

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00524 vom 31. Januar 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-01-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00524

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00524 du 31 janvier 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00524 del 31 gennaio 2025

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1971, Mutter von zwei Kindern (Jahrgang 1999 und 2010), war von November 2017 bis Mai 2021 bei der Z.____ AG als Maschinen- und Anlagebedienerin tätig (Urk. 7/7 Ziff. 5.4). Unter Hinweis auf eine Depression, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen sowie Flashbacks und Hyperousal meldete sich die Versicherte am 23. April 2021 bei der Invali denversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/7). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und zog Akten der Krankentaggeldversicherung bei (Urk. 7/18, Urk. 7/20, Urk. 7/ 25, Urk. 7/37) .

Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens (Urk. 7/28, Urk. 7/30) holte die IV-Stelle ein bi disziplinäres Gutachten ein, das am

5. Mai 2024 erstattet wurde (Urk. 7/86-87) . Daraufhin verneinte sie mit Verfügung vom 9. August 2024 e inen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 7/96 = Urk. 2) .

E. 1.1

und Ziff. 1.2). Sie nannte n folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeits fähigkeit (S. 4

Ziff. 2.5): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)

Sie führte n aus, die für die Arbeitsintegration oder Teilberentung relevanten funktionalen Einschränkungen seien therapeutisch zugänglich, würden sich aber prognostisch nur langsam verändern. Im Moment sei medizinisch noch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit begründet.

Perspektivisch sei durch Weiterführung der psychiatrischen Behandlung und flankierende psychosoziale Massnahme im Sinne eines Aufbautrainings eine Reintegration realistisch (S. 4

Ziff. 2.7). Aufgrund der psychiatrischen Erkrankung beständen vor allem dynamische Defizite in mittel- bis schwergradigem Ausmass (Geschwindigkeit, Belastbarkeit, Durchhaltefähigkeit, Antrieb und Initiative). Eine angepasste Tätigkeit könne der Beschwerdeführerin für 2-3 Stunden pro Tag zugemutet werden (S. 6

Ziff. 4.2).

3.4

Lic. phil. G.____, Psychologin, und Dr. med. H.____, Fachärztin für Neurologie, Zentrum I.____, Neuropsychologie J.____, berichteten am 27. September 2022 (Urk. 7/69) über die verhaltens-neurologisch-neuropsychologische Untersuchung der Beschwerdeführerin. Nach probatorischer Einnahme von Ritalin und daraus resultierender subjektiv verbesserter Fokussierbarkeit wünsche die Beschwerdeführerin eine Abklärung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssymptomatik. Sie nannten folgende Diagnose (S. 2): - leichte bis mittelgradige neuropsychologische Funktionsstörung - im Rahmen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (gemischtes Erscheinungsbild gemäss DSM 5, ICD-10 F90.0) - Differentialdiagnose: Befundakzentuierung aufgrund der aktuell schwer ausgeprägten depressiven Symptomatik - Differentialdiagnose: Hinweise auf biografische Vulnerabilität als zusätzlicher ressourcen- und leistungslimitierender Faktor

Anlässlich der aktuellen Abklärung seien testdiagnostisch folgende kognitive Befunde erhebbar: attentionale Einschränkung insgesamt leichter bis schwerer Ausprägung. Hinzu kämen Einschränkungen in mehreren frontal-exekutiven Teilfunktionen leichter bis schwerer Ausprägung. Im mnestischen Bereich zeigten sich ebenfalls leichte bis schwere Einschränkungen im Sinne einer mittelgradig eingeschränkten verbalen Merkspanne, deutlich verminderte verbale Lernfähigkeit und leicht eingeschränkter verbaler Abrufschwäche bei jedoch intakter Speicherfähigkeit. Die Leistungen in den übrigen geprüften kognitiven Bereichen würden erfreulicherweise normgerecht ausfallen. Sowohl im ADHS-Fragebogen zur Kindheit sowie auch zum Erwachsenenalter zeige sich ein auffälliges Ergebnis. Im Beck-Depressionsinventar zeige sich zudem eine schwer ausgeprägte depressive Symptomatik (S. 1). Die Befunde entsprächen aktuell einer insgesamt leichten bis mittelgradigen neuropsychologischen Funktionsstörung, welche unter Berücksichtigung der Anamnese sowie der ADHS-Fragebogenergebnisse einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, klinisch phänomenologisch am ehesten im Rahmen einer ADHS, zuzuordnen seien. Aufgrund des Ergebnisses im Beck-Depressionsinventar müsse zudem von einer relevanten Befundakzentuierung aufgrund der affektpathologischen Symptomatik mit der dafür typischen Hypofunktion der sprachdominanten Hemisphäre ausgegangen werden. Weder im Gespräch noch im Verhalten oder auf testpsychologischer Ebene ergäben sich Inkonsistenzen, welche auf suboptimales Leistungsverhalten beziehungsweise intentionale Antwortverzerrung hinweisen würden. Auch die Durchführung separater Symptomvalidierungstests ergebe keine Auffälligkeiten. Es bestehe keine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine negative, bewusste Antwortverzerrung gemäss Bewertungskriterien (S. 4).

3. 5

Die Ärzte der F.____ berichteten erneut am 3. April 2023 (Urk. 7/59) und führten aus, die Beschwerdeführerin sei vom 6. Februar 2023 bis zum 23. März 2023 bei ihnen in stationärer Behandlung gewesen und habe jeden Tag eine multimodale Therapie auf sie zugeschnitten erhalten (S. 2

Ziff. 1.1-1.2).

Sie nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 3

Ziff. 2.5):

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2) - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.2) - ADHS (ICD-10 F90.0)

Sie führten aus, als Funktionseinschränkungen bestünden Konzentrationsstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, mangelndes Durchhaltevermögen und Erschöpfung nach leichten Aktivitäten (S. 4 Ziff. 3.4). Das gegenwärtige Rentenbegehren werde mit Nachdruck durch den Ehemann unterstützt (S. 5 Ziff. 4.3). 3. 6

Im Auftrag der Beschwerdegegnerin erfolgte eine bidisziplinäre (psychiatrische und neuropsychologische) Begutachtung, über welche am 5. beziehungsweise 6. Mai 2024 berichtet wurde: 3.6.1

Dr. med. univ. A.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete ihr psychiatrisches Gutachten am 5. Mai 2024 (Urk. 7/86) und führte aus, aufgrund des in der Neuropsychologie nachgewiesenen Aggravationsverhaltens könne psychiatrisch-gutachterlich keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit konsistent und plausibel nachvollzogen werden und die Funktionseinschränkungen nicht adäquat beurteilt werden. Somit könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hergeleitet und nachgewiesen werden (S. 38 unten, S. 53).

