

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00216 vom 29. November 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-11-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00216

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00216 du 29 novembre 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00216 del 29 novembre 2024

Erwägungen

E. 1

. Juli 2021 meldete sich die Versicherte bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Hinweis auf eine vom 1. Januar 2021 bis 30. Juni 2021 bestehende Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 6/22/5 Ziff. 4.3) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 6/22). Anlässlich des Erstgesprächs vom 20. September 2021 führte die Versicherte aus, sie leide an einer Depression, an chronischen Entzündungen und Migränen und habe Hauttumore (Urk. 6/27/2 oben). Die IV-Stelle tätigte sowohl beruflich-erwerbliche als auch medizinische Abklärungen. Da die Versicherte am 5. Januar 2022 berichtete, sie fühle sich nicht bereit für Eingliederungsmassnahmen (Urk. 6/34), wurde gleichentags mitgeteilt, Eingliederungsmassnahmen würden nicht durchgeführt und es werde der Rentenanspruch geprüft (Urk. 6/35). Hierzu holte die IV-Stelle weitere ärztliche Berichte ein (Urk. 6/36, Urk. 6/38) und legte die Akten dem regionalen ärztlichen Dienst (RAD), Dr. med. Y.____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Dr. med. Z.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, zur Beurteilung vor (Urk. 6/45/5-9). Nach Erlass des Vorbescheids vom 8. November 2022 (Urk. 6/46) erhoben die Sozialen Dienste der Stadt Winterthur am 10. November 2022 Einwand (Urk. 6/47, mit ergänzender Begründung vom 9. Dezember 2022 [Urk. 6/49]). In der Folge tätigte die IV-Stelle weitere Abklärungen und veranlasste eine psychiatrische/neuropsychologische Begutachtung der Versicherten (Urk. 6/59). Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete das Gutachten am 8. November 2023 (Urk. 6/67), unter Einbezug des neuropsychologischen Untersuchungsberichts von lic. phil. B.____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, vom 2. November 2023 (Urk. 6/68). Den sozialen Diensten der Stadt Winterthur wurde am 12. Januar 2024 Gelegenheit zur Stellungnahme eingeräumt (Urk. 6/72); diese liessen sich indes nicht vernehmen. Die behandelnde Ärztin, Dr. med. C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, machte mit Eingabe vom 14. Februar 2024 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Versicherten geltend (Urk. 6/73). Mit Verfügung vom 27. Februar 2024 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren wie vorbeschrieben ab (Urk. 2 = Urk. 6/75).

E. 1.1

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

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz. 1008 des Kreisschreibens 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 202

E. 1.2

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

E. 1.3

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

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

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

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Eine Rente nach Abs. 1 wird 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 wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50-69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad unter 50 % (beziehungsweise von 40-49 %) gelten

prozentuale Anteile von 25 bis 47.5 % (Abs. 4).

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, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1.

E. 2

Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend ebenfalls frühestens ab diesem Datum in Betracht fällt (bei einer Anmeldung am 1. Juli 2021 [Urk. 6/22]), sind die ab 1. Januar 2022 gültigen Rechtsvorschriften anwendbar.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung vom 27. Februar 2024, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht Einschränkungen ausgewiesen seien, welche sich erheblich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Auch die Begutachtung in den Bereichen Psychiatrie und Neuropsychologie habe zu keinem anderen Ergebnis geführt (Urk. 2, vgl. auch Urk. 11).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber in ihrer Beschwerde vom 21. März 2024 (Urk. 1/2) geltend, es liege bei ihr ein grosser Gesundheitsschaden vor. Es bestünden eindeutige Diagnosen, die eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründeten. Zusätzlich habe sie seit Oktober 2023 weitere Beschwerden mit starken Sprachstörungen. Die Untersuchungen sowie Behandlungen seien noch nicht abgeschlossen. Mit diesen Sprachstörungen bestünden keine oder nur eingeschränkte Möglichkeiten, berufstätig zu sein. Sie könne Worte nicht finden und auch nicht richtig aussprechen, es sei wie eine Lähmung. Wegen der anhaltenden Sprachstörungen werde eine erneute neuropsychologische Untersuchung in der integrierten Psychiatrie D.____ durchgeführt. Die Wartezeiten dafür seien jedoch sehr lang (bis fünf Monate). 3.

