerin offenbar schon 2017 getrennt habe, nicht als emotionaler Konflikt interpretiert werden; die diagnostischen Kriterien seien nicht erfüllt (Urk.

12/17 2 /10). Weiter bestünden verschiedene Auffälligkeiten und Inkonsistenzen. So habe die Beschwerdeführerin keine engen Beziehungen in der Schweiz, was die Frage aufwerfe,

warum sie im Jahr 2016 überhaupt in die Schweiz eingereist sei, nachdem sie in Spanien einen Rentenanspruch gestellt habe. Es finde sich eine mässige Symptomausweitung, insbesondere die Beschreibung der Schmerzen und das Schmerzverhalten seien inadäquat gewesen. Die Schmerzen überall im Körper hätten nicht nachvollzogen werden können. Die Laboruntersuchung habe gezeigt, dass entgegen der Angaben der Beschwerdeführerin die Schmerzmittel nicht regelmässig verwendet worden seien. Sie habe zudem gemäss Gutachten seit etwa zwei Monaten wenige soziale Kontakte, nachdem sie vorher verschiedene Kontakte gehabt habe (Urk. 12/17 2 /11). Es bestehe keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen. Aus Sicht des RAD könne kein anhaltendes, arbeitsrelevantes psychisches Leiden erkannt werden. Es bestehe der Verdacht auf ein Rentenbegehren (Urk. 12/17 2 /12).

3.1 3 3.13.1

Dr. C.____ und Dr. sc. hum.

D.____

diagnostizierten in ihrem am 26. Juni 2023 nach Berücksichtigung der Akten (Urk. 12/218/6-68), Erhebung der Anamnese (Urk. 12/218/69-77) und Durchführung einer psychiatrischen (Urk.

12/218/77-84) und neuropsychologischen (Urk. 12/ 218 /101-103) Untersuchung erstatteten Gutachten (Urk. 12/218) eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.1) sowie eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk.

12/218/115). 3.13.2

Im Rahmen der neuropsychologischen Abklärung stellte Dr. sc. hum.

D.____ fest , dass die Zusammenstellung der Befunde der Leistungstests auf ein Aggravationsverhalten schliessen liessen. Daher könnten die Ergebnisse der Leistungstests inhaltlich nicht interpretiert werden und lieferten wegen mangelnder Mitarbeit keine verwertbaren neuropsychologischen Befunde, da sie wahrscheinlich nicht das effektiv vorhandene kognitive Leistungsniveau der Beschwerdeführerin abbildeten. Unter diesen Umständen bestehe andererseits auch das Risiko, dass tatsächliche und spezifische kognitive Defizite differentialdiagnostisch nicht festgestellt werden könnten (Urk. 12/218/103 unten f.). Die psychiatrischen Diagnosen könnten die Auffälligkeiten nicht erklären. Es liessen sich aufgrund des aggravierenden Verhaltens keine (neuropsychologische) Diagnosen beurteilen (Urk. 12/218/107). 3.13.3

Dr. C.____ legte dar, dass in Anwendung der Kriterien des Mini-ICF-APP Störungen der Aktivität und Partizipation in Bezug auf Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie Durchhaltefähigkeit bestünden , dies in einem mittel gradigen Ausmass. Ebenfalls sei die Selbstbehauptungsfähigkeit der Beschwerdeführerin eingeschränkt durch fehlende Ressourcen im psychosozialen Kontext (Urk. 12/218/83). Die Beschwerdeführerin weise seit 2018 körperliche Beschwerden mit einer multiplen Schmerzsymptomatik auf. 2016 sei sie eine neue Beziehung eingegangen, wo es zu Gewalttätigkeiten und sexuellen Übergriffen gekommen sei. Dies habe zur depressiven Entwicklung geführt, überwiegend wahrscheinlich habe zunächst eine Anpassungsstörung mit depressiver und ängstlich-konnotierter Symptomatik bestanden , dazu sei die Tumorerkrankung des Sohnes gekommen. Die Beschwerdeführerin habe konsekutiv ein depressives Zustandsbild

entwickelt und habe sich 2019 in eine psychologisch-psychotherapeutische Behandlung begeben. Aktuell beklage sie vor allem ein Schmerzsyndrom, dessen Ätiologie nicht gänzlich ausgemacht werden könne. Der Wert auf der visuellen Analogskala (VAS) sei sehr hoch angesiedelt. Es bestünden wenig Coping-Strategien,

um mit den Schmerzen umzugehen. In Verbindung dazu stehe ein depressives Zustandsbild mit durchgehend niedergeschlagener Stimmung, einer verminderten affektiven Schwingungsfähigkeit und einer Affektlabilität (Urk. 12/218/85). Von der somatischen Seite bestehe eine Hepatopathie, die den Einsatz einer medikamentösen Therapie erschwere (Urk. 12/218/86 oben).

Im objektiven psychopathologischen Befund hätten vor allem im Affekt Auffälligkeiten bestanden. Die Beschwerdeführerin habe über starke Schmerzen berichtet, habe jedoch insgesamt nicht manifest schmerzgequält gewirkt. Die emotionale Schwingungsfähigkeit sei jedoch deutlich herabgesetzt gewesen, der Affekt depressiv verstimmt, der formale Gedankengang sprunghaft. Es sei eine Fokussierung auf die Schmerzsymptomatik wahrnehmbar gewesen, zudem bestünden passive Todeswünsche. Teilweise habe die Beschwerdeführerin affekt labil gewirkt und habe wiederholt geweint. Die soziale Teilhabe sei im privaten Bereich eingeschränkt. Die Exploration des Tagesprofils habe auf ein reduziertes Alltagsaktivitätsniveau hingewiesen. Bei den Hausarbeiten fühle sich die Beschwerdeführerin aufgrund von körperlichen Beschwerden eingeschränkt (Urk. 12/218/89).

