

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/403 vom 16. August 2017

Sg Versicherungsgericht, 2017-08-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2014_403

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/403 du 16 août 2017

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/403 del 16 agosto 2017

Regeste

Art. 28 IVG. Würdigung eines polydisziplinären Gutachtens unter Berücksichtigung von detaillierten Einwänden eines Spezialarztes. Anspruch auf unentgeltliche Rechtsverbeiständung im Verwaltungsverfahren (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. August 2017, IV 2014/403).

Erwägungen

E. 1

Im Streit liegt zum einen die Verfügung vom 28. Juli 2014, mit welcher die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin, geltend gemacht mit Leistungsgesuch vom 18./20. Januar 2012, abgewiesen hat. Es handelte sich um eine Neuanmeldung, nachdem die Beschwerdegegnerin ein erstes Gesuch vom Mai 2007 mit Verfügung vom 28. Januar 2009 abgewiesen hatte (letztinstanzlich beurteilt durch das Bundesgericht). Die Beschwerdeführerin lässt (leistungsmässig) einzig Rentenleistungen beantragen. Streitgegenstand bildet daher der allfällige Rentenanspruch. Berufliche Massnahmen hatte die Beschwerdegegnerin gemäss Mitteilung vom 12. April 2012 als damals nicht möglich bezeichnet. Ergäbe sich allerdings, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch in Frage stünde, so gehörte zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht der Beschwerdeführerin zu Massnahmen korrekt in Anspruch genommen habe. - Zum andern ist die Verfügung vom 20. August 2014 betreffend die Abweisung des Anspruchs auf unentgeltliche Rechtsverbeiständung im Verwaltungsverfahren strittig.

E. 2

2.1 Nach Art. 28 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. 2.2 Für die Invaliditätsbemessung sind zunächst die medizinischen Vorbedingungen von Bedeutung. Der Arzt sagt, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt ist (vgl. BGE 107 V 17 = ZAK 1982 S. 34). Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beschreiben und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind im Weiteren eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 132 V

99 f. E. 4, BGE 141 V 281 E. 5.2.1).

E. 3

3.1 Im Rahmen der Neuanschuldung vom Januar 2012 wurde der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin (wie bereits beim ersten Leistungsgesuch) polydisziplinär begutachtet. Das Zuweisungsdokument der für die zufällige Zuweisung polydisziplinärer Gutachtensaufträge eingerichteten Plattform SuisseMED@P liegt zwar nicht bei den Akten. Es ist allerdings die Referenzbezeichnung ersichtlich (vgl. IV-act. 141-2, 145 und 147). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hatte jedoch vorweg für jeden Fall den Ausschluss der Zuweisung an die im früheren Verfahren beteiligte MEDAS F.____ (IV-act. 142) beantragt. Schliesslich wurde das Institut G.____ beauftragt. Es rechtfertigt sich, dieses Gutachten im Verfahren auf seine Beweiskraft hin zu prüfen. Es basiert auf einer Kenntnisnahme von den Vorakten und von vier nachträglich eingegangenen Berichten sowie auf den Untersuchungen allgemeininternistischer und (in Teilgutachten beschriebener) psychiatrischer, rheumatologischer, neurologischer, HNO- und ophthalmologischer Fachrichtung.

3.2 Aus allgemeininternistischer und psychiatrischer Sicht wurden keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Diagnosen erhoben. Eine typische Somatisierungsstörung könne nicht eindeutig diagnostiziert werden. Eine somatoforme Ausgestaltung der Beschwerden sei indessen nicht ganz auszuschliessen, sei allerdings ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Bei der psychiatrischen Untersuchung seien gewisse demonstrative Elemente aufgefallen. Die Beschwerdeführerin habe auch ein hochgradiges passives Regressionsverhalten mit vollständigem Umsorgt-Werden durch die Töchter geschildert. Nach den Ergebnissen der Gutachter der somatischen Disziplinen könne das nicht vollständig nachvollzogen werden. Zwischen dem objektiven Krankheitsgeschehen und dem tatsächlichen, von der Versicherten gestalteten Alltag ergäben sich Diskrepanzen, die jedoch nicht auf einer psychiatrischen Morbidität mit Beeinträchtigung der Willensfähigkeit beruhten.