3.1

Die relevante medizinische Aktenlage präsentiert sich wie folgt: 3. 2

Im Austrittsbericht der Klinik E.____ vom 16. Juni 2021 (Urk. 6/33/31-43) wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt (Urk. 6/33/31): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode (ICD10: F33.1) - Neurofibromatose Typ 1 - Spondylosen L2-L4 mit chronischen Rückenschmerzen - chronische Refluxerkrankung - Laktoseintoleranz - Status nach Pankreatitis - Allergien (Nüsse, Äpfel) Im Bericht wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin sei zur multimodalen psychosomatischen Behandlung aufgenommen worden, wovon sie aber nur begrenzt profitiert habe. Es sei zu keiner relevanten Besserung der Schmerzsymptomatik gekommen (Urk. 6/33/33). Es werde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 25. Mai 2021 bis 4. Juli 2021 attestiert. Es werde eine berufliche Re-Integration mit einem reduzierten Arbeitspensum, z.B. maximal 20-30 %, empfohlen. Eine berufliche Tätigkeit ohne körperliche Belastung sei aus medizinischer und therapeutischer Sicht anzuraten (Urk. 6/33/34). 3. 3

Die Ärzte des Rheumazentrums F.____

fürten in ihrem Bericht vom 22. Oktober 2020 die Diagnose femoropatelläres Schmerzsyndrom beidseits, links mehr als rechts, auf, bei Valgusbeinachse rechts 10° und links 2° sowie muskulärer Insuffizienz der Quadrizepsmuskulatur bei allgemeiner Dekonditionierung

(Urk. 6/33/59 f.; vgl. auch Urk. 6/33/62 f.). In ihren Berichten vom 9. September 2021 (Urk. 6/33/23 f.) und 1. Oktober 2021 (Urk. 6/33/17 f.) stellten die Ärzte des Rheumazentrums F.____ die Diagnosen (1) chronisches Panvertebralsyndrom und (2) Neurofibromatose Typ 1. Die MR-Untersuchungen ergäben keine entzündlichen Veränderungen der BWS, LWS und des ISG, es zeigten sich keine Knochenmarksödeme und auch keine Kontrastmittelanreicherungen. Es werde primär eine physikalische Therapie mit Aufbau der Rumpfmuskulatur im Rahmen einer medizinischen Trainingstherapie empfohlen. Im Bericht des Rheumazentrums F.____ vom 2. März 2022 wurde unter Nennung der bekannten Diagnosen festgehalten, bei der Beschwerdeführerin bestehe in einer angepassten, wechselbelastenden Tätigkeit sitzend mit der Möglichkeit zum Positionswechsel keine Einschränkung aus rheumatologischer Sicht (Urk. 6/38). 3. 4

Der Hausarzt Dr.

med.

G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte in seinem Bericht vom 1. Januar 2022 (Urk. 6/33/1-7) als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit die folgenden (Urk. 6/33/4): - chronisches Panvertebrales Schmerzsyndrom - rezidivierende depressive Störung - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und abhängigen Zügen - Status nach Suizidversuch mit Tabletten - Status nach Psychopharmakanebenwirkungen (siehe Bericht Frau Dr. C.____ 26.3.2021) - psychosoziale Belastungsfaktoren - Neurofibromatose Typ

1 Dr. G.____ erachtete eine angepasste Tätigkeit während mindestens 2-4 Stunden pro Tag unter Stabilisierung der Vorerkrankungen als zumutbar, unter Berücksichtigung einer Leistungsreduktion von 30%. Die Prognose sei gut. Faktoren, welche einer Eingliederung im Wege stünden, seien die Psyche und die psychosozialen Belastungsfaktoren (Urk. 6/33/7). 3. 5

In ihrem Bericht vom 7. Oktober 2021 (Urk. 6/29) stellte Dr. C.____ die folgenden Diagnosen aus dem Fachbereich der Psychiatrie (Urk. 6/29/4): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode (ICD10: F33.1) - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und abhängigen Zügen, mehrfache Suizidversuche (ICD10: F61) - Traumaerfahrung in der früheren Ehe und in Beziehungen mit Stalking Sie führte sodann aus, aufgrund der Chronifizierung der psychischen Erkrankung sowie der weiteren Erkrankungen müsse auch in Zukunft mit Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden. Wie weit eine regelmäßige Teilarbeitsfähigkeit aufgebaut werden könne, zum Beispiel mit einem Arbeitspensum von 30-50%, sollte im Verlauf abgeklärt werden (Urk. 6/29/5). Die Beschwerdeführerin habe leichte Beeinträchtigungen bei der Fähigkeit, sich an Regeln und Routinen anzupassen. Sie könne nicht alle Termine wahrnehmen, müsse sich krank melden, wenn es wegen ihrer psychischen oder körperlichen Beschwerden nicht gehe, und könne auch nicht alle Termine mit ihren Kollegen wahrnehmen. Sie sei aufgrund der Antriebsstörungen mittelgradig beeinträchtigt bei der Fähigkeit zum Planen und Strukturieren von Aufgaben. Alltagstätigkeiten müssten in Etappen durchgeführt oder auf andere Tage verschoben