Aus psychiatrischer Sicht liege keine vollständige Konsistenz vor. Die Symptome und Beschwerdeschilderungen seien hinsichtlich der Aktenangaben schlüssig (jedoch sei hier meist nicht auf Aggravationsverhalten getestet worden, mit Ausnahme der ADHS-Diagnose) und hinsichtlich des geschilderten und aktenkundigen Verlaufes nachvollziehbar. Jedoch entstehe anhand der aktuellen Schilderungen und der Darbietung/des Verhaltens während der Exploration ein in sich nicht schlüssiges (inkonsistentes) Bild. Aus psychiatrischer Sicht liege keine vollständige Plausibilität vor. Die dargelegten Funktionseinschränkungen könnten mit den Diagnosen / den Krankheitsbildern nicht vollständig in Einklang gebracht werden

(S. 37).

Im

Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) müssten sich je nach Trigger und Tagesverfassung Schwankungen im

Funktionsniveau abbilden, was nicht beschrieben werde. Das Verhalten der Beschwerdeführerin habe zwar teilweise PTBS-Auffälligkeiten gezeigt, jedoch habe sich die grösste und massivste

Verhaltens- und Emotionsänderung während der Exploration beim Thema Arbeitsplatz und «Diskriminierung/Rassismus» gezeigt. Es habe sich ein nicht nachvollziehbares Verhalten beim Thema Überfälle

(auch nicht authentisch wenn es eine Täter-Intrusion gewesen wäre) und ein kaum PTBS-typisches Verhalten beim Thema mehrjähriger sexueller Missbrauch (hier weder übermässige Emotionsvermeidung, noch parathymes Lachen/Überspielen, noch besonders emotionale Beteiligung) gezeigt. Aktenanamnestisch sei die Diagnose PTBS (nicht kPTBS) zwar

medizin-theoretisch nachvollziehbar, jedoch sei diesbezüglich nie ein

Beschwerdevalidierungstest durchgeführt worden, sodass die resultierenden

Funktionseinschränkungen hinsichtlich des aktuell neuropsychologisch nachgewiesenen

Aggravationsverhaltens nicht eindeutig beurteilbar seien (S. 37 f.) .

Somit könne diese aktenanamnestische Diagnose nur unter dem Punkt Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit psychiatrisch-gutachterlich aufgeführt werden.

Aus psychiatrischer Sicht liege keine vollständige Plausibilität vor. Die dargelegten Funktionseinschränkungen könnten mit dieser Diagnose nicht vollständig in Einklang gebracht werden (S. 41) . Die von der Beschwerdeführerin geschilderten Traumatisierungen würden das Trauma-Kriterium nach ICD-10 erfüllen (S. 43).

Die Diagnose einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS ; ICD-10 F90.0) sei unter valider neuropsychologischer Testung vordiagnostiziert worden und könne psychiatrisch-gutachterlich nachvollzogen werden. Unter gelegentlicher Therapie mit

störungsspezifischer Medikation habe diese Diagnose keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Bei subjektiv ungenügender Wirkung sollte ein Medikations-Wechsel und eine neuropsychologische Verlaufskontrolle zur Kontrolle der Reduktion der Einschränkungen stattfinden (S. 40) .

Aktenanamnestisch sei die Diagnose rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33) zwar medizin-theoretisch nachvollziehbar, jedoch sei diesbezüglich nie ein Beschwerdevalidierungstest durchgeführt worden , sodass die resultierenden Funktionseinschränkungen hinsichtlich des aktuell neuropsychologisch nachgewiesenen Aggravationsverhaltens nicht eindeutig beurteilbar seien . Somit könne diese

aktenanamnestische Diagnose nur unter dem Punkt Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit psychiatrisch-gutachterlich aufgeführt werden.

Aus psychiatrischer Sicht liege keine vollständige Plausibilität vor. Die dargelegten Funktionseinschränkungen könnten mit dieser Diagnose nicht vollständig in Einklang gebracht werden. Im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung müssten sich phasenweise Veränderungen zeigen, denn von einer Chronifizierung könne noch nicht ausgegangen werden und eine solche sei auch nicht aktenkundig (S. 44) . Die Angaben der Beschwerdeführerin würden die Symptom-Kriterien nach ICD-10 erfüllen (S. 45).

Der Beck - Depressions - Index mit 45 Punkten würde einer schweren Depression entsprechen, sei aber aufgrund des neuropsychologisch getesteten Aggravationsverhaltens nicht verwertbar (S. 31).

Die Beschwerdeführerin erhalte eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und es sei bereits ein kurzer stationärer und ein etwas längerer teilstationärer Aufenthalt erfolgt. Es

besteh e eine teilweise Diskrepanz zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden

(Leidensdruck) und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe.
Die Beschwerdeführerin

nehme zwar Hilfe in Anspruch, gleichzeitig lehne sie eine Intensivierung der
Therapien ab und gebe an, es helfe sowieso nicht. Zudem besteh e eine Angst , in der
Psychiatrie getötet zu werden, so wie es ihrer Schwester ergangen sei (S. 46).

Die psychiatrische Testung sei nach 4 Fragen in der Mini-ICF-APP-Selbstbeurteilung
abgebrochen worden . Die Dolmetscherin habe an gegeben , es sei zu schwierig, die
Beschwerdeführerin verstehe die Übersetzung nicht mehr (S. 31).

Die Laboruntersuchung vom 2. April 2024 ergebe, dass Bupropion (Wellbutrin)
unterdosiert sei oder unregelmässig eingenommen werde. Trittico , Xanax und Concerta
seien trotz Auftrag zur Bestimmung aller verordneten Psychopharmaka nicht bestimmt
worden. Es sei nicht nochmals nachverlangt worden, da das Ergebnis des
Aggravationsverhaltens bereits klar gewesen sei und es somit keinen Unterschied mache,
ob die Beschwerdeführerin die Medikation einnehme oder nicht (S. 31 unten) .

