

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2012/441 vom 2. April 2015**

Sg Versicherungsgericht, 2015-04-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2012\\_441](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2012_441)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2012/441 du 2 avril 2015

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2012/441 del 2 aprile 2015

## **Regeste**

Art. 28 IVG, Art. 61 lit. c ATSG. Beweiswürdigung eines neurologischen und psychiatrischen Gutachtens, welches unter anderem Simulation diagnostiziert und von Aggravation ausgeht. Vorliegen einer Depression schweren Grades mit konsekutiver Arbeitsfähigkeit von noch 40% nicht überzeugend. Beweislosigkeit (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. April 2015, IV 2012/441).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente. Dabei stellt sich die Frage, ob die im Rahmen des Wiederanmeldeverfahrens ergangene Abweisung des Leistungsbegehrens zu Recht erfolgte. Ausschlaggebend und vorliegend besonders umstrittene medizinische Grundlage ist das Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ vom 21. November 2011 (IV-act. 86) bzw. sein Ergänzungsbericht vom 20. Januar 2012 (IV-act. 89). 1.1 Die Beschwerdegegnerin weist einen Rentenanspruch ab, obwohl Dr. F.\_\_\_\_ die Arbeitsunfähigkeit auf 60% einschätzte. Sie verweist dabei auf die im Gutachten deutlich festgestellte Aggravation und Simulation seitens der Beschwerdeführerin. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sei der invalidisierende Charakter einer Diagnose von vornherein ausgeschlossen oder stark zu relativieren, wenn die präsentierte Symptomatik auf einer Aggravation oder ähnlicher Konstellation beruhe. Wenn Dr. F.\_\_\_\_ geltend mache, er habe den Anteil der Simulation bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung ausgeklammert, so sei dies vor dem Hintergrund, dass die Beschwerdeführerin bei der gesamten psychiatrischen Exploration ihr Verhalten willentlich gesteuert und etwas vorgespielt habe, nicht nachvollziehbar (act. G 4). 1.2 Die Beschwerdeführerin macht zunächst eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend. Die Beschwerdegegnerin habe sich mit ihren Argumenten aus dem Einwandschreiben nicht ernstlich auseinandergesetzt. Die Begründung in der angefochtenen Verfügung sei zudem mangelhaft. Insbesondere sei die Feststellung fehlerhaft, dass der medizinische Sachverhalt aus juristischen Gründen nicht berücksichtigt werden könne. Wenn dem so wäre, müsste die Beschwerdegegnerin weitere medizinische Abklärungen vornehmen und nicht bloss die von ihr beauftragte Expertise von Dr. F.\_\_\_\_ und die damit übereinstimmende Meinung des RAD als unverwertbar erklären. Dr. F.\_\_\_\_ habe jedoch die Restarbeitsfähigkeit ausdrücklich unter Berücksichtigung der Aggravation bzw. Simulation eingeschätzt. Es sei zudem nicht mit genügender Beweissicherheit abgeklärt oder dargetan, ob überhaupt eine Aggravation tatsächlich vorliege (act. G 1).