werden. Zu ein oder zwei Kollegen besteht guter Kontakt, auch zur Ursprungsfamilie. Sonst sei die Beschwerdeführerin aber sehr isoliert, gehe zeitweise tagelang nicht aus dem Haus wegen Ängsten (Urk. 6/29/6; vgl. auch Urk. 6/33/19 f.). Dr. C.____ hielt in ihrem Bericht vom 19. Januar 2022 fest, die Beschwerde führerin sei weiterhin wegen ihrer emotionalen Instabilität sowie der depressiven Symptomatik in Behandlung und in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (Urk. 6/36). 3.

E. 2.2.2

und BGE 127 V 294 E.

5a). Vorliegend kann nicht so weit gegangen werden, einen Rentenanspruch aufgrund aggravatorischen Verhaltens von vornherein auszuschliessen. Der begutachtende Psychiater konnte bei der Beschwerdeführerin im Rahmen seiner eigenen Untersuchungen keine Aggravation feststellen, was sich aufgrund der schwierigen Überprüfbarkeit subjektiver Schilderungen im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung denn auch als schwierig erweist. Zu Recht wies er aber darauf hin, dass er über die Intelligenz der Beschwerdeführerin lediglich eine Vermutung anstellen könne. Sichere Angaben seien aber nicht möglich, weil einerseits nicht klar sei, ob die Beschwerdeführerin bei der neuropsychologischen Voruntersuchung wirklich mitgewirkt habe, und weil bei der aktuellen Untersuchung eine nicht authentische neuropsychologische Symptomproduktion festgestellt worden sei. Es liessen sich damit auch keine anderen aus neuropsychologischer Sicht bestehende n Einschränkungen begründen (Urk. 6/67/68 f.). Diese Schlussfolgerung ist korrekt und auch aus beweisrechtlichen Gründen zulässig. Gemäss BGE 142 V 106 E.

4.4 sind bei psychischen Leiden die geltend gemachten Funktionseinschränkungen anhand einer sorgfältigen Plausibilitätsprüfung zu bestätigen oder zu verwerfen. Die materielle Beweislast für eine Invalidität liegt bei der versicherten Person (Urteil des Bundesgerichts 8C_491/2023 vom 25. März 2024 E. 4.3.3) . Ein

an derer Nachweis für eine neuropsychologische Einschränkung als durch eine neuropsychologische Untersuchung besteht nicht . Da die Beschwerdeführerin diesen Nachweis durch eine nicht authentische Symptomproduktion verunmöglicht e , hat sie nun auch die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen . Zwar stellte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde vom 21. März 2024 einen Bericht über eine erneute neuropsychologische Untersuchung in der integrierten Psychiatrie D.____ in Aussicht, wobei die Wartezeiten bis zu fünf Monate betrügen (Urk. 1/2). Bis dato wurde jedoch kein Bericht eingereicht. Damit sind neuropsychologische Einschränkungen nicht erstellt, und es bestehen darüber hinaus auch keine Anhaltspunkte für das Bestehen solcher Einschränkungen. Der Beschwerdeführerin gelang es jedenfalls, während dreier Jahre (vom 27. August 2001 bis 31. Oktober 2004) eine Tätigkeit im Pflegebereich mit einem Brutto-Jahreslohn von rund Fr. 47'600.-- auszuüben (Urk. 6/28/1, Urk. 6/67/41), wobei ihr ein gutes Arbeitszeugnis ausgestellt wurde (Urk. 6/54/5). Auch das Arbeitszeugnis vom 1. November 2011 betreffend eine Stelle als Verkäuferin in einem Tankstellenshop vom 16. Mai 2010 bis 31. Oktober 2011 lässt nicht erkennen, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Tätigkeit wegen verminderter Intelligenz eingeschränkt gewesen wäre. Im Arbeitszeugnis wurde unter anderem fest gehalten, die Beschwerdeführerin erziele durch ihre überdurchschnittliche Einsatzbereitschaft qualitativ und quantitativ gute Leistungen. Sie verfüge über ein ausgesprochen hohes Qualitätsbewusstsein. Ihre Leistungsbereitschaft und ihre Verlässlichkeit hätten die Erwartungen bei Weitem übertroffen. Mit ihren Leistungen