3.3 Unter dem Aspekt der Rheumatologie wurde dargelegt, im Vordergrund des chronischen zervikospondyloiden und zervikozephalen Syndroms stünden die subjektive Schmerzsymptomatik und vegetative Begleiterscheinungen. Ein pathologischer Befund von relevantem Krankheitswert könne nicht nachgewiesen werden. Nachweisbar seien lediglich leicht- bis mässiggradige myofasziale Veränderungen. Das Beschwerdebild könne zwar durchaus im Rahmen der zervikogenen Problematik gesehen werden, die hochgradige Behinderung werde jedoch durch die fassbaren klinischen und radiologischen Befunde nicht erklärt. Es müsse eine negative Beeinflussung durch die ophthalmologischen Probleme einerseits und durch nicht-rheumatologische Zusatzfaktoren andererseits postuliert werden. Bei einem zervikogenen Schwindel müssten auch Bewegungseinschränkungen der HWS vorliegen und es wäre wegen Kompensationsvorgängen eine vorübergehende Symptomatik zu erwarten. Die Ursache der dominierenden Schwindelsymptomatik müsse daher von nicht-rheumatologischer Seite beurteilt werden. Ein generalisiertes Schmerzsyndrom, wie im Gutachten von 2008 diagnostiziert, liege nicht vor. Funktionell bestehe eine leicht- bis mässiggradig eingeschränkte Belastbarkeit der Nacken-Schultergürtelregion. Eine körperlich leichte Tätigkeit mit der Möglichkeit zu Wechselpositionen, ohne monoton-repetitive Haltungen oder Bewegungen und ohne Überkopfarbeiten sei ohne relevante Einschränkung zumutbar.

3.4 Bei der neurologischen Untersuchung hatte die Beschwerdeführerin gemäss dem Gutachten sowohl in der rechten wie der linken Kopftiefelage ein deutlich verstärktes Drehgefühl im Kopf und ein verstärktes Übelkeitsgefühl mit Brechreiz angegeben, ohne dass ein entsprechender paroxysmaler

Lagerungsschwindel habe nachgewiesen werden können. Im Romberg [-Versuch] habe sich intermittierend eine Fallneigung nach vorne und hinten gezeigt. Es sei von einer chronischen vestibulären Funktionsstörung auszugehen, deren Aetiologie unklar sei. Differentialdiagnostisch würden die Befunde an einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel erinnern, wobei kein entsprechender Lagerungsnystagmus habe nachgewiesen werden können. Die chronischen Kopfschmerzen von ziehendem Charakter, verbunden mit Übelkeit und Lichtempfindlichkeit, wären mit einer chronischen Migräne vereinbar. Am universitären Zentrum (Zürich) sei deshalb eine vestibuläre Migräne in Betracht gezogen worden. Der Gutachter der Neurologie erklärte, er selber denke an einen zusätzlichen phobischen Schwindel, der nach einer einmal manifest vorhanden gewesenen vestibulären Störung auftreten könne. Zusätzlich bestehe ein Zervikalsyndrom mit vorwiegend Zervikobrachialgie rechts. Der Beschwerdeführerin nicht zumutbar seien schwere und mittelschwere körperliche Arbeiten, Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten und solche, bei denen rasche Körperbewegungen oder Stereosehen nötig seien. Leichte körperliche - administrative und organisatorische - Tätigkeiten, vorwiegend in sitzender Stellung auszuüben, seien zumutbar. Dabei sei ein erhöhter Pausenbedarf nötig. In entsprechend adaptierter Tätigkeit sei von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % auszugehen. Der Gutachter schlug vor, kardiovaskuläre Risikofaktoren wie Hypertonie, Hypercholesterinämie und Diabetes auszuschliessen.

3.5 Bei der ophthalmologischen Untersuchung wurden gemäss Gutachten rechts eine beginnende Linsentrübung und eine chronische Benetzungsstörung gefunden, die eine geringe Herabsetzung der Sehschärfe und die geäusserten Symptome wie Augenbrennen und -schmerzen bewirken würden. Die angegebene Sehschärfenminderung in der Nähe sei durch die zunehmende Alterssichtigkeit erklärt. Links bestehe eine hochgradige angeborene Sehschwäche. Aufgrund der geringen Sehschärfenminderung am "funktionell letzten Auge" bestehe eine zehnpromtente Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Potentiell gefährliche Arbeitsplätze, z.B. an schnell drehenden Maschinen, seien wegen des fehlenden Stereosehens für die Beschwerdeführerin nicht geeignet.