Die Beschwerdeführerin weise ein komplexes psychiatrisches Zustandsbild auf, es bestünden vor allem zwei Aspekte, die sie beeinträchtigten. Einmal bestünden starke Schmerzen, die nicht gänzlich organisch geklärt werden könnten. Es könne von einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren ausgegangen werden, wobei sich im Rahmen der Exploration auch gewisse Hinweise auf eine Symptomverdeutlichung ergeben hätten (Urk. 12/218/90). Zudem bestehe eine mittelgradige depressive Episode mit affektiven Durchbrüchen. Sie habe Ängste in Bezug auf die Zukunft und vor allem auf die Gesundheit ihres Sohnes

(Urk. 12/218/91).

Die Beschwerdeführerin befinde sich in einer psychiatrischen Behandlung in ihrer Muttersprache. Eine spezifische schmerztherapeutische Behandlung habe sich bis anhin als erfolglos erwiesen. Eine störungsspezifische Psychotherapie finde jedoch nicht statt, so dass nicht von einer Ausschöpfung der therapeutischen Möglichkeiten ausgegangen und auch keine Therapieresistenz angenommen werden könne. Bis anhin hätten keine stationären Behandlungen stattgefunden, wobei die Versicherte über wenige deutsche Sprachkenntnisse verfüge und alleinerziehend sei. Die Prüfung weiterer medikamentöser Massnahmen sei sinnvoll, wobei aufgrund der Hepatopathie eine enge Zusammenarbeit auf internationaler Ebene erforderlich wäre (Urk. 12/218/92).

An negativen Ressourcen hervorzuheben seien das Nichterreichen beruflicher Ziele, kein zielgerichtetes Handeln und Verhalten, kein Ehrgeiz und keine Ausdauer. Die Leistungs- und Veränderungsmotivation sei niedrig. Darüber hinaus bestünden keine Visionen, keine Ziele, keine Ideen und fehlende ökonomische Stabilität. Zudem scheine die Beschwerdeführerin zusätzlich in den Bereichen Hoffnung, Coping, Selbstwirksamkeit und Selbstbeobachtung über massgeblich reduzierte Ressourcen zu verfügen. Es bestehe eine mittelgradige Störung der Aktivität und Partizipation, insbesondere im Bereich der Items

Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit und Spontanaktivitäten. An positiven Ressourcen verfüge sie über familiäre Kontakte (Urk. 12/218/9 2 unten f.).

Zum polydisziplinären Gutachten der Medas Medizinisches Gutachtenzentrum Region B. ___ GmbH hielt Dr. C. ___ fest, darin werde eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bescheinigt. Die darin beschriebene Schmerzsymptomatik sei identisch mit der aktuellen Symptomatik. In Folge der psychosozial belasteten Problematik mit Auseinandersetzungen mit dem früheren Partner mit Gewalttätigkeiten im Jahr 2016 sowie einer Tumorerkrankung des Sohnes seit 2018 habe sich eine depressiv und ängstlich konnotierte Symptomatik entwickelt. Diese werde im Gutachten als eine rezidivierende depressive Störung mittelgradiger Ausprägung beurteilt. Aktuell weise die Beschwerdeführerin ebenfalls Symptome einer Depression auf. Es werde im Gutachten jedoch nicht konkret dargelegt, warum die Beschwerdeführerin eine rezidivierende depressive Störung hätte entwickeln sollen; ein depressiv konnotiertes Zustandsbild liege erst seit 2016 vor. Aktuell könne von einer genuinen depressiven Episode, mittelgradig ausgeprägt, ausgegangen werden (Urk. 12/218/87). Es werde seitens der Beschwerdegegnerin angeführt, dass kein anhaltendes arbeitsrelevantes psychisches Leiden erkannt werden könne. Dagegen sei einzuwenden, dass sowohl emotionale Konflikte vorhanden seien, teilweise auch eine schwere depressive Symptomatik vorgelegen habe und auch ständige Forderungen nach medizinischen Untersuchungen ausgewiesen seien. Die Beschwerdeführerin sei infolgedessen in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt und die Einschränkung sei auf 50 % festzulegen. Diese Ansicht teilten auch die Behandler, wobei die Beschwerdeführerin medizinisch-theoretisch in der Lage wäre, kleinere Reinigungsarbeiten auszuführen. Erschwerend sei, dass sie im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung ein aggravierendes Verhalten gezeigt habe. Andererseits bestehe im sozialversicherungsrechtlichen Abklärungsverfahren naturgemäss eine gewisse Verdeutlichungstendenz. Fremdsprachige Personen, die sich abstrakt-verbal nicht richtig ausdrücken könnten, würden häufig auf verdeutlichende Darstellungen ausweichen. Gleichzeitig schätze sich die Beschwerdeführerin als komplett invalidisiert ein, dies vor allem infolge der psychosozialen und der Schmerzproblematik, was nicht nachvollzogen werden könne (Urk. 12/218/88).

Die Arbeitsfähigkeit könne allenfalls durch medizinische Massnahmen wie eine intensive antidepressive Behandlung mit psychotherapeutischen und auch medikamentösen Massnahmen und allenfalls durch einen stationären Aufenthalt stabilisiert werden. Ebenfalls wäre die Anbindung an eine Schmerzambulanz indiziert. Es sei jedoch von einer fortschreitenden Chronifizierung auszugehen, bei einer Versicherten mit wenig Veränderungsmotivation und einem geringen Ressourcenpotential (Urk. 12/218/95). 3.13. 4