sei man voll und ganz zufrieden gewesen (Urk. 6/54/4). 4.2. 4

Der begutachtende Psychiater führte sodann aus, zum Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung sei die Grundstimmung der Beschwerdeführerin euthym bis höchstens diskret zum depressiven Pol hin verschoben gewesen, die affektive Modulationsfähigkeit sei höchstens diskret eingeschränkt gewesen. Teilweise habe kurzzeitig themenbezogen eine Neigung zum Weinen bestanden. Gelegentlich sei sie hoffnungslos, ab und zu deprimiert, «es sei einfach gemischt». Sie habe gute und schlechte Tage, sie könne auch Freude empfinden. Damit seien die Kriterien einer depressiven Episode nicht erfüllt, auch wenn die Beschwerdeführerin über eine gewisse diesbezügliche Symptomatik berichte. Es sei zwar plausibel, dass im Verlauf mindestens zweimal mindestens die Kriterien einer leichten depressiven Episode erfüllt gewesen seien, sodass die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gerechtfertigt sei. Aktuell sei diese aber remittiert, weil aktuell die Kriterien einer depressiven Episode nicht erfüllt seien. Es fänden sich auch keine Hinweise für das Vorliegen einer neurotischen, Belastungs- oder somatoformen Störung. Auch sei nicht vom Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung auszugehen (Urk. 6/67/66). Es falle auf, dass die langjährige Behandlerin zuerst von einer Adoleszentenkrise und erst im Verlauf von einer rezidivierenden depressiven Störung ausgehe, plötzlich dann aber auch von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung, die aber nie begründet werde. Die Stellungnahme der Behandlerin zur Arbeitsfähigkeit sei letztlich nie ganz eindeutig, wesentlich werde jeweils auch mit körperlichen Einschränkungen argumentiert und zuletzt werde die Diagnose einer leichten Intelligenzminderung in die Diagnoseliste aufgenommen, ohne dass differenzialdiagnostische Überlegungen angestellt würden. Diese Beurteilung

beruht auf einem sorgfältig erhobenen Befund (Urk. 6/67/50 ff.) und vermag zu überzeugen, zumal aufgrund der Berichte der behandelnden Psychiaterin der Eindruck entsteht, sie würde sich unkritisch auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin stützen. 4.2.5

Auf die Angaben der behandelnden Psychiaterin kann nach Gesagtem nicht abgestellt werden. Es gilt auch zu berücksichtigen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte bzw. behandelnde Fachpersonen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen und sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben. Ihre Berichte verfolgen daher nicht den Zweck einer abschliessenden Entscheidung über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte beziehungsweise regelmässig behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2) mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc mit weiteren Hinweisen), kommt im Streitfall ein direktes Abstellen einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte auch nur selten in Frage (BGE 135 V 465 E. 4.5). 4.2.6

Nach dem Dargelegten ist gestützt auf das beweiskräftige Gutachten vom 8. November 2023

mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von keiner die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden psychischen Erkrankung auszugehen. Damit ist auch keine Indikatorenprüfung nach BGE 141 V 281 erforderlich (Urteil des Bundesgerichts 8C_270/2019 vom 5. September 2019 E. 4.2.3). 4.3

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung des somatischen sowie des psychischen Gesundheitszustandes eine

körperlich wechselbelastende, leichte bis nur gelegentlich mittelschwere Tätigkeit zu 100 % zumutbar ist. 5.

Die Beschwerdeführerin verfügt über keine Berufsausbildung und war zuletzt als Gastronomiemitarbeiterin in einem Imbiss lokal

ihres damaligen Freundes tätig, wo sie Fr. 17.79 pro Stunde verdiente (Urk. 6/27/2-3). Im Zusammenhang mit der Trennung von ihrem Freund kündigte sie auch das Arbeitsverhältnis (Urk. 6/29/3). Eine Kündigung aus gesundheitlichen Gründen ist damit nicht ausgewiesen, obwohl die Beschwerdeführerin aufgrund der psychosozialen Belastungssituation im Zusammenhang mit der Trennung vom Freund krank geschrieben wurde. Zur Bestimmung sowohl des Valideneinkommens als auch des Invalideneinkommens ist auf statistische Werte abzustellen. Dabei ist auf dieselben Parameter für eine Hilfsarbeitertätigkeit abzustellen, was bei einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer wechselbelastenden Tätigkeit zu keinem Invaliditätsgrad führt, denn ein in leibensbedingter Abzug vom Tabellenlohn ist nicht vorzunehmen, da Tätigkeiten im Kompetenzniveau

1 (einfache und repetitive Tätigkeiten) keine Berufs- und Fachkenntnisse erfordern (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_667/2013 vom 29.

April 2014 E.

5.3), vorliegend keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Rahmen einer körperlich leichten Hilfsarbeitertätigkeit besteht (BGE 148 V 174 E.