### **E. 2**

Zu prüfen ist vorab, ob eine Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliegt. Die Beschwerdeführerin beanstandet, dass ihr Einwand vom 17. September 2012 (IV-act. 99) in der angefochtenen Verfügung vom 16. Oktober 2012 (IV-act. 100) nicht ernsthaft berücksichtigt worden sei. 2.1 Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Schweizerischen Bundesverfassung; Art. 42 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Teil des rechtlichen Gehörs ist der Anspruch der Parteien auf Begründung von Verfügungen (sog. Begründungspflicht; Art. 49 Abs. 3 ATSG). Der Versicherungsträger ist mithin verpflichtet, sich mit den Vorbringen der Parteien inhaltlich auseinanderzusetzen und seine Überlegungen wenigstens kurz zu begründen (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Art. 42 N 5 und Art. 49 N 37 f.). 2.2 In ihrem Einwand weist die Beschwerdeführerin darauf hin, dass die medizinischen Akten eine Einschränkung von 60% attestieren würden und sie daher Anspruch auf eine Invalidenrente habe. Die Einwände des Rechtsdienstes der Beschwerdegegnerin seien dagegen unsubstanziert und könnten nicht relevant sein. Inwiefern die Stellungnahme des Rechtsdienstes unsubstanziert sein soll, führt sie indes nicht weiter aus (vgl. IV-act. 99). Die Beschwerdegegnerin nimmt in der angefochtenen Verfügung auf den Einwand ausdrücklich Bezug, hält aber an der Stellungnahme ihres Rechtsdienstes vom 6. März 2012 (IV-act. 91) ausdrücklich fest. Das psychiatrische Gutachten (von Dr. F.\_\_\_\_) ergebe keine verwertbaren Erkenntnisse für eine Arbeitsfähigkeitsschätzung. Die Ergebnisse der medizinischen Untersuchung beruhten insbesondere auf einer Aggravation seitens der Beschwerdeführerin (IV-act. 100). 2.3 Da die Beschwerdeführerin ihre Beanstandung gegen die Stellungnahme des Rechtsdienstes nicht weiter ausführte, war der Hinweis in der Verfügung, dass an der Stellungnahme des Rechtsdienstes festgehalten werde, ausreichend. Eine Verletzung der Begründungspflicht und damit des rechtlichen Gehörs liegen somit nicht vor.

### **E. 3**

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). 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). 3.2 Anspruch auf eine Rente haben 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) sind; und c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). 3.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung bzw. das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung stellen. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeit die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend,

ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a). 3.4 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so ist nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) eine neue Anmeldung nur zu prüfen, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. 3.5 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. BGE 130 V 71). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 130 V 71 E. 3.2.2. f., 117 V 198 E. 3a).

#### **E. 4**

4.1 Die erste Anmeldung der Beschwerdeführerin zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung wurde von der Beschwerdegegnerin rechtskräftig abgewiesen (vgl. IV-act. 48). Auf die erneute Anmeldung vom 7. Januar 2011 ist die Beschwerdegegnerin materiell eingetreten und hat das Leistungsbegehren erneut abgewiesen. Es gilt somit zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin insoweit verschlechtert hat, dass nunmehr ein Anspruch auf eine Rentenleistung besteht. 4.2 Ob eine Änderung bzw. Verschlechterung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung vorlag, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung respektive des Einspracheentscheids (BGE 133 V 108 E. 5.4). Zeitliche Anhaltspunkte im vorliegenden Verfahren sind demnach einerseits (nachfolgend E. 5) die rechtskräftige Verfügung vom 11. September 2008 (IV-act. 48) und andererseits (nachfolgend E. 6) die Entwicklung des Gesundheitszustands bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung vom 16. Oktober 2012 (IV-act. 100).

#### **E. 5**

Bei Erlass der Verfügung vom 11. September 2008 präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt: 5.1 Nach dem Verkehrsunfall vom 27. Oktober 2005 wurde die Beschwerdeführerin in der Klinik für Chirurgie der Spitalregion St. Gallen Rorschach stationär behandelt. Die behandelnden Ärzte stellten folgende Verletzungen fest: RQW frontal und Nasenrücken; Kontusion oberer Hemithorax rechts; Kontusion rechte Hand; Kontusion Kniegelenke beidseits; und Schürfwunden rechter Unterschenkel am Malleolus medial. Nach Besserung der Schmerzsymptomatik wurde die Beschwerdeführerin am 30. Oktober 2005 wieder entlassen (Bericht vom 2. November 2005; IV-act. 6-5 f.). 5.2 Nach einer ersten psychiatrischen Behandlung im Psychiatrischen Zentrum D.\_\_\_\_ (siehe Bericht vom 6. Februar 2006; IV-act. 104-4 f.) begab sich die Beschwerdeführerin vom 11. April bis 2. Mai 2006 zur stationären Behandlung in