Im Rahmen der Konsensbeurteilung (Urk. 12/218/110 ff.) hielten die Gutachterinnen fest, die Beschwerdeführerin verfüge über wenig Ressourcen, es bestehe wenig Veränderungsmotivation und sie habe keine berufliche Ausbildung. Es seien keine deutschen Sprachkenntnisse vorhanden. Sie sei bereits lange vom Arbeitsmarkt abwesend und alleinerziehend. Als Ressourcen könnten die Versorgung des Sohnes, Freizeittätigkeiten und die Besorgung des Haushaltes angesehen werden (Urk. 12/218/115). Die Konsistenzprüfung habe Hinweise auf eine Symptomausweitung beziehungsweise -verdeutlichung ergeben. Es hätten vor allem Diskrepanzen zwischen der Intensität und der Vagheit der Beschwerden bestanden, zudem zwischen dem erkennbaren klinischen Bild und den Ergebnissen der neuropsychologischen Tests einschliesslich spezieller

Beschwerdevalidierungstests. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe seit 2019 eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Aus neuropsychologischer Sicht habe aufgrund des aggravierenden Verhaltens keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen werden können. In angepassten Tätigkeiten, etwa leichten Reinigungstätigkeiten, könne von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % seit 2019 (vgl. Urk. 12/218/94) ausgegangen werden. Die Arbeitsfähigkeit könne allenfalls durch medizinische Massnahmen wie einer intensiven antidepressiven Behandlung auch mit medikamentösen Massnahmen und allenfalls durch einen stationären Aufenthalt stabilisiert werden. Es sei jedoch von einer fortschreitenden Chronifizierung auszugehen, bei wenig Veränderungsmotivation und einem geringen Ressourcenpotenzial (Urk. 12/218/116 f.). 3.1 4

Auf entsprechende Rückfrage des RAD (Urk. 12/220) hielt Dr. C.____ am 16. November 2023 (Urk. 12/229) fest, die Beschwerdeführerin weise eine nachhaltige psychische Störung auf, das funktionelle Niveau sei deutlich eingeschränkt (S. 2). Sie habe die Hauptsymptome einer depressiven Störung in soweit aufgewiesen, als dass sie bezüglich der Hauptkriterien eine gedrückte Stimmung in einem ungewöhnlichen Ausmass über die meiste Zeit des Tages habe. Sie habe einen Verlust von Interessen und Freude an normalerweise angenehmen Tätigkeiten sowie eine Verminderung des Antriebs und der Energie sowie eine erhöhte Ermüdbarkeit angegeben. Letztere habe zu einer Aktivitätseinschränkung geführt. Oftmals seien auch nach kleinen Anstrengungen eine deutliche Müdigkeit aufgetreten (S. 4). Als Nebenkriterien habe die Beschwerdeführerin eine Störung der Konzentration und Aufmerksamkeit, einen Verlust des Selbstwertgefühls oder des Selbstvertrauens, Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit sowie negative und pessimistische Zukunftsperspektiven aufgewiesen. Teilweise hätten auch Suizidgedanken, Selbstverletzung oder suizidale Handlungen, Schlafstörungen und verminderter Appetit bestanden. Es habe eine mittelgradige depressive Episode festgestellt werden können, eine Verdichtungstendenz schliesse das Vorliegen dieser Diagnose nicht aus (S. 5). Hinsichtlich der Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren hielt Dr. C.____ fest, die Beschwerdeführerin habe im Rahmen ihrer psychosozialen Belastungsproblematik mit einem erkrankten Sohn eine Stress- und Belastungssituation aufgewiesen. Sie sei gedanklich eingeengt, katasrophisiere bestimmte Krankheitsfolgen und sei emotional deutlich belastet. Auf diese Aspekte sei im Gutachten eingegangen worden. Es bestehe ein deutlich reduziertes Ressourcenpotential mit einer Rolle als Alleinerziehende, einer schwerwiegenden Erkrankung des Sohnes, Arbeitslosigkeit und begrenzter Integration. Diese Aspekte seien im Rahmen des neuropsychologischen Gutachtens nicht berücksichtigt worden, da es sich um eine Überprüfung der kognitiven Funktionen handle. Diesbezüglich sei von Aggravation ausgegangen worden. Die Aspekte beispielsweise einer maladaptiven Kognition hätten jedoch im Zusammenhang mit der affektiven Erkrankung nicht unberücksichtigt bleiben können. Diesbezüglich sei auf die anamnestischen Angaben und die Befunde im psychiatrischen Gutachten zu verweisen (S. 6). 3.1 5

Dr. R.____, RAD, hielt am 22. November 2023 (Urk. 12/241/11-13) fest, das interdisziplinäre Gutachten von Dr. C.____ und Dr. sc. hum. D.____ beantworte die gestellten Fragen, berücksichtige die beklagten Beschwerden und sei in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt worden. Es sei in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge weitgehend einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen würden in nachvollziehbarer Weise hergeleitet. Allerdings seien weder die Diagnosen noch die

Einschränkungen und die Arbeitsunfähigkeit klar nachzuvollziehen, wobei auch die Rückfragen keine Klärung erbracht hätten. Bezüglich der chronischen Schmerzstörung habe keine eigentliche Herleitung stattgefunden (Urk. 12/241/11). Die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode könne klar nicht nachvollzogen werden. Es würden Symptome aufgelistet, die weder abgefragt noch spontan geäußert worden seien. Die Inkonsistenzen und Diskrepanzen sowie die im neurologischen Gutachten genannte Aggravation sei nicht in die Überlegungen der psychiatrischen Beurteilung einbezogen worden (Urk. 12/241/12). Es frage sich generell, wie bei einem psychiatrischen Gutachten ein Gesundheitsschaden festgestellt werden könne, wenn Inkonsistenzen und zumindest bei der neuropsychologischen Untersuchung Aggravation vorlägen. Wie könne ein Gutachter unterscheiden, welche Beschwerden und welches Verhalten der Wahrheit entsprächen und welche nicht? Es seien sowohl eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren als auch eine Depression gemäss den entsprechenden ICD-10-Kriterien zu verneinen. Aus Sicht des RAD könne nicht auf das Gutachten abgestellt werden (Urk. 12/241/13). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin ging in somatischer Hinsicht von einer vollen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in jeder Tätigkeit im Zeitraum von Januar 2018 bis Januar 2019 aus (vgl. Urk. 2 S. 1). Dies ist durch die medizinischen Akten ausgewiesen: Dr. E.____ attestierte im Verlauf nach der Operation vom Januar 2018 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit als Reinigungskraft. Zudem war die Sitz- und Stehdauer auf eine halbe Stunde beschränkt, was die Möglichkeiten einer - auch angepassten - Tätigkeit stark einschränken dürfte. Dr. E.____ vermochte im Juli 2018 nicht zu beurteilen, inwiefern eine alternative Tätigkeit in Frage kommt, und empfahl diesbezüglich eine EFL