3.6 Schliesslich wurde bei der Begutachtung eine HNO- (Hals-, Nasen-, Ohrenheilkundliche) bzw. ORL- (otorhinolaryngologische) Untersuchung durchgeführt. Es wurden der HNO-Status erhoben, ein Reinton- und ein Sprachaudiogramm erstellt sowie eine Tinnitusbestimmung, eine Impedanzaudiometrie und eine (Untersuchung unter dem Aspekt der) "Otoneurologie" vorgenommen. Dabei wurden links und rechts Hörverluste nach CPT-AMA-Tabelle erhoben. Der Hörverlust nach Social Index sei beidseits null. Es bestünden nur leichte auditive Einschränkungen im Rahmen von Gesprächen mit mehreren Personen und unter gesteigertem Umgebungsgeräuschpegel. Ursächlich sei der Zustand nach Tympanoplastik (rechts). Der beidseitige Tinnitus mit konstanter Ausprägung, aber nur intermittierender Sekundärproblematik, sei zurzeit noch mittelgradig kompensiert und erfülle die Plausibilitätskriterien. Ausser den vorgängig objektivierten fehlenden cVEMP (cervicalen vestibulär evozierten myogenen Potentialen) hätten seitens der peripheren vestibulären Funktion keine wegweisenden Befunde objektiviert werden können. Pathologische Nystagmen fehlten und die kalorische Erregbarkeit sei symmetrisch gewesen. Es seien einzig eine ausgeprägte Retropulsionstendenz mit Korrekturbewegung im Rahmen der spinalen Motorik bei geschlossenen Augen (wobei diese Unsicherheit bei aufgehobener Fixation mittels Frenzel-Brille gefehlt habe) und eine Nausea mit Brechreiz im Rahmen der Lagerungsprüfung ohne objektivierbare Nystagmen aufgefallen. Es hätten zurzeit ausserdem klinisch eindeutige Befunde einer zentral-vestibulären Funktionsstörung und einer zentralen oder retrocochleären Pathologie gefehlt; diese sei vorgängig auch

radiologisch durch Magnetresonanztomographie des Neurocraniums ausgeschlossen worden, ebenso wie ein Verdacht auf einen dehiszenten superioren Bogengang (hier Ausschluss durch Feinschicht-Computertomographie der Felsenbeine). Im Rahmen der anamnestischen Angaben hätten auch keine schlüssigen Befunde eruiert werden können, welche die typischen Kriterien einer - differenzialdiagnostisch möglichen - vestibulären Migräne erfüllen würden. Gefehlt hätten objektivierbare Befunde und (bildgebend) Hinweise auf eine vestibuläre Paroxysmie bzw. ein Vascular-loop-Syndrom. In Anbetracht der ophthalmologischen Beschwerdesymptomatik könne jedoch von einer negativen Beeinflussung des Gleichgewichtsfunktionssystems ausgegangen werden, und zwar insbesondere unter Berücksichtigung der Vernetzung des visuellen und des vestibulären Systems. Es hätten sich aber keine eindeutigen Befunde eines Visual-midline-shift-Syndroms gezeigt. Des Weiteren sei eine deutliche Zwangshaltung im Bereich der Halswirbelsäule aufgefallen, was zu einer zusätzlichen Störung des Gleichgewichtsfunktionssystems führe. Ursächlich schienen sowohl die lokale Schmerzsymptomatik als auch die visuelle Problematik zu sein. Die Zwangshaltung sei jedoch ausserhalb der Untersuchungsbedingungen deutlich weniger stark ausgebildet gewesen. Unter Berücksichtigung der visuellen wie zervikogen-propriozeptiven Beeinflussung des Gleichgewichtsfunktionssystems könnten die Beschwerden im Sinn der Schwankschwindelsymptomatik und posturalen Unsicherheit durchaus erklärt werden. Die subjektiven intermittierenden Drehschwindelbeschwerden könnten hingegen nicht konklusiv organisch erklärt werden. In Anbetracht der aktuellen und der vorgängigen Befunde (des Universitätsspitals Zürich und von Dr. C.____) ergebe sich formal eine mittelschwere Störung des Gleichgewichtsfunktionssystems. - Tätigkeiten unter erhöhter Lärmexposition, solche mit Sturzgefahr oder Eigen- und Fremdgefährdung und solche mit häufigen Rotationsbewegungen oder an rotierenden Maschinen sollten gemieden werden. Aufgrund der mittelschweren Störung des Gleichgewichtsfunktionssystems und der zusätzlichen ausgeprägten vegetativen Begleitsymptomatik ergebe sich ausserdem eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von circa 30 %.