die Klinik Valens. Die behandelnden Ärzte der Klinik stellten fest, dass sich bei der Beschwerdeführerin nach dem Unfall eine ausgeprägte phobische Ängstlichkeit mit der Notwendigkeit einer psychiatrischen Mitbetreuung entwickelt habe. Nebst dem Angstgefühl leide sie auch an Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates. Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin zur Zeit 100% arbeitsunfähig; die weitere Entwicklung müsse vom nachbehandelnden Psychiater beurteilt werden. Aus somatischer Sicht sei nach Besserung der psychiatrischen Symptomatik eine Wiedereingliederung in die bisherige Tätigkeit (Bäckerei) zu 50% zumutbar. Die Ärzte stellten folgende Diagnosen: Posttraumatische Belastungsstörung mit bedeutsamer depressiv ängstlicher Komorbidität; cervicobrachiales Syndrom linksseitig; und Lumbovertebralsyndrom mit ausstrahlenden Schmerzen ins linke Bein ohne radikuläre Symptomatik (Bericht vom 11. Mai 2006; IV-act. 10-6 ff.).

### **E. 5.3**

5.3.1 Die Beschwerdeführerin wurde nach dem Unfall auch vom Traumatherapeuten Dr. phil. G. \_\_\_ ambulant behandelt. Nachdem der Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik Valens keine durchschlagende Besserung der Symptomatik gebracht hatte, wies Dr. G. \_\_\_ die Beschwerdeführerin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie H. \_\_\_ zu einer weiteren stationären Behandlung zu. Die Hospitalisation in dieser Klinik dauerte vom 26. Juni bis 26. Oktober 2006 (Bericht vom 26. Oktober 2006; IV-act. 33).

5.3.2 Bei Eintritt stellten die Ärzte fest, dass die Beschwerdeführerin von einem vielschichtigen posttraumatischen Zustandsbild mit lebenseinschränkender konstriktiver Symptomatik, erhöhter Schreckhaftigkeit, Intrusionen, intermittierenden Angst- und Panikattacken, Alpträumen, dissoziativen Bewegungsstörungen, undifferenzierten Schmerzen sowie sozialen Rückzugstendenzen dominiert werde. Darüber hinaus sei es im letzten Jahr zur Entwicklung intermittierender depressiver Episoden gekommen. Der Verlauf habe gezeigt, dass momentan andere intrapsychische Konflikte (wie die Herkunftsfrage und für die Beschwerdeführerin belastende familiäre Strukturen, Einzug der zukünftigen Schwiegertochter in die gemeinsame Wohnung) im Vordergrund zu stehen schienen. Es verhärtete sich die Hypothese des Bindungsversuches der Beschwerdeführerin an den Sohn unter Zuhilfenahme des Unfalles und der ausgelösten Regression. Im Ergebnis stellten die Ärzte fest, dass es aus psychiatrisch-medizinischer Sicht keine Gründe gäbe, die gegen eine berufliche Wiedereingliederung sprechen würden. Beim Austritt bestätigten die Ärzte die Diagnosen der Klinik Valens (vgl. vorstehende E. 5.2).

### **E. 5.4**

5.4.1 Massgeblicher Arztbericht bei Erlass der ersten Verfügung vom 11. September 2008 war das ABI-Gutachten vom 14. Februar 2008 (IV-act. 28). Dieses wurde aufgrund einer internistischen, psychiatrischen und neurologischen Untersuchung erstellt. Aus neurologischer und allgemeinmedizinischer Sicht konnten die Gutachter keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellen. Aus psychiatrischer Sicht attestierten die Ärzte eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20%. Diese sei bedingt durch eine ängstlich-depressive Störung, welche zugleich als einzige Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt wurde (Angst und depressive Störung gemischt, ICD-10 F41.2). Die (ängstlich-depressive) Störung sei indes nur geringgradig. Eine schwere depressive Störung liege nicht vor.