Es seien folgende Inkonsistenzen aufgefallen : im Kontaktverhalten zeig e sich die
Beschwerdeführerin auffällig und wechselhaft. Sie behalte während

der kompletten Untersuchung ihre Hände in der Fronttasche ihres Hoodies. Die Mimik sei
anfangs traurig, zwischenzeitlich weine sie. Sie wirk e anfangs sehr leidend. Anfangs spr
eche sie nicht frei und antworte nur sehr wortkarg. Sie antworte zuerst nur mit Ja oder
Nein, es

müsse mehrmals nachgefragt werden. Sie wirk e anfangs verlangsamt, bei den
Erzählungen,

was ihr an der Arbeitsstelle widerfahren sei , jedoch plötzlich nicht mehr. Befragt nach
Gewalterfahrungen in der Kindheit, beginne die Beschwerdeführerin zu weinen, rede
plötzlich viel und

laut, anders als in der bisherigen Exploration. Es falle nach weniger als 1 Stunde
Exploration

auf, dass die Beschwerdeführerin immer wieder aufstehe . Darauf angesprochen gebe sie
an, sie sei

müde und benötige mehr Luft, es werde eine Pause eingelegt. Befragt zu Schuldgefühlen,
weine die Beschwerdeführerin , es falle ihr schwer zu erzählen und sie verziehe das
Gesicht. Gegen

Ende, vor allem bei der Erzählung, was ihr an der Arbeitsstelle widerfahren sei , spreche
sie

viel und laut, sei in Rage und weine . Der Blick sei die meiste Zeit zu Boden oder ins Leere
gerichtet, ausser als sie über den Überfall in der Arbeit spreche , dabei blicke die
Beschwerdeführerin die Gutachterin direkt, starrend und hasserfüllt an, sodass schon ein
unangenehmes Gefühl

bei der Referentin entsteh e . Befragt nach Eheproblemen schau e die Beschwerdeführerin
die

Gutachterin plötzlich sehr böse und gereizt an. Befragt zu Schwangerschaft und Geburt reagiere sie erneut gereizt und frage, wie sie das wissen sollte. Die gleiche Reaktion komme auf die Frage zu Entwicklungsverzögerungen.

Subjektiv würden starke Einschränkungen in der Konzentrationsfähigkeit seit 2020 angegeben. Während der Exploration seien keine Konzentrationsprobleme vorhanden, teilweise entstanden Missverständnisse im Rahmen der Dolmetschersituation. Es seien keine

Auffälligkeiten oder Einschränkungen bezüglich Aufmerksamkeit und Auffassung während der Exploration erkennbar, die psychiatrische Testung müsse jedoch abgebrochen werden, da

die Dolmetscherin angabe, dass es für die Beschwerdeführerin zu schwer sei und sie die Übersetzung

nicht mehr verstehe (S. 26 f.) . 3.

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

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).

E. 1.4

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) -

Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

E. 1.5

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

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

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

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.6

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 140 V 193 E. 3.2 mit Hinweisen).

E. 1.7

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).

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.).

E. 1.8

Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz. Danach haben der Versicherungsträger oder das Durchführungsorgan und im Beschwerdefall das kantonale Versicherungsgericht von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 und Abs. 1 bis sowie Art. 61 lit. c i.V.m. Art. 2 ATSG). Der Untersuchungsgrundsatz wird durch die Mitwirkungspflicht der Versicherten respektive der Parteien beschränkt (Art. 28 und Art. 43 Abs. 2 ATSG), vor allem in Bezug auf Tatsachen, die sie besser kennen als die (Verwaltungs- oder Gerichts-) Behörde und welche diese sonst gar nicht oder nicht mit vernünftigem Aufwand erheben könnte (BGE 122 V 157 E. 1a; Urteil des Bundesgerichts 9C_341/2020 vom 4. September 2020 E. 2.2 mit Hinweis auf BGE 138 V 86 E. 5.2.3 und 125 V 193 E. 2; vgl. BGE 130 I 180 E. 3.2).

Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheidung zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbezweifelbaren Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (Urteil des Bundesgerichts 8C_765/2020 vom 4. März 2021 E. 3.2.2 mit Hinweis auf BGE 144 V 427 E. 3.2). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_257/2018 vom 24. August 2018 E. 3.3.2 mit Hinweis).

E. 1.9

Rechtsprechungsgemäss liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1, 131 V 49 E. 1.2, je mit Hinweisen). Wann ein verdeutlichendes Verhalten (nur) verdeutlichend und unter welchen Voraussetzungen die Grenze zur Aggravation und vergleichbaren leistungshindernden Konstellationen überschritten ist, bedarf einer einzelfallbezogenen, sorgfältigen Prüfung auf einer möglichst breiten Beobachtungsbasis auch in zeitlicher Hinsicht (Urteil des Bundesgerichts 8C_165/2021 vom 2. Juli 2021 E. 4.2.1 mit Hinweisen).

Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG). Soweit die betreffenden Anzeichen neben

einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2.2, Urteil des Bundesgerichts 8C_165/2021 vom 2. Juli 2021 E. 4.2.1 mit Hinweisen).

Steht fest, dass eine anspruchsausschliessende Aggravation oder ähnliche Konstellation im Sinne der Rechtsprechung gegeben ist, erübrigt sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_520/2019 vom 22. Oktober 2019 E. 6.1 und 9C_371/2019 vom 7. Oktober 2019 E. 5.1.2).

E. 1.10

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 2.