(Urk. 12/ 103/7-9 S. 2). Auch Dr. G.____ erachtete die Beschwerdeführerin noch im Juli 2018 in der angestammten Tätigkeit weiterhin als zu 100 % arbeitsunfähig, wobei eine angepasste Tätigkeit eventuell zumutbar sei (Urk. 12/119/66-69). Im Januar 2019 ging Dr. G.____ von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in angepassten Tätigkeiten aus (Urk. 12/90), jedoch konnte Dr. E.____ ebenfalls im Januar 2019 aufgrund der konsolidierten Spondylodese keine Schmerzursache mehr feststellen (Urk. 12/98 S. 1 unten f.). Dennoch ging Dr. G.____ im Juli 2019 davon aus, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der Schmerzen lediglich zu 50 % arbeitsfähig ist, wobei sie in gewissem Widerspruch dazu eine angepasste Tätigkeit als unmöglich erachtete (Urk. 12/103/2-5 Ziff. 1.3 , Ziff. 4.2). Im August 2019 war gemäss Dr. G.____ eine angepasste, sehr leichte Tätigkeit ohne Heben von Gewichten zu 40 bis 50 % zumutbar (Urk. 12/ 106 /1-5 Ziff. 4.2). Bei der Einschätzung durch Dr. G.____ hat das Gericht zusammen mit dem Umstand, dass Dr. G.____ Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Hausärztin der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 12/241/13) ist, der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Die umfassende Beurteilung durch die Ärzte des Medizinischen Gutachtens zentrums Region B.____ GmbH vom 11. November 2021 (vgl. vorstehend E.

3.11) basierte dagegen auf einer polydisziplinären Untersuchung und Abklärung der Beschwerdeführerin sowie auf der Durchführung einer EFL. Die Gutachter bestätigten aus somatischen Gründen eine volle Arbeitsunfähigkeit im Zeitraum von Januar 2018 bis

Januar 2019 für alle Tätigkeiten , in Übereinstimmung mit der Beurteilung von Dr. E.____ , der , wie dargelegt, im Januar 2019 keine Schmerzursache mehr feststellen konnte. Die Gutachter hielten fest, dass die Ursache der Schmerzen in der Lendenwirbelsäule und der abnormen Untersuchungsbefunde bei normaler Bildgebung unklar blieb. Eine neurale Kompression war nicht festzustellen und die Spondylodese zeigte sich weiterhin ossär konsolidiert. Die multiple Schmerzsymptomatik war organisch nicht erklärbar (Urk. 12/171/33). Die EFL ergab eine mässige Symptomausweitung, wobei das Beschreiben der Schmerzen und auch das Schmerzverhalten inadäquat, jedoch die Leistungsbereitschaft während der Tests gut gewesen war . Zudem zeigte die Laboruntersuchung eine mangelhafte Compliance hinsichtlich Schmerzmittel (Urk. 12/171/ 26). Gestützt auf diese Angaben besteht somit aus somatischer Sicht nach Ablauf der Wartefrist ab Februar 2019 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit , was dem Beginn eines Rentenanspruchs entgegen steht . Die se Einschätzung blieb denn auch seitens der Beschwerdeführerin unbestritten, rügte sie doch einzig die Beurteilung ihrer psychischen Beeinträchtigungen (vgl. Urk. 1 S. 6 f. Ziff. 17 ff.). 4.2

4.2.1

Die Beschwerdegegnerin bestreitet das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung und Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin und erachtet in diesem Zusammenhang weder das Gutachten des Medizinischen Gutachtenszentrums Region B.____ GmbH noch dasjenige von Dr. C.____ und Dr. sc. hum.

D.____ als beweiskräftig (Urk. 2) . 4.2.2

Es ist zunächst auf das von Dr. Q.____

verfasste psychiatrische Teilgutachten (Urk. 12/171/77-106) einzugehen. Dr. Q.____

ging im Zusammenhang mit den demonstrativen Hinweisen der Beschwerdeführerin auf ihre körperlichen Beschwerden von einer gewissen Aggravation aus und diagnostizierte nebst einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Im Zusammenhang mit der Schmerzsymptomatik sowie emotionalen Konflikten und psychosozialen Problemen hat sich gemäss Dr. Q.____

eine rezidivierende depressive Störung mit anfangs schwerer depressiver Episode und unter Therapie mit mittelgradigen depressiven Episoden entwickelt, die Dr. Q.____ als verselbständigt beurteilte (Urk.

12/171/99 -100). Die Arbeitsfähigkeit beträgt gemäss Dr. Q.____ seit Februar 2019 50 % in der angestammten Reinigungstätigkeit und 60 % in angepassten Tätigkeiten, wobei Dr. Q.____ unter adäquater Behandlung eine Verbesserung auf 70 % in angepassten Tätigkeiten als möglich erachtete (Urk.