E. 4

4.1 Diese gutachterlichen Darlegungen erscheinen schlüssig. Die Beschwerdeführerin lässt jedoch verschiedene Mängel des Gutachtens beanstanden. 4.2 Sie stützt sich dabei insbesondere auf die Stellungnahmen von Dr. C.____. Nebst einer allgemeinen Kritik an der mangelnden Unabhängigkeit des Begutachtungsinstituts aus wirtschaftlichen Gründen, welche allein nicht auf Befangenheit schliessen lässt (nach der Rechtsprechung begründet das Auftrags- und Honorarvolumen für sich allein keine wirtschaftliche Abhängigkeit von den IV-Stellen, die als Ausstandsgrund des einzelnen Experten zu qualifizieren wäre, vgl. BGE 137 V 210; vgl. ausserdem E. 9.4), wird in dessen Schreiben vom 16. Mai 2013 etwa dafürgehalten, die Verlegenheitsdiagnose einer formal mittelschweren Störung des Gleichgewichtsfunktionssystems spreche für die Ratlosigkeit und Überforderung der Begutachtungsstelle bei der diagnostischen Formulierung und sei eine black box. Wie die Begutachtungsstelle indessen am 14. Oktober 2013 und 5. Mai 2014 darlegte, wird die bemängelte Diagnose in der SUVA-Tabelle (mit entsprechenden Abstufungen) geführt und räumt Dr. C.____ ein, dass nach jener Einteilung grundsätzlich der Grad einer Störung festgestellt werden könne. In seiner Stellungnahme vom 5. Mai 2014 hielt das Begutachtungsinstitut zudem fest, dass in der Diagnoseliste auch topo-anatomische Diagnosen genannt worden seien (z.B. entsprächen fehlende cVEMP einer Otolithenfunktionsstörung; IV-act. 183-1). Unter dem Aspekt der Diagnosestellung ergibt

sich kein Grund zur Beanstandung der Aussagekraft des Gutachtens. 4.3 Von grösserer Bedeutung als unterschiedliche Bezeichnungen von Diagnosen sind für die vorliegend relevanten Belange der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin ausserdem die erhobenen Befunde (dazu unten E. 6 ff.).

E. 5

5.1 Die Beschwerdeführerin bemängelt bezüglich deren Erhebungsweise, dass der Hörtest durch eine MPA durchgeführt worden sei und dass der Schwindel bei der Begutachtung nicht mit der Drehplattform oder durch andere Kopfbewegungen, sondern mit Druckluft ins Ohr - wobei zu bezweifeln sei, ob diese Methode dem gegenwärtigen Stand der Wissenschaft entspreche - provoziert worden sei. Am 16. Mai 2013 hielt Dr. C.____ bezüglich der Untersuchungsmethoden zudem dafür, die apparative Untersuchungsbatterie (bei der Begutachtung) sei sehr rudimentär/abortiv gewesen; acht wichtige Testverfahren hätten gefehlt (nämlich die [Messung der] otoakustischen Emissionen, die Elektronystagmographie, die Cervico-Oculometrie, der VEMP-Test, die [Messung der] akustisch und visuell evozierten Potentiale, die computerisierte dynamische Posturographie und die mechanographische Untersuchung auf der LEONARDO-Plattform). Es habe sich also um eine rudimentäre momentane Aufnahme gehandelt, die gegenüber dem sophisticateden, klaren neuro-otologischen Bild, das er während sechzehn Jahren wiederholt von der Beschwerdeführerin aufgenommen habe, keine genügende diagnostische Aussagekraft besitze.

5.2 Das Institut G.____ hat zum einen dargelegt, die audiometrische Messung sei durch eine Audiometristin mit jahrzehntelanger Erfahrung durchgeführt worden. Dem Gutachten ist zum andern zu entnehmen, dass unter anderem (nebst der Prüfung der kalorischen Reizbarkeit) jedenfalls eine Lagerungsprüfung durchgeführt wurde (IV-act. 152-30). Zur kalorischen Prüfung erklärte das Institut G.____ unter anderem, es bestünden zwei unterschiedliche Testmodalitäten (gemäss Dr. C.____ genauer zwei Stimulus-Modalitäten), nämlich die kalorische Reizung mit Luft und jene mit Wasser. - Die Wahl der Luftstimulation erscheint nicht ausschlaggebend. Ausserdem standen dem Institut G.____ auch die von Dr. C.____ und vom Universitätsspital Zürich in den je angewandten Testverfahren erhobenen Resultate zur Verfügung. Es hat diese mitberücksichtigt und in die Beurteilung einbezogen (vgl. IV-act. 152-30). Am Interdisziplinären Zentrum für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen waren gemäss Bericht vom 11. Dezember 2011 (IV-act. 129-17 f.) diverse apparative Abklärungen vorgenommen worden, namentlich zu vestibulo-okulären Reflexen bei Kopfpulsen nach links und zu den cervicalen vestibulär evozierten myogenen Potentialen (cVEMP). Mit dem vorgeschlagenen Feinschicht-CT des Felsenbeins ist der Verdacht auf Dehiszenz des posterioren Bogengangs rechts in der Folge ausgeschlossen worden (vgl. Gutachten, IV-act. 152-30). Am Interdisziplinären Zentrum war im Übrigen (als therapeutische Massnahme) auch ein Repositionsmanöver auf dem 3D-Drehstuhl erfolgt (vgl. IV-act. 129-18). - Unter dem Gesichtspunkt der Abklärungen ergibt sich kein relevanter Zweifel am Beweiswert des Gutachtens.