E. 2

4. Oktober 2024 (Urk.).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) fest, es sei eine psychiatrisch-neuropsychologische Begutachtung durchgeführt worden. Die im Erwachsenenalter diagnostizierte ADHS habe während der Ausbildung und Berufstätigkeit keine namhaften Auswirkungen gehabt. Es könne davon ausgegangen werden, dass diese Diagnose keinen wesentlichen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit ausübe. Weitere Diagnosen mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten nicht erhoben werden können. Die durch verschiedene Behandler gestellten Diagnosen hätten im Rahmen des Gutachtens nicht bestätigt werden können. Der Grund liege in Inkonsistenzen während der psychiatrischen Begutachtung sowie möglicher bewusstseinsnaher Aggravation während der neuropsychologischen Begutachtung. Diese Diskrepanzen führten dazu, dass zwar Hinweise auf das Vorliegen einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung vorlägen, diese jedoch nicht angemessen überprüft und in ihrer Richtigkeit bestätigt werden könnten. Die vorgenommenen Leistungsabklärungen zeigten auf, dass die Beschwerdeführerin nachweisbar nicht ihrer Leistungsfähigkeit entsprechend mitgewirkt habe. Die Testergebnisse seien in sofern nicht verwertbar, als dass sie keine verlässlichen Rückschlüsse auf das effektive kognitive Leistungsniveau ermöglichten. So habe die Beschwerdeführerin etwa in der IQ-Testung einen derart tiefen Wert erreicht, dass eine Hochschulausbildung, wie sie erfolgreich absolviert worden sei, nicht möglich gewesen wäre. Auch habe eine der Testung entsprechende Intelligenzminderung während der weiteren Begutachtung nicht festgestellt werden können (S. 2).

E. 2.2

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend (Urk. 1), vorliegend stelle die Beschwerdegegnerin einzig auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. univ. A.____ vom Mai 2024 ab. Die Gutachterin erläutere mit keinem Wort, worin die von ihr erwähnten Inkonsistenzen bestehen sollten. Aus ihrem Text ergäben sie sich jedenfalls nicht. Zur psychiatrischen Testung habe die Gutachterin festgehalten, diese seien aufgrund des neuropsychologisch getesteten Aggravationsverhaltens nicht verwertbar. Ebenfalls nicht nachvollziehbar sei die Bemerkung im Gutachten zu den Laborergebnissen. Diesbezüglich habe die Gutachterin festgehalten, sie habe die fehlende Bestimmung der Psychopharmaka nicht (nochmals) in Auftrag gegeben, weil das Ergebnis des Aggravationsverhaltens bereits klar gewesen sei und es somit keinen Unterschied mache, ob die Medikation eingenommen werde oder nicht . Diese Schlussfolgerung vermöge nicht zu überzeugen, zumal sich eine vollständige psychiatrische Diagnostik aus dem Untersuchungsgespräch, der körperlichen Untersuchung und aus verschiedenen zusätzlichen Massnahmen (Labor, apparative Verfahren, Fragebögen, Tests) zusammensetze. Bezüglich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit als auch der Diagnostik stelle sich die Gutachterin ebenfalls auf den Standpunkt, dies könne aus neuropsychologischer Sicht wegen aggravierendem Verhalten nicht beurteilt werden beziehungsweise es könne aufgrund des in der Neuropsychologie nachgewiesenen Aggravationsverhaltens psychiatrisch-gutachterlich keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit konsistent und plausibel nachvollzogen werden . Es sei nicht verständlich, weshalb sich die Gutachterin bezüglich der psychiatrischen Beurteilung und Diagnostik auf die neuropsychologische Untersuchung stütze beziehungsweise sich dahinter verstecke . Da vorliegend die zentralen Fragen der funktionellen Auswirkungen der Diagnosen und der Arbeitsfähigkeit im Gutachten nicht beantwortet worden seien, könne darauf entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht abgestellt werden

(S. 11 f.) . Ein möglicherweise anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung festgestelltes Aggravationsverhalten könne nicht ohne Weiteres auf die psychiatrische Diagnostik übertragen werden . Weiter fehle im Gutachten die Auseinandersetzung mit den bei den Akten liegenden Arztberichten und den Berichten der beruflichen Abklärungsstelle gänzlich (S. 13). Zusammenfassend sei das psychiatrische Gutachten unvollständig, widersprüchlich und nicht nachvollziehbar, weshalb darauf nicht abgestellt werden könne (S. 14).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat und ob diesbezüglich der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt wurde. 3. 3.1

Dr. med. B.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete ihr Kurzgutachten zuhanden der Krankentaggeldversicherung am 7. April 2022 (Urk. 7/25) gestützt auf die Untersuchung der Beschwerdeführerin sowie die Akten. Sie nannte folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 20): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie fremdanamnestisch eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1). Sie führte aus, im objektiven psychopathologischen Befund hätten anlässlich der Untersuchung vom 28. Februar 2022 insoweit psychopathologische Auffälligkeiten bestanden, als dass die Beschwerdeführerin vor allem im Affekt depressiv gewirkt habe. Sie habe über Gefühle der Erschöpfung

berichtet, über eine verstärkte Ermüdbarkeit und auch über eine depressive Grundstimmung. Die emotionale Schwingungsfähigkeit sei deutlich herabgesetzt und der formale Gedankengang sei verlangsamt gewesen. Der Antrieb und das psychomotorische Verhalten seien ebenfalls herabgesetzt gewesen und die Gestik und Mimik hätten die Stimmung affektsynthym unterstrichen (S. 21). Die Beschwerdeführerin weise aktuell ein depressives Zustandsbild auf. Die Kardinalsymptome einer Depression seien ausgewiesen mit einer depressiven Grundstimmung sowie auch einer Energielosigkeit. Teilweise sei es auch eine verstärkte Ermüdbarkeit und daneben ebenfalls Schlafstörungen ausgewiesen. Die Beschwerdeführerin, die vermutlich initial eine Anpassungsstörung infolge der Auseinandersetzung am Arbeitsplatz erlitten habe, habe im Verlauf eine genuine depressive Episode entwickelt, die derzeit mittelgradig ausgeprägt sei. Diese werde negativ mitunterhalten durch eine vermutete anamnestiche posttraumatische Belastungsstörung. Die Beschwerdeführerin habe die posttraumatischen Symptome aktuell vage geschildert, so dass nur eine fremd anamnestiche Verdachtsdiagnose gestellt werde. Ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens liege nicht vor. Von einem Scheitern der ambulanten oder stationären Therapie könne nicht gesprochen werden. Aktuell bestehe nur zum Teil eine leitliniengerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Grundsätzlich hätten sich keine Hinweise auf manifeste Inkonsistenzen oder Diskrepanzen ergeben. Die Beschwerdeführerin sei jedoch in ihren Äußerungen sehr zurückhaltend gewesen und habe auch vage Angaben gemacht. Dies würde auf gewisse Inkonsistenzen hinweisen (S. 22). Die Beschwerdeführerin sei in der bisherigen beruflichen Tätigkeit als Maschinen- und Anlagenbedienerin

derzeit als zu 100 % arbeitsunfähig zu beurteilen. Im Verlauf sei jedoch bei Weiterführung der Therapie ab dem 1. Mai 2022 von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Diese könne im Verlauf sukzessive gesteigert werden, so dass spätestens zum 1. Juli 2022 von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne (S. 23 f.).