12/171/105). Das psychiatrische Teilgutachten von Dr. Q.____

erging gestützt auf die Akten (Urk. 12/171/ 81 ff.) sowie die Erhebung der Anamnese (Urk. 12/171/85 ff.) und die Befunde (Urk. 12/171/92 ff.). Zudem führte Dr. Q.____ eine laborchemische Abklärung (Urk. 12/171/94) und eine Beurteilung anhand des Mini-ICF-APP durch (Urk. 12/171/95). Die Schlussfolgerungen wurden begründet und die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist fundiert, womit das Teilgutachten den Anforderungen an den Beweiswert eines Arztberichtes (vorstehend E. 1. 6) genügt. Die

Kritik von RAD-Ärztin Dr. R.____ , die kein anhaltendes arbeitsrelevantes psychisches Leiden erkennen konnte und der

Beschwerdeführerin ein Rentenbegehren vorhielt (Urk. 12/172/9-12) , ist weit gehend unbegründet :

So trifft es nicht unbesehen zu, dass sich die Beschwer deführerin erst nach der vorbescheidweisen Ablehnung von Leistungen im Oktober 2018 in psychologische Behandlung begab. Soweit Dr. R.____ der Beschwerdeführerin damit unterstellt, unglaubliche Angaben zu machen, kann dem nicht gefolgt werden . Denn wie dem Schreiben von S.____ , Bereichsleiterin Beratungsstelle für Migrantinnen, vom 14. Februar 2022 (Urk. 12/183) zu entnehmen ist, bestanden bereits im November 2017 aufgrund der im Jahr 2016 und 2017 erlittenen häuslichen Gewalt psychische Beschwerden (S. 1) . Im Zusammenhang mit der Tumorerkrankung des damals fünfjährigen Sohnes der Beschwerdeführerin bestanden anschliessend erneut psychische Beschwerden, die im August 2018 zur intensiven Suche nach einer Psychotherapeutin führten (S. 2), welche jedoch erst im Februar 2019 erfolgreich war (Urk. 12/114/1). Dr. R.____ erachtete weiter die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerz störung als nicht erfüllt, da die Krebserkrankung des Sohnes der Beschwerde führerin im März 2018 und der gewalttätige Partner, von dem sie sich bereits 2017 getrennt habe, nicht als emotionale Konflikte

im Sinne der ICD-10-Kriterien interpretiert werden können . Gemäss den von ihr zitierten ICD-10-Kriterien für die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (Urk. 12/172/10) tritt jedoch ein anhaltender, schwerer und quälender Schmerz in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auf, denen die Hauptrolle für den Beginn, Schweregrad die Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukommt. Dr. R.____ erläuterte nicht, weshalb die genannten Ereignisse nicht als psychosoziale Faktoren gemäss der ICD-Definition in Frage kommen. Dass gemäss Dr. R.____ die Beschwerdeführerin zudem trotz Rentenantrages in Spanien im Jahr 2016 in die Schweiz eingereist sei, obwohl sie hier keine engen Beziehungen habe, und dies gemäss Dr. R.____ auffällig und inkonsistent sei, wurde ebenfalls entkräftet, berichtete die Beschwerdeführerin doch gegenüber Frau S.____ , dass sie 2016 in die Schweiz gezogen sei, da sie mit ihrem damaligen Partner habe zusammenleben wollen . Dass weiter gemäss Dr. R.____

die Schmerzen überall im Körper anlässlich der Begutachtung nicht hätten nachvollzogen werden können, bezog Dr. Q.____ im Rahmen der Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung

gerade in seine Beurteilung mit ein . Wohl zutreffend ist einzig die Kritik von Dr. R.____ , wonach mangels früher ausge wiesener depressiver Episoden und mindestens einer Remission nicht von einer rezidivierenden depressiven Störung gesprochen werden kann. Das vermag jedoch den Beweiswert des Gutachtens nicht umzustossen, denn rechtsprechungs gemäss kommt es für die Belange der Invalidenversicherung nicht auf die Diagnose an , sondern einzig darauf, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 ; Urteil des Bundesgerichts 9C_524/2020 vom 23. November 2020 E. 5.1). Von einer

Diagnose kann denn auch nicht direkt auf die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit geschlossen werden (BGE 145 V 215 E. 6.1) . Eine genügende Würdigung der Standardindikatoren (dazu nachfolgend E. 4.3)

fand im Übrigen nicht statt, obwohl das Teilgutachten von Dr. Q.____ eine solche ermöglicht hätte (vgl. Urk. 12/171/99-10 4). 4. 2. 3

In der Folge holte die Beschwerdegegnerin ein weiteres psychiatrisch-neuro psychologisches Gutachten ein , obwohl nach dem Gesagten das polydisziplinäre Gutachten vom 11. November 2021 die praxisgemässen Anforderungen an eine medizinische Expertise erfüllt . Hierzu ist festzuhalten, dass die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs von Amtes wegen durchzuführenden Abklärungen nach Art. 43 ATSG nicht das Recht des Versicherungsträgers

beinhalten , eine « second opinion » zu dem bereits in einem Gutachten festgestellten Sachverhalt einzuholen, wenn dieser nicht seinen Vorstellungen entspricht (BGE 141 V 330 E. 5.2). Entscheidend für die Frage, ob weitere Abklärungen angeordnet werden können und müssen, ist, inwieweit die bereits vorliegenden Gutachten die praxisgemässen inhaltlichen und beweismässigen Anforderungen erfüllen (Urteil des Bundesgerichts 9C_57/2019 vom 7. März 2019 E. 3.2). 4. 2. 4

Das bidisziplinäre Gutachten von Dr. C.____ und Dr. sc. nat .