E. 5

Gemäss Art. 54a IVG stehen die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) den IV-Stellen für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung (Abs. 2). Sie legen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der versicherten Person für die Ausübung einer zumutbaren Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich fest (Abs. 3). Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Abs. 4). Nach Art. 49 IVV beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Bei der Festsetzung der funktionellen Leistungsfähigkeit (Art. 54a Abs. 3 IVG) ist die medizinisch attestierte Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und für angepasste Tätigkeiten unter Berücksichtigung sämtlicher physischen, psychischen und geistigen Ressourcen und Einschränkungen in qualitativer und quantitativer Hinsicht zu beurteilen und zu begründen (Abs. 1 bis). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht

gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu

beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

Reine Aktengutachten sind beweiskräftig, sofern 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 (Urteile des Bundesgerichts 8C_574/2023 vom 9. Januar 2024 E. 3.2 und 8C_812/2021 vom 17. Februar 2022 E. 5.2, je mit Hinweisen). 1.

E. 6

Mit Stellungnahme vom 4. Oktober 2022 gelangte RAD-Ärztin Dr. Y.____ zum Schluss, ein psychischer Gesundheitsschaden mit langanhaltender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei nicht ausgewiesen (Urk. 6/45/5-7). RAD-Arzt Dr. Z.____ erachtete in seiner Stellungnahme vom 7. Oktober 2022 eine körperlich wechselbelastende leichte bis nur gelegentlich mittelschwere Tätigkeit als zumutbar (Urk.

6/45/8-9). 3.

E. 6.1

mit Hinweisen). Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen (Urteil des Bundesgerichts 9C_324/2015 vom 23. Dezember 2015 E. 3.2 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E.

E. 6.3

mit Hinweisen)

und Hilfsarbeiten auf dem massgebenden ausgeglichenen Stellenmarkt altersunabhängig nachgefragt werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_403/2017 vom 25.

August 2017 E.

4.4.1 und 8C_805/2016 vom 22.

März 2017 E.

3.4.3).

Selbst wenn bei der Ermittlung des Valideneinkommens auf den zuletzt erzielten Lohn abgestellt würde, ergäbe sich keine Einkommenseinbusse und damit kein Invaliditätsgrad . 6.

Die angefochtene Verfügung erweist sich als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu beurteilen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69

Abs. 1 bis IVG). Sie sind ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der unterliegenden Beschwerdeführer in aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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 Grieder-Martens Tiefenbacher

E. 7

Dr. C.____ informierte in ihrem Schreiben vom 5. Januar 2023 (Urk. 6/51/1) über die neuropsychologische Abklärung der Beschwerdeführerin im Kantons hospital H.____ und legte dessen Bericht vom 3. Januar 2023 über die neuropsychologische Abklärung vom 3. November 2022 bei. Darin wurde eine leichte Intelligenzminderung (ICD-10: F70.0) diagnostiziert bei einem Gesamt-IQ von 59 (Urk. 6/51/2-6). 3.8

Im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. A.____

vom 8. November 2023 wurde das Vorliegen einer Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verneint. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4), genannt. Dr. A.____ führte aus, es sei eine seit Jahren bestehende psychiatrische Behandlung bei rezidivierender depressiver Störung dokumentiert. Dabei falle auf, dass die depressive Symptomatik oft im Zusammenhang mit psychosozialen Belastungsfaktoren beschrieben werde. Synthetische Psychopharmaka würden nicht eingenommen, auch keine Antidepressiva. Es würden lediglich pflanzliche Medikamente eingenommen (Redormin und Relaxane), das Relaxane nach Angaben der Beschwerdeführerin aber nur selten. Seit langer Zeit werde keine sehr intensive Therapie durchgeführt. Eine stationäre psychiatrische Behandlung habe bislang nicht stattgefunden. Es bestehe somit durchaus noch ein deutliches Optimierungspotenzial, wenn die Beschwerdeführerin tatsächlich unter einer