3.2

M. Sc. C.____, Psychotherapeutin, und Dr. med. D.____, Ambulatorium E.____, erstatteten ihr medizinische

Gutachten zuhanden der Krankenkasse/gesetzlichen Krankenkasse am 18. Mai 2022 (Urk. 7/37) und führten aus, die Beschwerdeführerin befinde sich seit dem 4. März 2021 in ihrer ambulanten Behandlung. Die Beschwerdeführerin weise das klinische Bild einer komplexen Traumafolgestörung nach ICD-11 auf (S. 2). Derzeit erfolge eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Es sei zunächst eine antidepressive Medikation angesetzt worden, welche vorübergehend zu einer Besserung der depressiven Symptomatik geführt habe. Leider sei es im Verlauf erneut zu einem triggernden Erlebnis gekommen, was zu einer erneuten Dekompensation geführt habe. Da bei der Beschwerdeführerin der Verdacht einer Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung vorliege (ADHS-Abklärung ausstehend), sei die psychopharmakologische Behandlung entsprechend angepasst worden.

Die Beschwerdeführerin leide unter einer ausgeprägten Traumafolgesymptomatik sowie depressiven und Angstsymptomen, welche sie in ihrer Funktionsfähigkeit stark beeinträchtigten. Aufgrund der bereits seit vielen Jahren vorliegenden – jedoch durch die posttraumatische Vermeidung übersehenen – Symptomatik sei von einem längeren Behandlungs- und Genesungsverlauf auszugehen. Eine traumafokussierte, aber auch

ressourcenorientierte Psychotherapie sei dringend indiziert (S. 4) .

Derzeit sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig. Sie habe bereits grosse Schwierigkeiten , das Haus zu verlassen, soziale Kontakte aufzunehmen und zu pflegen, Einkäufe zu tätigen, sich zu konzentrieren und ihre Emotionen zu regulieren. Derzeit eine Arbeitstätigkeit aufzunehmen, selbst wenn dies eine angepasste Tätigkeit wäre, erscheine nicht realistisch (S. 5). 3.3

Die Ärzte der

psychiatrischen

Klinik F.____

berichteten am 22. Juli 2022 (Urk. 7/39) und führten aus, die Beschwerdeführerin besuche seit dem 11. April 2022 die Tagesklinik an vier halben Tagen pro Woche (S. 1 Ziff.

E. 6

) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 7. November 2024 wurde antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung

bewilligt und

der Beschwerdeführerin die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk.

E. 6.2

Dipl. psych. K.____ , Fachpsychologin für Neuropsychologie, Zentrum L.____ , erstattete ihr neuropsychologisches Teilgutachten am 6. Mai 2024 (Urk. 7/87) und führte aus, es sei nicht leicht gewesen mit der Beschwerdeführerin in Kontakt zu kommen, sie habe logorrhöisch, vage und

klagsam ausschliesslich in ihrer Muttersprache geantwortet . Auffassung, Ausdauer und Konzentration seien während des Gesprächs unauffällig gewesen . Themenwechseln habe sie nicht immer folgen können ,

das Gespräch habe immer wieder strukturiert werden müssen .

Affektiv sei sie eingeschränkt schwingungsfähig bei einer zum depressiven Pol verschobenen Grundstimmung gewesen . Ein Leidensdruck sei spürbar gewesen .

Das Instruktionsverständnis während der Testuntersuchung sei unauffällig gewesen , ihre Mitarbeit sei jedoch nicht motiviert gewesen . Ihr Arbeitstempo sei teilweise extrem verlangsamt gewesen (S. 5) . Ihre Testergebnisse würden als nicht valide angesehen. Die Beschwerdeführerin habe alle Teile des ersten Symptomvalidierungstests mit Werten absolviert, die weit unter denen gewesen seien, die bei motivierter Mitarbeit erreicht würden. Auch die Ergebnisse des zweiten Symptomvalidierungstests seien deutlich unter dem Cut-Off gelegen. Es habe ein aggravierendes Verhalten objektiviert werden können. Das Ergebnis des sprachfreien Intelligenztests sei unter dem Durchschnitt gelegen. Die Überprüfung der Lern- und Gedächtnisfunktionen habe unterschiedliche Befunde in den verschiedenen Modalitäten ergeben. Das komplexe sprachliche Gedächtnis habe aufgrund der Sprachbarriere nicht explizit geprüft werden können. Ihr visuelles Gedächtnis sei beim

Erinnern einer komplexen Figur über dem Durchschnitt gelegen (S. 6). Zahlenreihen habe sich die Beschwerdeführerin nicht gut merken können, ihr Arbeitsgedächtnis sei unter dem Durchschnitt gelegen.

In den computergestützten Prüfungen der attentionalen Funktionen hätten sich unterdurchschnittliche Aufmerksamkeitsleistungen gefunden .

Ihre Reaktionszeiten im Test Alertness zur gerichteten Aufmerksamkeit bei den Bedingungen

ohne und mit Warnton seien weit unter dem Durchschnitt gelegen , ihre phasische Alertness

sei ebenfalls unterdurchschnittlich gewesen . Sie habe insgesamt 26 Reize unbeantwortet gelassen .

Im Test GoNogo zur selektiven Aufmerksamkeit seien ihre Reaktionszeiten unterdurchschnittlich

bei qualitativ mangelhafter Bearbeitung gewesen. Die höheren Denkfunktionen der Beschwerdeführerin

seien unterschiedlich gut gewesen .

Ihre Handlungs- und Impulskontrolle während der sehr strukturierten Testsituation sei auffällig gewesen , ihr Arbeitstempo sei teilweise extrem verlangsamt gewesen .