5.3 Beanstandet wird ferner, dass die letzte Stellungnahme von Dr. C.____ nicht mehr dem Institut G.____, sondern dem RAD unterbreitet worden ist. Bei der betreffenden, von Dr. C.____ durchgeführten Untersuchungsreihe vom 26. März 2014 hat sich ein Gesamtaequilibriumscore von 15 % (bzw. Punkten) ergeben. Der Facharzt berichtete, bei den drei schwierigsten diesbezüglichen Versuchskonditionen sei es jedes Mal (neunmal) zu Stürzen gekommen. Er erklärte aber auch, es hätten sich jenes Mal (März 2014) ähnliche hochgradig von der Norm abweichende Befunde wie in der früheren Untersuchung gezeigt (vgl. IV-act. 192-5). Es kann daher als entbehrlich betrachtet werden, dass das Institut G.____ die entsprechende

Messung ebenfalls nochmals kommentierte.

E. 6.1

6.1.1 Im Gutachten war ausgeführt worden, es falle im Vergleich zwischen den multiplen Untersuchungen eine Inkonsistenz der Befunde auf. Seit 2006 hätten sich neben zunehmenden auch regrediente pathologische Resultate gefunden, so dass nicht eindeutig von einer massiven Verschlechterung gesprochen werden könne. Vielmehr scheine im Rahmen der Chronifizierung eine gewisse funktionelle Überlagerung eingetreten zu sein (vgl. IV-act. 152-32). - Dr. C.____ hatte sich am 16. Mai 2013 auf den Standpunkt gestellt, von regredienten pathologischen Befunden könne keinesfalls gesprochen werden, auch nicht von einer funktionellen Überlagerung der Symptomatik. Es handle sich um einen labilen Kompensationszustand des integrativen Gleichgewichtssystems im ponto-mesen-cephalen Bereich, der zur Fluktuation der Symptomatik führe. Am 3. Dezember 2013 hielt Dr. C.____ dafür, im Lauf der fünfzehn Jahre seit 1997 sei (bei den Befunden der computerisierten dynamischen Posturographie) bei der Beschwerdeführerin eine massive Verschlechterung der Funktion festzustellen gewesen. 1997 habe der Gesamtaequilibriumscore 63 % ausgemacht, 2006 noch 21 % und 2012 nur noch 2 % (IV-act. 172-10).

6.1.2 Das Institut G.____ hielt am 14. Oktober 2013 dagegen, der von Dr. C.____ im Bericht vom 20. Februar 2012 geäusserten Auffassung (wonach seine drei [damals] letzten neuro-otometrischen Untersuchungen vom Oktober 2010, Februar 2011 und Januar/Februar 2012 mit dem objektiven Befundmonitoring eine relevante Verschlechterung mit unter anderem einem Schwindel Handicap Index von mittlerweile 98 % zeigten, IV-act. 129-33) könne in Anbetracht der über die Jahre hinweg (innerhalb der Testreihe von Dr. C.____ unter den Aspekten der Elektronystagmographie, der visuo-oculären Kontrollen und der Posturographie, welche das Institut G.____ in einer Liste zusammengefasst hat, vgl. IV-act. 166-3 f.) nur gering divergierenden Befunde nicht gefolgt werden. Allein mit dem Schwindel Handicap Index als subjektiver Bewertung durch die Beschwerdeführerin lasse sich eine Verschlechterung sicherlich nicht begründen (vgl. IV-act. 166-3 f.). Eine geringgradige Fluktuation sei möglich, doch eine massive Befundverschlechterung habe sich nicht objektivieren lassen (IV-act. 166-3 f.).