relevanten depressiven Episode/einer depressiven Verstimmung litte. Letzteres sei aber nicht der Fall (Urk. 6/67/66-67). Der Gutachter hielt ferner fest, im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung sei von einer gewissen Verdeutlichungstendenz auszugehen. Die Beschwerdeführerin habe Dinge berichtet, die sicherlich übertrieben seien, wie beispielsweise ihre Angabe, dass sie nicht schlafen würde. Von einer eindeutigen Aggravation sei im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung jedoch noch nicht auszugehen. Allerdings habe die Beschwerdeführerin auch nicht über gravierende Einschränkungen geklagt und sie habe auch keine gravierenden Symptome demonstriert, wenn man einmal von ihren Angaben zu den neurologischen Einschränkungen (und deren Demonstration) absehe. Auch sei bei der psychiatrischen Untersuchung der Eindruck einer gewissen Ja-Sage-Tendenz entstanden, gelegentlich seien die Antworten auch nicht eindeutig gewesen, oder sie habe die Symptome in der Vergangenheit angesiedelt (sie habe letztes und vorletztes Jahr auch Geister gesehen, dieses Jahr aber nicht, sie habe letztes Jahr starke Halluzinationen gehabt, sie habe Bilder gesehen, dieses Jahr habe sie das aber nicht gehabt). Teilweise sei auch der Eindruck entstanden, dass die Beschwerdeführerin die Frage nicht richtig verstanden habe (Urk. 6/67/64). Gravierende Einschränkungen des Aktivitätsniveaus würden nicht beschrieben und zwar in keinem Bereich. Die Beschwerdeführerin berichte auch nicht konsistent über gravierende psychische Einschränkungen. Aktuell gehe es ihr nicht sehr gut. Es sei gemischt. Sie beklage permanente psychosoziale Belastungsfaktoren. Es sei alles zusammen, was sie belaste, der Ex-Mann, der Ex-Partner, der Sohn und so weiter. Sie habe für den Sohn so vieles machen müssen und dies ganz alleine. Man könne sich vorstellen, dass die Beschwerdeführerin bei gewissen organisatorischen und administrativen Aufgaben überfordert sei, dass vielleicht eine Lernbehinderung bestehe. Der Gesamt-IQ, der bei der aktuellen neuropsychologischen Abklärung erreicht worden sei (unter 40), sei aber sicherlich nicht plausibel. So gehe auch der begutachtende Neuropsychologe von nicht validen Befunden aus und beschreibe zusammenfassend eine nicht authentische Symptomproduktion. Die Beschwerdeführerin habe Einschränkungen demonstriert, die so nicht bestehen könnten. Das Resultat der neuropsychologischen Testung deute darauf hin, dass sie im Rahmen der Begutachtung Einschränkungen demonstriert/aggraviert habe, was die Zuverlässigkeit ihrer Angaben in Frage stelle. Das werde durch die weiteren, in der psychiatrischen Untersuchung beschriebenen Auffälligkeiten unterstrichen. In dieser Situation mit doch deutlichen Hinweisen auf Aggravation, Inkonsistenzen und eingeschränkter Mitwirkung lasse sich aber eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht begründen (Urk. 6/67/68-69). 3.

E. 9

RAD-Ärztin Dr. Y.____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 18. Dezember 2023 fest, aus versicherungsmedizinischer Sicht könne auf das Gutachten abgestellt werden (Urk. 6/74/5-7). 3.1 0

In ihrem Schreiben vom 14. Februar 2024 machte Dr. C.____ eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin geltend

(Urk. 6/73 = Urk. 3/5) und hielt fest, die Beschwerdeführerin habe am 28. Oktober 2023 plötzlich einen Zusammenbruch mit Lähmungen der Gesichtsmuskeln erlitten, was zu kompletten Sehstörungen und bis jetzt zu anhaltenden Lähmungen mit Schwierigkeiten beim Sprechen geführt habe. Sie sei mehrfach im H.____

sowie der Klinik I.____ , vom Hausarzt und der Neurologin Dr. J.____ von der K.____ im Zentrum für Neurologie in der Privatklinik L.____ behandelt worden. Die Unterlagen lägen bisher noch nicht vor, würden aber angefordert. Es sei davon auszugehen, dass sich die Arbeitsfähigkeit weiter verschlechtert habe. Die Beschwerdeführerin leide unter Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen sowie den oben erwähnten Sprachstörungen .
3.11

Am 6. März 2024 (Eingangsdatum) legte Dr. C.____

mit Schreiben vom 29. Feb ruar 2024 diverse Abklärungsberichte betreffend die unklaren neurologischen Ausfälle auf und erklärte, es sei nicht auszuschliessen, dass es sich um eine psy chische Genese handle. Es habe jedoch keine zusätzlichen Belastungsfaktoren oder neue soziale Umstände gegeben, die zu einer Verschlechterung mit psycho genen neurologischen Ausfällen hätten führen können. Die Arbeitsfähigkeit sei mit dem Befund mit anhaltenden Sprachproblemen (Schwierigkeiten, die richti gen Worte zu finden und richtig auszusprechen) weiter massiv reduziert (Urk. 6/77). 3.12