Ihre Fähigkeit Wesentliches zu erfassen sei in der visuellen Modalität durchschnittlich gewesen .

Bei der visuell-perzeptiven Wahrnehmung und Rekonstruktion einer komplexen Figur sei das

Erfassen strukturiert und das Ergebnis korrekt gewesen .

Ihre lexikalische und ihre semantische Wortflüssigkeit auf Spanisch seien unter dem

Durchschnitt gelegen. Bei der Form A des TMT zur Überprüfung der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit sei es bei fehlerfreier Bearbeitung zu einer unterdurchschnittlichen Bearbeitungszeit gekommen. Der Test zur Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sei nach 3 Minuten und vielen Fehlern

abgebrochen worden (S. 7) .

Die Zusammenstellung der Befunde der Leistungstests lasse auf ein Aggravationsverhalten der Beschwerdeführerin schliessen. Daher könnten die Ergebnisse der Leistungstests inhaltlich nicht

interpretiert werden und würden wegen mangelnder Mitarbeit keine verwertbaren

neuropsychologischen Befunde liefern , da sie wahrscheinlich nicht das effektiv vorhandene kognitive

Leistungsniveau abbilden würden .

Unter diesen Umständen besteht andererseits auch das Risiko, dass tatsächliche und

spezifische kognitive Defizite differenzialdiagnostisch nicht festgestellt werden könnten (S. 8). Die psychiatrische Untersuchung bei Dr. A.____ habe keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ergeben. Die beschriebenen Auffälligkeiten könnten damit durch keine Diagnose erklärt werden (S. 11). 3. 7

Dipl. med. M.____, Facharzt für Neurologie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, regionaler ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, nahm am 10. Juni 2024 Stellung (Urk. 7/95/ 5-6) und führte aus, Diagnosen mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit könnten von der psychiatrischen Gutachterin aufgrund von Inkonsistenzen während der psychiatrischen Begutachtung sowie möglicher bewusstseinsnaher Aggravation während der neuropsychologischen Begutachtung keine erhoben werden. Medizinisch theoretisch fänden sich zwar einige Hinweise auf das Vorliegen einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung, diese hätten sich jedoch im Rahmen der Begutachtung nicht näher verifizieren lassen. Ebenfalls sei im Bericht der F.____ von April 2023 der Verdacht auf ein Rentenbegehren geäußert worden. Widersprüchlich erscheine auch die angeblich geringe sprachliche Kompetenz der Beschwerdeführerin, jedoch habe sie sich beim ersten tagesklinischen Aufenthalt gut mit den Mitpatienten unterhalten und sich in die Gruppe integrieren können, angeblich spreche sie auch mit ihren Kindern in Deutsch. Während der Begutachtung habe die Beschwerdeführerin nur spanisch gesprochen und es habe eine Übersetzung stattgefunden. Während der psychiatrischen Begutachtung hätten keine Hinweise für das Vorliegen einer Intelligenzminderung gefunden werden können, dies stehe auch im Widerspruch zum Ausbildungsgrad der Kundin im Heimatland, so dass die Ergebnisse der Intelligenzeinschätzung im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung ebenfalls nicht zu verwerten seien. Somit könne auch rückblickend kein länger dauernder Gesundheitsschaden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit attestiert werden, ausser der bereits vorbestehenden ADHS, welches die Beschwerdeführerin jedoch nicht deutlich während ihrer Ausbildung und der Berufsausübung im Heimatland behindert habe.

4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stütze ihre leistungsabweisende Verfügung vom 9. August 2024 (Urk. 2) auf das psychiatrisch-neuropsychologische Gutachten von Dr. A.____ und dipl. psych. K.____, gemäss der Schlussfolgerungen die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführer in infolge Aggravation nicht beurteilbar sei. So wurde im psychiatrischen Gutachten aufgrund des in der Neuropsychologie dargestellten Aggravationsverhaltens keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit als plausibel nachvollzogen beurteilt, obwohl die Angaben der Beschwerdeführerin die Symptom-Kriterien sowohl für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung, als auch für eine rezidivierende depressive Störung nach ICD-10 erfüllen würden.

Dr. A.____ erachtete die Beschwerdeführerin dennoch als zu 100 % arbeitsfähig, da aufgrund des in der Neuropsychologie nachgewiesenen Aggravationsverhaltens die Funktionseinschränkungen nicht adäquat beurteilt werden könnten (S. 53).

Die zentralen Fragen der funktionellen Auswirkungen

und mithin der Arbeitsfähigkeit wurden im Gutachten somit nicht schlüssig beantwortet.

Auf das Gutachten von Dr. A.____ kann, wie nachfolgend näher dargelegt wird, nicht abschliessend abgestellt werden, da hinsichtlich der Diagnosen beziehungsweise deren

Auswirkungen Unklarheiten bestehen und insbesondere die Einschätzung, es bestehe gestützt auf

eine Aggravation, welche keine Beurteilung der Funktionseinschränkungen und mithin der Arbeitsfähigkeit zulasse, nicht zu überzeugen vermag.

Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin überzeugt das Gutachten somit nicht und stellt keine rechtsgenügende Grundlage für die Beurteilung des Leistungsanspruchs dar. 4.2

Im neuropsychologischen Teilgutachten schloss die Gutachterin

dipl. psych. K. ___ insbesondere aus den Ergebnissen von zwei Symptomvalidierungstests, vorhandenen Inkonsistenzen bei der Bearbeitung unterschiedlicher Tests sowie teilweise unterdurchschnittlichen Leistungen beziehungsweise Reaktionszeiten bei der computergestützten Prüfung attentionaler Funktionen auf Aggravation. Es erscheint mit Blick auf die im September 2022 anlässlich der verhaltens-neurologisch-neuropsychologischen Untersuchung

erhobenen validen Befunde, welche einer leichten bis mittelgradigen neuropsychologischen Funktionsstörung entsprochen hätten, zumindest fraglich, inwieweit die von dipl. psych. K. ___

benannten Ergebnisse auf aggravierendes Verhalten schliessen lassen. Im September 2022 wurde immerhin aufgrund des Ergebnisses im Beck-Depressionsinventar

von einer relevanten Befundakzentuierung aufgrund der affektpathologischen Symptomatik mit der dafür typischen Hypofunktion der sprachdominanten Hemisphäre ausgegangen, wobei sich weder im Gespräch noch im Verhalten oder auf testpsychologischer Ebene

Inkonsistenzen ergeben hätten, welche auf suboptimales Leistungsverhalten beziehungsweise intentionale Antwortverzerrung hinweisen würden. Auch die Durchführung separater Symptomvalidierungstests habe keine Auffälligkeiten ergeben (vgl. vorstehend E. 3.4).