5.4.2 Die ABI-Gutachter wiesen ferner darauf hin, dass zwischen ihrer Beurteilung und der Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin eine deutliche Diskrepanz bestehe. Die Beschwerdeführerin zeige eine ausgeprägte subjektive

Krankheitsüberzeugung. Sie halte sich daher für gar nicht mehr arbeitsfähig. Ursächlich für diese Diskrepanz seien wahrscheinlich sowohl die psychiatrischen Diagnosen als auch invaliditätsfremde Faktoren wie die eher geringen Sprachkenntnisse, die fehlende Berufsausbildung, der schwierige Arbeitsmarkt und ein wahrscheinlich vorhandener sekundärer Krankheitsgewinn. Mit ihrer Beschwerde erreiche sie zudem eine hohe Zuwendung seitens der Familie, teilweise verhindere sie so auch die notwendige Ablösung von ihrem (inzwischen aus dem Elternhaus ausgezogenen) Sohn.

## **E. 6**

Im Zusammenhang mit der Neuanschuldung vom 7. Januar 2011 finden sich in den Akten folgende (medizinischen) Berichte:

### **E. 6.1**

6.1.1 Das Psychiatrische Zentrum D.\_\_\_\_ stellte mit Bericht vom 3. August 2010 (IV-act. 56) fest, dass die posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) bei der Beschwerdeführerin klar als Unfallfolge zum Verkehrsunfall vom 27. Oktober 2005 zu verstehen sei. Als sekundäre Folge habe sich eine Benzodiazepinabhängigkeit (Störung durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom, ICD-10 F13.2) entwickelt. Die Benzodiazepinabhängigkeit habe bei ihnen auf der Kurztherapiestation stationär vom 11. September bis 16. Oktober 2009 mit Erfolg behandelt werden können. Seither sei die Beschwerdeführerin benzodiazepinabstinent. Der psychische Gesundheitszustand habe sich vor dem 16. Oktober 2009 fluktuierend bis sich verschlechternd gezeigt. 6.1.2 Weiter hielten die Ärzte fest, dass sich bei der Beschwerdeführerin eine depressive Stimmungslage, rasche Ermüdung, Erschöpfung, Kraftlosigkeit, geringe Belastbarkeit, Konzentrations- und Merkfähigkeitsschwäche, gesteigerte Geräuschempfindlichkeit, schwere Ein- und Durchschlafstörungen mit Tagesmüdigkeit, innere Unruhe und Anspannung zeigten. Sie leide ausserdem unter ausgeprägten Angst- und Panikzuständen mit Herzklopfen, Zittern, Schweissausbrüchen, Atemnot und Blockaden. Sie habe am ganzen Körper Schmerzempfindungen mit Bewegungseinschränkung und Parästhesien "Kribbeln wie Ameisen". Es sei ein deutlicher Ruhetremor der oberen Extremitäten, v.a. des rechten Armes, festzustellen. Wegen des psychischen Leidens sei die Beschwerdeführerin überhaupt nicht mehr in der Lage, sich an der Haushaltsführung zu beteiligen. Sie liege überwiegend im Bett und könne jeweils nur für kurze Zeit aufstehen. Insgesamt sei sie täglich etwa drei Stunden auf. Seit dem Unfall habe sie auch nicht mehr alleine das Haus verlassen können. 6.2 Nach der Wiederanschuldung vom 7. Januar 2011 holte die Beschwerdegegnerin einen Bericht von der Psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_ ein. Diese hatte die Beschwerdeführerin wegen leichten bis mittelgradigen depressiven Symptomen und einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten und Angst bereits zweimal stationär behandelt (vom 30. Oktober 2009 bis 28. Januar 2010 und vom 2. Mai bis 15. Oktober 2010). In ihrem Bericht vom 14. Juli 2011 diagnostizierte die Klinik eine rezidivierende depressive Störung (ggw. mittelgradig depressive Episode [ICD-10 F33.11]), DD eine posttraumatische Belastungsstörung sowie DD eine Somatisierungsstörung bei Akzentuierung von ängstlich-vermeidenden und histrionischen Persönlichkeitsanteilen. Das Vermeidungsverhalten der Beschwerdeführerin habe sich für den Alltag als sehr einschränkend gezeigt. Zudem habe sie grosse Mühe, sich auf eine längerfristige ambulante Therapie einzulassen. Während der stationären Behandlung seien keine eindeutigen Anzeichen für eine posttraumatische Belastungsstörung wie Intrusionen oder Alpträume festgestellt worden. Es liege eindeutig eine depressive Symptomatik vor (IV-act. 80).