Im Austrittsbericht der Klinik I.____

vom 11. Januar 2024 über die Hospita lisation der Beschwerdeführerin vom 27. Dezember bis 30. Dezember 2023 wurde die Hauptdiagnose «Symptomkomplex aus Dysphonie, psychomotorischer Verlangsamung, Kopfschmerzen und Kribbelparästhesien seit 10/2023 (Verdacht auf dissoziative Genese [F44.7])» aufgeführt und festgehalten, es sei eine mobile Langzeit-EEG-Ableitung über 72 Stunden erfolgt. Es habe kein Nachweis von epilepsietypischen Potentialen oder Anfallsmustern erbracht werden können. Die von der Beschwerdeführerin dokumentierten Episoden mit Kribbelparästhesien, Müdigkeit der Kaumuskulatur und Kopfschmerzen hätten kein EEG-Korrelat gezeigt. Es bestehe somit kein Hinweis auf eine epileptische Genese und kein Nachweis einer organischen Ursache der Beschwerden (Urk. 6/76/6-13 = Urk. 3/4). 3.13

Im provisorischen Austrittsbericht des H.____ vom 4. November 2023 über die Hos pitalisation der Beschwerdeführerin vom 2. bis 4. November 2023 wurden fol gende Diagnosen gestellt (Urk. 6/76 /5 + Urk.

6/76/10 + Urk.

6/76/13 = Urk. 3/2): - unklare Verlangsamung, Kopfschmerzen, Kribbelparästhesien EM 29. Ok tober 2023 (Ätiologie: am ehesten psychosomatisch bedingt) - Wortfindungsstörung mit begleitenden Kribbelparästhesien, EM 28. Okto ber 2023 (Ätiologie: unklar, DD funktionell) - chronische Bauchschmerzen, EM 05/2022 (DD funktionell, bekannte Lak toseintoleranz) Bei am ehesten funktioneller Symptomatik w e rde eine zeitnahe Selbstvorstellung bei der ambulanten Psychiaterin empfohlen. 4. 4.1

4.1.1

Die Aktenbeurteilung des RAD-Arztes Dr. Z.____ vom 7. Oktober 2022

(Urk.

6/45/8-9) erweist sich als schlüssi g. Ihm wurden keine fachärztlichen Berichte vor gelegt , in welchen der Beschwerdeführerin eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit attestiert worden w äre , was sich angesichts der in somatischer Hinsicht bekannten Diagnosen als nachvollziehbar erweist . Dr. Z.____ gelangte zur überzeugenden Schlussfolgerung , es sei kein Gesundheitsschaden vorhanden, der die

Arbeitsfähigkeit dauerhaft quantitativ einschränken. Eine Einschränkung bestehe allenfalls im Belastungsprofil. Zumutbar seien körperlich wechselbelastende, leichte bis nur gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten unter Meidung gewisser Anforderungen/Körperhaltungen (langes Stehen am Ort oder repetitive Fehlhaltungen des Rumpfes, häufige Überkopfarbeiten, dauerhaft schlagende, stossende und vibrierende Krafteinwirkungen, feuchte alte Arbeitsumgebung und Arbeitsumgebung mit Zugluft). Diese Aktenbeurteilung erweist sich als beweiskräftig und wurde von der Beschwerdeführerin auch nicht in Frage gestellt. 4.1.2

Die Beschwerdeführerin machte aber – unter anderem – geltend, sie sei aufgrund der im Oktober 2023 neu aufgetretenen Beschwerden mit starken Sprachstörungen (wie eine Lähmung) nicht arbeitsfähig (Urk. 1/2). Gemäss den Angaben von Dr. C.____

im Schreiben vom 14. Februar 2024 soll die Beschwerdeführerin am 28.

Oktober 2023 einen Zusammenbruch mit Lähmungen der Gesichtsmuskeln erlitten haben, was zu kompletten Sehstörungen und zu anhaltenden Lähmungen mit Schwierigkeiten beim Sprechen geführt habe (E. 3.10). Diese Angaben stehen jedoch teilweise im Widerspruch zu den eigenen Schilderungen der Beschwerdeführerin anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung bei Lic. phil. B.____ am 31. Oktober 2023. Dort gab sie an, sie könne mittlerweile wieder sprechen, jedoch nur langsam und mit Wortfindungsschwierigkeiten (Urk. 6/68/8). Lic. phil. B.____

beobachtete bei der Beschwerdeführerin im Denken, im Sprachausdruck und in der Motorik zwar eine Verlangsamung,

s starke Sprachstörungen (oder gar eine Lähmung oder Gesichtslähmung) konnte er indes nicht feststellen, sondern ein formal akzentfreies Schweizerdeutsch, langsam und manchmal mit Wortfindungsschwierigkeiten (Urk. 6/68/9).