D.____ vom 26. Juni 2023 (Urk. 12/218) erfüllt ebenfalls die praxisgemässen Anforderungen an eine medizinische Expertise: Es erging unter Berücksichtigung der Akten und sorgfältiger Erhebung der Anamnese und Befunde, ist für die streitigen Belange umfassend und ausführlich begründet. Die Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge ist nachvollziehbar und schlüssig. Davon ging auch Dr. R.____ aus , machte jedoch geltend, dass weder die Diagnosen noch die Einschränkungen und die Arbeitsunfähigkeit klar nachzuvollziehen seien. So sei die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung nicht hergeleitet worden (vgl. Urk. 12/241/11) . Dazu ist erneut festzuhalten, dass es in invalidenversicherungsrechtlicher Hinsicht nicht auf die Diagnose ankommt , sondern einzig darauf, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat . Anders als Dr. R.____ ausführte, hat Dr. C.____ zudem erläutert, dass die Beschwerdeführerin eine ausgedehnte körperliche und Schmerzsymptomatik aufweist mit Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer vorgängiger Ergebnisse. Die chronische Schmerzstörung bestehe als Schmerzen in mehreren körperlichen Regionen, deren Ausgangspunkt in einem organischen Prozess gelegen habe. Aufgrund der ihrer Ansicht nach auch teilweise organischen Genese ging Dr. C.____ von einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren aus (Urk. 12/218/87) und beurteilte die psychosoziale Belastung der Beschwerdeführerin als Stress- und Belastungssituation gemäss der von Dr. R.____ genannten Kriterien (vgl. Urk. 12/229/5-6 in Verbindung mit Urk.

12/241/11 und Urk. 12/220).

Weiter erachtete Dr. R.____ die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode als klar nicht nachvollziehbar ; es würden Symptome aufgelistet, die weder abgefragt noch spontan geäussert worden seien (Urk. 12/241/12). Dies entspricht nicht der Aktenlage: Gegenüber Dr. C.____ gab die Beschwerdeführerin an, dass sie sich «kaputt» fühle, durchgehend traurig sei und nicht schlafen könne, keine Hoffnung habe und lustlos sei .

Es gebe Momente, in denen sie vor einen Zug springen wolle, sie sei verzweifelt, weil sie kein normales Leben führen könne, und was sie an einem Selbstmord hindere, sei ihr Sohn. Zudem habe sie wegen des Ex-Partners Angst, müsse sich auf der Strasse umschaun und

schlafe nur mit Licht (Urk. 12/218/70). Dr. C.____ erhob ausführliche eigene Befunde (Urk. 12/218/89) und führte eine Beurteilung anhand des Mini-ICF-APP durch (Urk. 12/218/83). Im Rahmen ihrer ergänzenden Stellungnahme wies Dr. C.____ erneut auf die Befunde hin (Urk. 12/229 S. 4-5). Entgegen der Darstellung von Dr. R.____ (Urk. 12/241/ 12) nahm Dr. C.____

auch Stellung zu den Resultaten der neuropsychologischen Begutachtung, indem sie festhielt, die Beschwerdeführerin habe ein aggravierendes Verhalten gezeigt, was erschwerend sei. Dr. C.____ wies aber auch darauf hin, dass eine gewisse Verdeutlichungstendenz im Abklärungsverfahren naturgemäss besteht, gerade bei fremdsprachigen Personen, und berücksichtigte diesen Umstand bei ihrer Zumutbarkeitsbeurteilung (Urk. 12/218/88). Die neuropsychologische Begutachtung betrifft gemäss Dr. C.____ die kognitiven Funktionen (Urk. 12/229 S.

6) und liefert Zusatzbefunde (Urteil des Bundesgerichts 8C_624/2017 E. 9.1). Lege artis erhobene psychiatrische Diagnosen müssen grundsätzlich nicht per se in Frage gestellt werden, wenn unverwertbare Resultate der neuropsychologischen Abklärung vorliegen. Vielmehr ist dies im Rahmen der Konsistenzprüfung zu beurteilen, wozu

Dr. C.____ Stellung nahm (Urk. 12/218/116 Ziff. 4.6). Der

grundsätzlichen Frage von Dr. R.____, wie ein Gutachter unterscheiden könne, welche Beschwerden der Wahrheit entsprechen und welche nicht, und wie bei einem psychiatrischen Gutachten ein Gesundheitsschaden festgestellt werden könne, wenn Inkonsistenzen und bei der neurologischen Begutachtung Aggravation vorliegen (Urk. 12/241/13), ist entgegenzuhalten, dass die medizinische Folgenabschätzung notgedrungen eine hohe Variabilität aufweist und unausweichlich Ermessenszüge trägt. Die psychiatrische Exploration eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und rechtlich zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (BGE 145 V 361 E. 4.1.2 mit Hinweisen).

Wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen bildet – gegebenenfalls neben standardisierten Tests – die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts 8C_127/2022 vom 8. Juli 2022 E. 5.2.2 mit Hinweisen), welche Abklärungen die Expertin vorgenommen hat. Die ärztliche Beurteilung weist von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge auf, die auch den Rechtsanwender begrenzen (BGE 145 V 361 E. 4.3). Im Übrigen wäre es Dr. R.____ unbenommen gewesen, bei Zweifeln an den vorhandenen Gutachten eine eigene Untersuchung der Beschwerdeführerin vorzunehmen. 4.2.5

Gemäss polydisziplinärem Gutachten besteht aufgrund der psychiatrischen Diagnosen in der angestammten Tätigkeit als Reinigungskraft seit Februar 2019 bei voller Stundenpräsenz eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und in angepassten Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 60 %. Unter intensivierter Behandlung und in Abhängigkeit der Erkrankung des Sohnes ist mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten auf 70 % zu rechnen (Urk.

12/171/34). In weitgehender Übereinstimmung damit attestierte Dr. C.____

eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in der Reinigung seit 2019 (Urk. 12/218/93). In einer leidensangepassten Tätigkeit

bescheinigte sie ebenfalls seit 2019 eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (Urk. 12/218/94). Davon ist auszugehen. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung unterliegt jedoch jede gutachterliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit durch den medizinisch-psychiatrischen Sachverständigen der (freien) Überprüfung durch die rechtsanwendende Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) im Lichte von BGE 141 V 281 und der seither ergangenen, das Konzept auf alle psychischen und psychosomatischen Krankheiten ausweitenden Urteile (BGE 148 V 49 E. 6.2.1). 4.3

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, 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).

Eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten lässt sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann (BGE 148 V 49 E. 6.2.2 mit Hinweis).

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).