## E. 6.3

6.3.1 Am 21. November 2011 erstellte Dr. F.\_\_\_\_ ein neurologisches und psychiatrisches Gutachten (IV-act. 86). Darin diagnostizierte er eine maladaptive Krankheitsverarbeitung (ICD10 F54), eine dissoziative Störung (ICD10 F44.9), eine Somatisierungsstörung (ICD10 F45.0), eine Simulation (ICD10 F48.9) sowie besondere Persönlichkeitszüge (ICD10 F60.8). Er betonte in seinen Ausführungen wiederholt, dass die Beschwerdepräsentation beeinflusst sei von Aggravation oder Simulation, die sich bei den Testungen der Beschwerdevalidität gezeigt hätten.

6.3.2 Beim Test zur Messung des Arbeitsgedächtnisses habe die Beschwerdeführerin den Wert "sehr niedrig" erreicht. Dies weise entweder auf eine erworbene Teilleistungsschwäche im Rahmen einer psychischen Störung hin oder aber sei Ausdruck von verminderter Anstrengungsbereitschaft. Auch ansonsten habe die Beschwerdeführerin immer wieder ein angestregtes Nachsinnen auf einfache biografische Fragen demonstriert. So habe sie auf die Frage des Gutachters, wie viele Zimmer ihre Wohnung hätte, zunächst sofort den mehrfach demonstrierten ratlosen Gesichtsausdruck gezeigt. Erst auf die latent vorwurfsvolle Intervention des Gutachters hin, er könne nicht glauben, dass ihr die Zahl der Zimmer ihrer Wohnung nicht bekannt sei, habe sie darauf eine klare Antwort gegeben. Auch in den durchgeführten Beschwerdevalidierungstests habe sie entweder stark den Eindruck von Simulation vermittelt oder deutliche Hinweise für die Aggravation kognitiver Defizite gezeigt.

6.3.3 Der Gutachter hielt fest, es ergäben sich in nicht unerheblichem Ausmass Zweifel an der Plausibilität der vorgetragenen und demonstrierten Beschwerden. Sowohl die Prüfung auf interne Inkonsistenz wie auf externe Konsistenz würden teilweise erhebliche Unstimmigkeiten aufweisen. Eine auch nur annähernd genaue quantitative Abgrenzung des "bewusstseinsnah" verankerten Störungsanteils ("Simulation") gegenüber eher "bewusstseinsfern" gelegenen Störungsanteilen ("Somatisierung", "dissoziative Störung") gelinge gutachterlich nicht. Die Beschwerdeführerin habe ihn von einem überwiegend oder vollständig bewusstseinsfern verankerten Störungsbild ("Krankheit") nicht überzeugen können.

6.3.4 I Ergebnis hielt Dr. F.\_\_\_\_ fest, dass im Vergleich zum ABI-Gutachten (vom 14. Februar 2008; IV-act. 28) mit den aktuell erhobenen Befunden und unter Berücksichtigung der Aggravation oder Simulation der Beschwerden von einer Verschlechterung des Gesundheitsschadens der Beschwerdeführerin und einer Änderung eines grossen Teils der Diagnosen ausgegangen werden könne. Im Unterschied zu den früheren Ergebnissen müsse nun wohl ein depressives Syndrom von schwerem Ausprägungsgrad festgestellt werden. Er attestierte daher sowohl in angestammter Tätigkeit als auch im Haushalt eine Arbeitsfähigkeit von 40%. Eine besser angepasste Tätigkeit mit resultierend höherer beruflicher Leistungsfähigkeit könne er nicht benennen (IV-act. 86).