Dafür sowie für die übrigen geklagten Beschwerden konnte bei den anschliessenden fachärztlichen Untersuchungen jedoch weder eine epileptische noch eine neurologische Genese nachgewiesen werden (E. 3.10), was selbst Dr. C.____ dazu veranlasste, eine psychische Genese in Betracht zu ziehen (Urk. 6/77).

Mangels Nachweises einer organischen Ursache der neu aufgetretenen Beschwerden ist in somatischer Hinsicht somit keine Verschlechterung des Gesundheitszustands ausgewiesen.

4.1.3

Nach dem Gesagten ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. 4.2

4.2.1

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.). Ein Administrativgutachten ist allerdings nicht stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärzte zu einer anderslautenden Einschätzung gelangen; vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende

Beurteilung aufdrängt, weil sie wichtige Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. statt vieler SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148, 9C_338/2016 E. 5.5; Urteil des Bundesgerichts 9C_527/2020 vom 9. Juli 2021 E. 3.1). Inwiefern solche Aspekte aus den medizinischen Akten hervorgehen, ist im Folgenden zu prüfen. 4.2.2

Bei der neuropsychologischen Untersuchung durch lic. phil. B.____

ergaben sich deutliche Hinweise auf eine nicht authentische Symptomproduktion (Urk. 6/68/12). Lic. phil. B.____ hielt fest, die Beschwerdeführerin zeige auf grund legender neurokognitiver Informationsverarbeitungsebene im Vergleich mit einer hirngesunden Altersreferenzpopulation fast durchwegs – auch bei intelligenz unabhängigen Testverfahren – Resultate, welche weit unter der Altersnorm lägen. Bei den durchgeführten Symptomvalidierungsverfahren habe sie mehrheitlich auffällige Resultate gezeigt. Sie habe zudem Resultate gezeigt, welche im Vergleich mit der Trefferwahrscheinlichkeit, welche bei reinem Raten zu erreichen wäre, im Unter-Zufall-Bereich lägen. Ein Vergleich mit den neuropsychologischen Vorbefunden sei vor diesem Hintergrund nicht möglich. Es könne auch keine Aussage zu neuropsychologischen Funktionseinschränkungen, Ressourcen, allfälligen Auswirkungen oder zur Arbeitsfähigkeit gemacht werden (Urk. 6/68/17 f.). Der begutachtende Psychiater hielt unter Hinweis auf die Resultate der neuropsychologischen Untersuchung des Weiteren fest, diese würden auf eine gezielte und manipulative Antwortverzerrung hinweisen. Dies sei für die Beurteilung vor allem darum wesentlich, weil in den Akten mit einer leichten Intelligenzminderung argumentiert werde und die Beschwerdeführerin selbst prominent über neuropsychologische Einschränkungen klage. Möglicherweise bestünden solche, möglicherweise bestehe auch eine Lernbehinderung, die gezeigten Testresultate seien aber nicht plausibel (Urk. 6/67/65). Dies vermag zu überzeugen, zumal die Beschwerdeführerin am 31. Oktober 2023 – im Gegensatz zur ein Jahr zuvor erfolgten neuropsychologischen Untersuchung vom 3. November 2022 mit dem Ergebnis einer leichten Intelligenzminderung bei einem Gesamt-IQ von 59 (Urk. 6/51/2-6) – Ergebnisse erzielte, welche im Bereich einer mittelgradigen Intelligenzminderung anzusiedeln wären (Gesamt-IQ unter 40). Eine derart drastische Intelligenzminderung innert so kurzer Zeit lässt sich ohne Nachweis einer organischen Ursache (wie bereits erwähnt liess sich eine solche nicht finden [E. 4.1.2]) kaum nachvollziehen. 4.2. 3

Die Feststellung von Aggravation, Simulation oder Somatisierung ist grundsätzlich Sache des psychiatrischen Facharztes (Urteil des Bundesgerichts 9C_658/2018 vom 11. Januar 2019 E. 4.1.2). Es ist Teil der gutachterlichen Aufgabe, den erhobenen Befund anhand der Klinik kritisch zu überprüfen und dessen Auswirkungen bei der Untersuchung und im Alltag detailliert darzulegen. So darf der oder die medizinische Sachverständige die Angaben des Exploranden im Rahmen der klinischen Untersuchung nicht vorbehaltlos als richtig ansehen. Bestandteil einer stichhaltigen Begutachtung bilden unter anderem Angaben zum ärztlich beobachteten Verhalten, Feststellungen über die Konsistenz der gemachten Angaben wie auch Hinweise, welche zur Annahme von Aggravation führen können

(Urteil des Bundesgerichts 8C_149/2022 vom 19.

Januar 2023 E.

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