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). 4.4

Die Kategorie des funktionellen Schweregrads beschließt die Frage, wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen beeinträchtigt ist. Diese Kategorie überschneidet sich dabei teilweise mit den fachärztlichen Angaben zur Diagnosestellung. Grundsätzlich ist nur eine schwere psychische Störung invalidisierend im Rechtssinn (BGE 148 V 49 E. 6.2.2).

Dr. Q.____ diagnostizierte eine mittelgradige depressive Episode und ging anhand des Mini-ICF-APP von einer mittelgradigen Beeinträchtigung aus (Urk.

12/171/95 ; Urk. 12/171/ 100) , ebenso Dr. C.____ (Urk. 12/218/83; Urk. 12/218/91; Urk. 12/218/115). Damit ist von einer mittelgradigen Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde auszugehen. Als psychische Komorbidität besteht die anhaltende somatoforme Schmerzstörung beziehungsweise die chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren. Hinsichtlich Behandlungs- und Eingliederungserfolg beziehungsweise -resistenz ist festzuhalten, dass sowohl die Gutachterin und der Gutachter als auch die behandelnden Therapeuten Dr. L.____ und Psychologe M.____ noch ein Behandlungspotential sehen :

Die behandelnden Therapeuten schlugen - aufgrund der fehlenden Kinderbetreuung allerdings erfolglos

- eine stationäre Behandlung vor (Urk. 12/114 S. 2).

Dr. Q.____

hielt fest, es sei eine regelmässige psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, kombiniert mit einer ausreichend dosierten antidepressiv-schmerzlindernden Medikation zu empfehlen, wobei idealerweise eine stationäre Behandlung durchgeführt werden könnte , was zu einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit führen würde (Urk. 12/171/105). Die therapeutischen Optionen seien bisher nicht ausgenutzt (Urk. 12/171/101). Dr. C.____ legte dar, dass keine störungsspezifische Psychotherapie stattfindet, so dass nicht von einer Ausschöpfung der therapeutischen Möglichkeiten ausgegangen und auch keine Therapieresistenz angenommen werden könne. Auch habe bis anhin keine stationäre Behandlung stattgefunden . Dr. C.____ erachtete die Prüfung weiterer medikamentöser Massnahmen als sinnvoll, wies allerdings hinsichtlich der Hepatopathie auf die Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit auf interdisziplinärem Gebiet hin (Urk. 12/218/92). Durch medizinische Massnahmen wie eine intensive antidepressive Behandlung mit psychotherapeutischen und auch medikamentösen Massnahmen und allenfalls durch einen stationären Aufenthalt könne die Arbeitsfähigkeit allenfalls stabilisiert werden (Urk. 12/218/95) . Mithin sind die Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft.

Zum Komplex Persönlichkeit ist den Gutachten zu entnehmen, dass keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsakzentuierung oder -störung und keine entsprechenden Auffälligkeiten bestehen (Urk. 12/171/99; Urk. 12/218/86 Ziff. 6.1.1 ; Urk. 12/218/115 Ziff. 4.4). Die persönlichen Ressourcen umfassen gemäss Dr. Q.____ die Versorgung des Sohnes, die Verrichtung des Haushaltes, die Fähigkeit , Termine einzuhalten, Kochen, Lesen und Spazieren, eventuell Malen und der Versuch , Deutsch zu lernen. Es liessen sich wenige soziale Kontakte erheben und die Beschwerdeführerin zeigte eine gewisse Motivation und Interessen. Als Belastungen bestehen die psychosozialen Faktoren mit Arbeitslosigkeit, Abhängigkeit vom Sozialamt und die Erkrankung des Sohnes (Urk.

12/171/104). Nach eigenen Angaben steht die Beschwerdeführerin um 7 Uhr auf, weckt ihren Sohn, macht Frühstück und bereitet den Sohn für die Schule vor, danach beschäftigt sie sich im Haushalt, kocht vor und nimmt eventuell Termine wie Physiotherapie wahr. Nachmittags hat sie entweder Termine

oder sie liest, geht spazieren und malt eventuell. Abends betreut sie den Sohn bei den Hausaufgaben. Nachdem er im Bett ist, lernt sie Deutsch oder malt. Sie hat seit zwei Monaten wenige soziale Kontakte, nachdem vorher Kontakte mit Bekannten und Kolleginnen sowie zwei bis drei Freundinnen bestanden hätten (Urk.

12/171/91 ; Urk. 12/218/77 ; Urk. 12/218/100). Dr. C.____

fand

klinisch keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsakzentuierung (Urk. 12/218/79) und keine Auffälligkeit hinsichtlich der Persönlichkeit (Urk. 12/218/86 ; Urk. 12/218/115 Ziff. 4.4). Hinsichtlich Ressourcen nannte Dr. C.____ familiäre Kontakte, als Belastungen bestehen das Nichterreichen beruflicher Ziele, kein zielgerichtetes Handeln und Verhalten, kein Ehrgeiz und keine Ausdauer, keine Ziele, Hoffnung und fehlende ökonomische Stabilität sowie massgeblich reduzierte Ressourcen in den Bereichen Coping, Selbstwirksamkeit und Selbstbeobachtung (Urk.

E. 12

/218/93). Die Beschwerdeführerin besucht zwei Mal wöchentlich die Physiotherapie, hat te vor, eine Ergotherapie zu besuchen, malt manchmal mit dem Sohn, bis sie aufgrund der Schmerzen aufhören muss. Sie malt gerne (Urk.