Insbesondere aber wirft die gutachterliche Einschätzung Fragen auf, soweit der Vorwurf der Aggravation mit der Variabilität der teilweise verlangsamten Reaktionszeit begründet wird. Denn die Gutachterin äussert sich nicht begründet dazu, weshalb die teilweise verzögerten Reaktionszeiten

beziehungsweise unterdurchschnittlichen Leistungen nicht mit der in den Vorakten dokumentierten und auch anlässlich der neuropsychologischen Begutachtung von der Beschwerdeführer in

beklagten Gedächtnis- und Konzentrationsproblemen (allenfalls im Rahmen der diagnostizierten ADHS oder einer allfälligen depressiven Störung) zu erklären sind. Eine nachvollziehbare Stellungnahme hierzu wäre wünschenswert gewesen. Nicht nachvollziehbar ist die Aussage der Gutachterin, dass die psychiatrische Untersuchung durch Dr. A. ___ keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ergeben habe und somit die beschriebenen Auffälligkeiten durch keine Diagnose erklärt werden könnten (S. 11). Hierzu bleibt anzumerken, dass die psychiatrische Gutachterin Dr. A. ___ ihrerseits das Fehlen von Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit damit

begründete, dass solche aufgrund

des in der Neuropsychologie nachgewiesenen Aggravationsverhaltens nicht als plausibel nachvollzogen werden könnten .

Dr. A.____ erachtete jedoch sowohl die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung als auch einer rezidivierenden depressiven Störung anamnestisch als nachvollziehbar ; die Angaben der Beschwerdeführerin würden die Symptom-Kriterien nach ICD-10 erfüllen (S. 43, S. 45). Vor diesem Hintergrund waren allfällige Minderleistungen nicht zwingend mit Aggravation zu erklären; eine Diskussion dieser Umstände erfolgte gutachterlich nicht. 4.3

Zu bemängeln ist im Weiteren, dass die psychiatrische Gutachterin Dr. A.____ die Annahme einer Aggravation einzig auf die Ergebnisse der neuropsychologischen Testung abstützte, sich eine solche jedoch nicht in den erhobenen biografischen Informationen, in den Befunden oder im durch Verhaltensbeobachtung klinisch gewonnenen Eindruck widerspiegelt .

Dr. A.____ beschrieb die ihr aufgefallenen «Inkonsistenzen» unter anderem damit, dass sich die Beschwerdeführerin im Kontaktverhalten auffällig und wechselhaft zeige, sie während der kompletten Untersuchung ihre Hände in der Fronttasche ihres Hoodies behalte, die Mimik anfangs traurig sei und sie zwischenzeitlich weine, sie anfangs sehr leidend wirke und nicht frei spreche und nur sehr wortkarg antworte, sie anfangs verlangsamt wirke , bei den Erzählungen,

was ihr an der Arbeitsstelle widerfahren sei , jedoch plötzlich nicht mehr , befragt nach Gewalterfahrungen in der Kindheit

beginne die Beschwerdeführerin zu weinen, rede plötzlich viel und laut, anders als in der bisherigen Exploration (S. 26 f.) .

Worin die Inkonsistenzen bestehen sollten, erläutert die Gutachterin jedoch mit keinem Wort. Aus ihrem Text fallen jedenfalls keine Inkonsistenzen auf, ist doch das Verhalten der Beschwerdeführerin anlässlich einer gutachterlichen Befragung auf den ersten Blick nicht mit einer Aggravation gleichzusetzen .

Beim erwähnten Abbruch der Testung mittels Mini-ICF-APP (S. 31) bleibt unklar, aus welchen Gründen die Beschwerdeführerin die Übersetzung nicht mehr verstanden habe. Dazu äussert sich die Gutachterin eben falls nicht. Ausserdem nicht nachvollziehbar ist die Bemerkung von Dr. A.____ , sie habe die Bestimmung aller verordneten Psychopharmaka nicht nochmals nachverlangt, da das Ergebnis des Aggravationsverhaltens bereits klar gewesen sei und es somit keinen Unterschied mache, ob die Beschwerdeführerin die Medikation einnehme oder nicht (S. 31 unten). Diese Schlussfolgerung ergibt keinen Sinn und vermag nicht zu überzeugen, zumal so nicht von einer vollständigen Diagnostik gesprochen werden kann.

Dr. A.____ stützte sich auch bezüglich der Beurteilung der Diagnosen und der Arbeitsfähigkeit insbesondere auf die neuropsychologische Untersuchung und begründete, dies könne aufgrund des aggravierenden Verhaltens nicht beurteilt werden

beziehungsweise dass diese zufolge des aggravierenden Verhaltens nicht aussagekräftig seien . Das Vorgehen und die Begründung der Gutachterin sind nicht nachvollziehbar .

Zusammenfassend beschrieb die Gutachterin Dr. A.____ demnach weder nachvollziehbare Inkonsistenzen noch widersprüchliche Angaben, geschweige denn erhebliche Diskrepanzen zwischen den geschilderten Beschwerden und dem gezeigten Verhalten, der Anamnese oder dem gelebten Alltag, beziehungsweise demonstrativ vorgetragene aber unglaubwürdig wirkende Klagen oder geltend gemachte schwere Einschränkungen im Alltag bei weitgehend intaktem psychosozialen Umfeld, wie dies von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung verlangt wird (vgl. vorstehend E. 1).