6.4 Die RAD-Ärztin Dr. C.\_\_\_\_ hielt zum Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ fest, dass darauf noch nicht ohne Weiteres abgestellt werden könne. In der Gesamtsicht der Diagnosen und der Testdiagnostik ergäbe sich zwar ein stimmiges Bild und eine nachvollziehbare Einschätzung des Gesundheitsschadens und der Arbeitsfähigkeit. Zu bemängeln sei aber die Übersichtlichkeit und Ausführlichkeit der Diagnostik. Die Befundung sei mangelhaft. Die diagnostizierten Störungen seien mangelhaft erläutert. Zudem fehle in der Diagnosenliste die an anderer Stelle ausdrücklich genannte schwergradige depressive Störung. Deshalb sei eine Rückfrage an Dr. F.\_\_\_\_ erforderlich (RAD-Stellungnahme vom 10. Januar 2012; IV-act. 87).

6.5 Mit Ergänzungsbericht vom 20. Januar 2012 (IV-act. 89) erklärte Dr. F.\_\_\_\_, dass ihm ein Fehler unterlaufen sei. Die chronifizierte depressive Störung von schwerem Ausprägungsgrad (ICD10 F32.2) sei in die Diagnosenliste aufzunehmen. Er

erwähnte ferner, dass die Diagnose der besonderen Persönlichkeitsstruktur aus der Anamnese und den Beobachtungen in der klinischen und in der Testuntersuchung abgeleitet worden sei. Eine spezifische Persönlichkeitsdiagnostik sei angesichts der psychischen Besonderheiten und der soziokulturellen Voraussetzungen nicht möglich. Schliesslich wies der Gutachter darauf hin, dass in der vorliegenden Konstellation von soziokulturellem Hintergrund, sprachlichem Ausdruck, besonderem persönlichem Ausdrucksmodus und fortgeschrittenem sozialmedizinischem Prozess mit zunehmender Bedeutung sekundärer Gesichtspunkte die Grenzen einer auch nur annähernd exakten medizinischen gutachterlichen Bildbeurteilung möglicherweise erreicht seien. 6.6 Die RAD-Ärztin Dr. C.\_\_\_\_ hielt daraufhin fest, dass bei der Beschwerdeführerin seit Oktober 2010 ein stabiler, verschlechterter Gesundheitszustand vorliege. Dabei sei unter anderem ein aktuell schwergradiges depressives Syndrom diagnostiziert worden. Der Verdacht auf Parkinson könne dagegen aktuell ausgeschlossen werden. Die gleichzeitig festgestellten Verdeutlichungs- und Aggravationsbemühungen würden in der gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit medizintheoretisch berücksichtigt bzw. subtrahiert (RAD-Stellungnahme vom 24. Februar 2012; IV-act. 90). 6.7 Am 28. Februar 2012 hielt der Rechtsdienst der Beschwerdegegnerin fest, dass der invalidisierende Charakter von psychiatrischen Diagnosen von vornherein ausgeschlossen oder stark zu relativieren sei, wenn die präsentierte Symptomatik auf einer Aggravation oder ähnlichen Konstellationen beruhe. Das Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ überzeuge nicht. Seine Arbeitsfähigkeitsschätzung könne daher nicht übernommen werden. Die RAD-Ärztin Dr. C.\_\_\_\_ erwiderte darauf, dass der Gutachter nachvollziehbar eine zum Teil bewusstseinsnahe, zum Teil aber auch bewusstseinsferne Dramatisierung beschreibe und auch, dass in der vorliegenden Konstellation eine annähernd exakte gutachterliche Bildbearbeitung nicht ausreichend sicher möglich sei. Trotz der diagnostizierten schweren depressiven Störung sei deshalb immerhin noch eine Arbeitsfähigkeit von 40% eingeschätzt worden (IV-act. 91). Der Rechtsdienst der Beschwerdegegnerin stellte daraufhin fest, dass die RAD-Stellungnahme keine neuen Gesichtspunkte enthalte. Es sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen (IV-act. 91).