12/218/70). Sie erfährt Unterstützung durch Freundinnen. Einmal wöchentlich geht sie zur psychologischen Therapie. Die Deutschkurse hat sie verlassen (Urk. 12/218/71). Sie verfügt gemäss Dr. C.____ über wenig Ressourcen, als solche betrachtete sie die Versorgung des Sohnes, Freizeittätigkeiten und die Besorgung des Haushalts (Urk. 12/218/115 Ziff. 4.5). Die Beschwerdeführerin bekommt am Washtag Hilfe des Sohnes. Nachmittags geht sie spazieren, aber maximal 20 Minuten, dann muss sie sich wieder ausruhen. Am Abend schaut sie fern (Urk. 12/218/100). Obwohl nach dem Gesagten

vergleichsweise wenige Ressourcen vorliegen, so zeigt sich aus dem geschilderten Tagesablauf doch ein gutes Funktionsniveau, indem die Beschwerdeführerin sich zuverlässig um ihren Sohn und den

Haushalt wie auch um die Einhaltung ihrer Termine kümmern, Hobbies nachgehen und Kontakte pflegen kann.

Im sozialen Kontext bleiben soziale Belastungen (wie vorliegend Arbeitslosigkeit und Abhängigkeit vom Sozialamt mit fehlender finanzieller Stabilität) ausgeklammert, soweit sie direkte negative Folgen haben (BGE 141 V 281 E. 4.3.3). Dem trug Dr. Q.____ Rechnung (vgl. Urk. 12/171/100), während Dr. C.____ sich zum sozialen Kontext im Rahmen der Standardindikatoren nicht äusserte.

Hinsichtlich des beweisrechtlich entscheidenden verhaltensbezogenen Aspekts der Konsistenz ist zunächst festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin selbst sich aufgrund der organisch nicht erklärbaren - Schmerzsymptomatik und damit nicht aufgrund der psychiatrischen Beeinträchtigung im engeren Sinne für nicht arbeitsfähig hält (Urk. 12/171/92). Dr. Q.____ wies darauf hin, dass keine gleichmässige Einschränkung des

Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen besteht. Die Beschwerdeführerin geht keiner beruflichen Tätigkeit nach und fühlt sich auch nicht arbeitsfähig, zeigt jedoch die verschiedenen vorgenannten regelmässigen Aktivitäten im Tagesablauf. Dr. Q.____ erachtete die berichteten Beschwerden dennoch als weitgehend konsistent und plausibel und die Untersuchungsergebnisse als nachvollziehbar (Urk. 12/171/102). Die Beschwerdeführerin schätzte sich vor allem in Folge der psychosozialen Problematik und der Schmerzproblematik als komplett invalidisiert ein, was Dr. C.____ nicht nachvollziehen konnte (Urk. 12/218/88). Die Beschwerdeführerin gab anlässlich der Begutachtung durch Dr. C.____ an, ständig unter Schmerzen zu leiden, mit einem Wert von 8 auf der visuellen Analogskala (entsprechend einem sehr starken Schmerz), und mutete demonstrativ leidend an, sass jedoch über einen längeren Zeitraum sehr ruhig in einem Stuhl (Urk.

12/218/77). Dr. C.____ erkannte Hinweise auf eine Symptomausweitung, es bestanden vor allem Diskrepanzen zwischen der Intensität und der Vagheit der Beschwerden sowie dem erkennbaren klinischen Bild und den Ergebnissen der neuropsychologischen Testung (Urk. 12/218/116). Die Beschwerdeführerin

berichtete über starke Schmerzen, wirkte jedoch nicht manifest schmerzgequält (Urk. 12/218/89). Die neuropsychologische Abklärung liess auf Aggravationsverhalten schliessen, insbesondere entsprachen die eklatanten mnestischen Funktionsverluste bei den Symptomvalidierungstests nicht dem im Gespräch -

wo eine unauffällige Auffassung, Konzentration und Ausdauer festzustellen waren (Urk. 12/218/101) -

gewonnenen Eindruck, es fielen Inkonsistenzen bei der Bearbeitung unterschiedlicher Tests auf und die verlangsamten Reaktionszeiten hatten eine Variabilität, die physiologisch nicht erklärbar war (Urk.

12/218/106). Einen Leidensdruck erachteten Dr. Q.____ und Dr. C.____ als gegeben (Urk. 12/171/102; Urk. 12/218/86), jedoch ist ein behandlungsanamnestischer Leidensdruck angesichts des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin nicht alle therapeutischen Optionen ausschöpft, zu verneinen.

Insgesamt ist die Konsistenz zu verneinen. 4.5

Die Gesamtwürdigung der vorhandenen Angaben zeigt, dass zwar eine mittelgradige Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und eine Komorbidität besteht, eine Behandlungsresistenz jedoch zu verneinen ist. Eine Persönlichkeitsstörung oder -akzentuierung besteht nicht und es sind Ressourcen vorhanden. Die Schilderung des Tagesablaufes lässt nicht auf eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen Bereichen schliessen, im Gegenteil ist die Beschwerdeführerin fähig, selbständig ihren Haushalt zu führen, ihren Sohn zu versorgen und zuverlässig alle Termine wahrzunehmen. Ein behandlungsanamnestischer Leidensdruck ist angesichts der fehlenden Ausschöpfung der Therapieoptionen zu verneinen. Beweisrechtlich entscheidend sind die Gesichtspunkte des Verhaltens im Rahmen der Frage der Konsistenz, die vorliegend zu verneinen ist.

Die rechtsanwendenden Behörden können aus triftigen Gründen von den Angaben der medizinischen Fachpersonen abweichen. Solche liegen vor, wenn die medizinisch-psychiatrische Annahme einer Arbeitsunfähigkeit unter dem entscheidenden Gesichtswinkel von Konsistenz und materieller Beweislast der versicherten Person zu

wenig gesichert ist und insofern nicht überzeugt (BGE 145 V 361 E. 4.3). 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 wie vorliegend an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (vgl. vorstehend E. 1.5).

Nach dem Gesagten rechtfertigt es sich deshalb, von der gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abzuweichen. Eine Arbeitsunfähigkeit und ein invalidisierender Gesundheitsschaden sind mithin zu verneinen. 4. 6

Nach dem Gesagten erweist sich der angefochtene Entscheid als rechtsens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 5.

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