E. 9

). Bei der Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität kommentiert die Gutachterin die angegebenen Diskrepanzen einerseits wieder mit dem Antwortverhalten der Beschwerdeführerin (es müsse immer wieder nachgefragt werden), andererseits führte sie aus, die Diskrepanz zwischen «im Haushalt sei vieles möglich» und «ausser Haus sei ohne Begleitung nichts möglich» könne aufgrund der Ängste mit Vermeidungsverhalten erklärt werden (S. 36). Die Gutachterin bezeichnete die Symptome und Beschwerdeschilderungen hinsichtlich der Aktenlage schlüssig und hinsichtlich des geschilderten und aktenkundigen Verlaufs nachvollziehbar (S. 37). Weiter erachtete sie sowohl die Diagnose einer PTBS als auch einer rezidivierenden depressiven Störung aktenanmessen als nachvollziehbar und gab an, die Beschwerdeführerin erfülle die jeweiligen Symptom-Kriterien nach ICD-10 (S. 43, S. 45). Es sei diesbezüglich jedoch nie ein Beschwerdevalidierungstest durchgeführt worden, so dass die resultierenden Funktionseinschränkungen hinsichtlich des aktuell neuropsychologisch nachgewiesenen Aggravationsverhaltens nicht eindeutig beurteilbar seien (S. 41, S. 44). Diese Ausführungen lassen die vorbehaltlose Annahme einer Aggravation nicht zu. Zudem wird nicht erläutert, wie ein Beschwerdevalidierungstest bei einer Depression oder einer PTBS aussähe.

4.4

Insbesondere ist darauf hinzuweisen, dass die neuropsychologische Abklärung nach der Rechtsprechung lediglich eine Zusatzuntersuchung darstellt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_299/2019 vom 27. Juni 2019 E. 4 und 9C_752/2018 vom 12. April 2019 E. 5.3, je mit Hinweisen) und dass die Feststellung von Aggravation, Simulation oder Somatisierung grundsätzlich Sache des psychiatrischen Facharztes ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_737/2018 vom 15. Februar 2019 E. 5.2 mit Hinweis). Vorausgesetzt ist nach der Rechtsprechung daher, dass der psychiatrische Facharzt die neuropsychologischen Testergebnisse würdigt (Urteil des Bundesgerichts 8C_605/2019 vom 12. November 2019 E. 3.2.2 mit Hinweis), wobei die Frage, wann ein verdeutlichendes Verhalten (nur) verdeutlichend und unter welchen Voraussetzungen die Grenze zur Aggravation und vergleichbaren leistungshindernden Konstellationen überschritten ist, einer einzelfallbezogenen, sorgfältigen Prüfung auf einer möglichst breiten Beobachtungsbasis auch in zeitlicher Hinsicht bedarf (vgl. vorstehend E. 1.9).

Vorliegend hatte die psychiatrische Gutachterin Dr. A.____ darauf verzichtet, die neuropsychologischen Testergebnisse einer sorgfältigen Würdigung zu unterziehen. Vielmehr übernahm sie die aus neuropsychologischer Sicht attestierte Aggravation unhinterfragt. Jedoch hätte sich eine kritische Auseinandersetzung mit der von dipl. psych. K.____ festgestellten Aggravation durch die psychiatrische Gutachterin aufgedrängt. Auch vor dem Hintergrund der medizinischen Vorakten, wo unter anderem ein mehrwöchiger stationärer Aufenthalt dokumentiert ist (vgl. vorstehend E. 3.5), war die Feststellung einer

Aggravation jedenfalls zu hinterfragen, enthielten diese doch keinen direkten Hinweis auf ein aggravierendes Gebaren. So wurden anlässlich der neuropsychologischen Testung im September 2022 Inkonsistenzen, welche auf suboptimales Leistungsverhalten beziehungsweise intentionale Antwortverzerrung hinweisen würden, ausdrücklich verneint und die Durchführung separater Symptomvalidierungstests ergab keine Auffälligkeiten. Es wurde festgehalten, dass keine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine negative, bewusste Antwortverzerrung gemäss Bewertungskriterien bestehe (vgl. vorstehend E. 3.4). Mit Blick auf diese sich aus den Vorakten ergebenden Beurteilungen und Tatsachen, die konträr zur festgestellten Aggravation waren, erschien eine sorgfältige Begründung der Aggravation durch die psychiatrische Gutachterin - wollte sie diese bestätigen - umso erforderlicher. Indem die psychiatrische Gutachterin die im neuropsychologischen Gutachten festgestellte Aggravation stattdessen unbesehen übernahm und nicht selber im Lichte der Akten würdigte, und sie diese auch nicht von bloss verdeutlichendem Verhalten abgrenzte, genügt ihre Expertise den rechtsprechungsgemässen Anforderungen nicht. 4.5

Nach dem Gesagten und nachdem der Vorhalt der Aggravation letztlich dafür ausschlaggebend war, dass das Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin nicht beurteilbar erschien, überzeugt das Gutachten von Dr. A.____ und dipl. psych. K.____ als Gesamtes nicht. Eine zuverlässige Grundlage für die Beurteilung des Leistungsvermögens der Beschwerdeführerin oder der Annahme eines zu deren Lasten gehenden Ausschlussgrundes (im Sinne einer Aggravation) liegt somit nicht vor.

Da das psychiatrische Gutachten von Dr. A.____ in nicht genügender Art und Weise von Aggravation ausgeht, zentrale Fragen nicht beantwortet und eine Beurteilung der Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin damit nicht möglich ist, wäre die Beschwerdegegnerin gehalten gewesen, weitere medizinische Abklärungen zu veranlassen, um die offenen Fragen zu klären. Gleichzeitig sind die Voraussetzungen für die Annahme der Beweislosigkeit nicht erfüllt, da erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen blieben und von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind. Neue Abklärungen sind somit unumgänglich. 4.6

Zusammenfassend lässt sich anhand der vorliegenden Akten und des Gutachtens von Dr. A.____ und dipl. psych. K.____ nicht beurteilen, ob ein Rentenanspruch der Beschwerdeführerin besteht, nachdem die zentralen Fragen der Diagnosen, der Funktionseinschränkungen und der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht beantwortet wurden. Der medizinische Sachverhalt erweist sich somit als unzureichend abgeklärt.

Die Sache ist daher in Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 9. August 2024 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese

ein neues, den rechtsprechungsgemässen Anforderungen genügendes psychiatrisch-neuropsychologisches Gutachten einhole. Danach hat sie über einen Rentenanspruch erneut zu verfügen. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 800.-- festzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 9. August 2024 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste - 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 Schüpbach

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