## **E. 7**

7.1 Aus den medizinischen Berichten ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin Beschwerden (zumindest unbewusst) durch Aggravation verdeutlicht oder gar durch Simulation vorgetäuscht hat. Dieser Befund ergibt sich aus dem Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ (vgl. vorstehende E. 6.3). Bereits in früheren Untersuchungen durch das ABI (vgl. vorstehende E. 5.4) und der Klinik H.\_\_\_\_ (vgl. vorstehende E. 5.3) waren Verdeutlichungstendenzen festgestellt worden. 7.2 Eine auf Aggravation beruhende Leistungseinschränkung stellt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung dar. Eine solche Ausgangslage ist etwa gegeben, 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 (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen). 7.3 Dr. F.\_\_\_\_ hat in der Begutachtung eindeutige Hinweise auf Aggravation und Simulation festgestellt. Zudem hat er festgehalten, dass ihn die Beschwerdeführerin von einem überwiegend oder vollständig bewusstseinsfern verankerten Störungsbild nicht habe überzeugen können. Die von ihm

dennoch festgelegte Arbeitsunfähigkeit von 60% gestützt auf ein "jetzt wohl" bestehendes depressives Syndrom von schwerem Ausprägungsgrad überzeugt nicht. Zum einen hat die Klinik E.\_\_\_\_, wo sich die Beschwerdeführerin zweimal mehrmonatig stationär aufgehalten hat, lediglich jeweils leichte bis mittelgradige depressive Symptome festgestellt (vgl. IV-act. 80-1). Zu Recht ist daher die RAD-Ärztin zunächst von keinen relevanten neuen psychiatrischen Befunden gegenüber dem ABI-Gutachten ausgegangen (vgl. IV-act. 81). Zum anderen scheint sich die Diagnose des Vorliegens eines schweren depressiven Syndroms zur Hauptsache auf den Hamilton-Test abzustützen (vgl. IV-act. 86-9), was im vorliegenden Fall, wo die Beschwerden eindeutig übertrieben dargestellt werden, nicht als ausreichende Grundlage erscheint. Wenn der Gutachter in seinem Ergänzungsbericht darauf hinweist, dass die Grenzen einer klaren Beurteilung möglicherweise erreicht seien (IV-act. 89), führt dies unter Berücksichtigung der Aggravation und Simulation einerseits und des ausgewiesenen sekundären Krankheitsgewinns andererseits dazu, dass eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustands bzw. der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit beweislos bleibt. 7.4 Im Ergebnis ist damit festzustellen, dass bei dem von der Beschwerdeführerin gezeigten regressiven und appellativen (aggravierenden) Verhalten, das - wie auch von der Klinik H.\_\_\_\_ und dem ABI beschrieben - seinen Grund im familiären Gefüge und soziokulturellen Gegebenheiten haben dürfte, die Diagnose einer chronifizierten Depression schweren Grades mit konsekutiver Arbeitsfähigkeit von noch 40% nicht zu überzeugen vermag. Eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands im Nachgang zum ABI-Gutachten bleibt vielmehr beweislos. Daran können auch weitere medizinische Abklärungen nichts ändern. Der Rentenantrag der Beschwerdeführerin ist daher zufolge Beweislosigkeit der von ihr behaupteten Arbeitsunfähigkeit zu Recht abgelehnt worden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 9C\_164/08, E. 4.3).

## **E. 8**

8.1 Damit ist die Beschwerde abzuweisen. 8.2 Der Beschwerdeführerin wurde die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt (act. G 5). Es ist darauf hinzuweisen, dass eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nach- bzw. Rückzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 99 Abs. 2 VRP [sGS 951.1] i.V.m. Art. 123 Abs. 1 ZPO [SR 272]). 8.3 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Praxisgemäss ist die Gerichtsgebühr für das vorliegende Verfahren auf Fr. 600.-- festzulegen und der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Zufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist sie von der Bezahlung zu befreien. 8.4 Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat keine Kostennote eingereicht. Aufgrund der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand ist praxisgemäss von einer Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) auszugehen. Im Rahmen der unentgeltlichen Prozessführung sind die Parteikosten um einen Fünftel herabzusetzen (Art. 31 Abs. 3 AnwG; sGS 963.70). Die Entschädigung durch den Staat beträgt demnach noch Fr. 2'800.--. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im

Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Beschwerdeführerin wird zufolge unentgeltlicher Rechtspflege von der Bezahlung der Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- befreit. 3. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zufolge unentgeltlicher Rechtspflege mit Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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