6.2 Zu den Werten des Gesamtaequilibriumscores hielt das Institut G.____ (relativierend) fest, diese hätten sich bereits 2006 (wie 2012) signifikant im pathologischen Bereich befunden, als der Beschwerdeführerin eine Tätigkeit noch möglich gewesen sei (IV-act. 183-2 f.; vgl. dazu auch unten E. 9.1; der Wert von 2 Punkten wurde ausserdem mit Fragezeichen versehen, IV-act. 166-4 zuoberst). - Die Differenz der Fachpersonen in Bezug auf die Bedeutung des Schwindel Handicap Indexes ist allenfalls mit Rücksicht auf die jeweiligen Begründungen zu erklären. Gemäss dem Institut G.____ stellt er eine subjektive Bewertung dar (vgl. IV-act. 166-4, keine Korrelation zu den posturographischen Befunden, vgl. IV-act. 183-3), gemäss Dr. C.____ besteht volle Korrelation, (allerdings nur,) wenn die emotive Komponente bei der Auswertung weggelassen wird (vgl. IV-act. 192-3; vgl. dazu IV-act. 82-4 und IV-act. 129-27). Nach der am 5. Mai 2014 mitgeteilten Auffassung des Instituts G.____ sind von Dr. C.____ im Übrigen - bei einem zeitlichen Abstand von etwa zwei Monaten - teilweise sehr von den Ergebnissen des Universitätsspitals Zürich abweichende Testresultate erhoben worden (vgl. IV-act. 183-1 f.), was dieser nach der Aktenlage nicht in Abrede stellte.

6.3 In den Berichten vom 14. Oktober 2013 und 5. Mai 2014 befasste sich die Begutachtungsstelle ausdrücklich mit einzelnen erhobenen Befunden unter Berücksichtigung des Vergleichs im Zeitablauf (1997, 2006 und 2012, vgl. IV-act. 166-3; 2006, 2012, und Dezember 2011, IV-act. 183-2 ff.). Das Institut G.____ hielt auch in der Stellungnahme vom 5. Mai 2014

daran fest, dass sich angesichts der einzelnen (vom Institut aufgelisteten) Befunde von Dr. C.____ und des Universitätsspitals Zürich objektiv weder eine ausgesprochene Labilität noch eine massive Verschlechterung des Gesundheitszustands nachvollziehen lasse (IV-act. 183-2). 6.4 Das Begutachtungsinstitut hatte am 14. Oktober 2013 dargelegt, auch bei der Abklärung im Interdisziplinären Zentrum für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen am Universitätsspital Zürich im Jahr 2011 habe sich gezeigt, dass über die Jahre keine massive Befundverschlechterung zu objektivieren sei (vgl. IV-act. 166-3 f.). Nach Darstellung des Instituts entsprechen die vier im Interdisziplinären Zentrum erhobenen, im G.____-Bericht erwähnten Werte durchwegs Normwerten (IV-act. 183-2). 6.5 Der entsprechenden Beurteilung ist als gutachterlicher, unter Einbezug der abweichenden Auffassung zustande gekommener Einschätzung zu folgen.

E. 7

7.1 Was die visuellen Aspekte und ihre Bedeutung für das Gleichgewichtssystem betrifft, berichtete Dr. C.____ am 7. Juli 2014 davon, dass bei der Beschwerdeführerin viele Belastungen innerhalb des visuo-visuo-oculomotorischen Systems und der visuellen Wahrnehmung hätten objektiviert werden können, die zusätzlich eine funktionell schwerwiegende Störung im Sinn eines cervico-proprio-visuellen Mismatch und eines visuo-vestibulären Mismatch bewirkten. Es bestehe durch die ständige Fehlinformation des linken funktionell unbrauchbaren Auges ein ständiges Koordinationsproblem, was klinisch permanent zu Schwindel, Konzentrationsproblemen und starker Müdigkeit führe (IV-act. 192-3). Er beanstandete an der Begutachtung diesbezüglich am 16. Mai 2013, dass es, wenn der Gutachter von einer negativen Beeinflussung der Gleichgewichtskontrolle durch die vorhandene ophthalmologische Beschwerdesymptomatik schreibe, erkennen lasse, dass er die bio-kybernetische multimodale Funktionsweise des Gleichgewichtssystems nicht genau verstehe (vgl. IV-act. 162-12). Das visuelle System besitze eine dominante und antizipative Rolle innerhalb des Gleichgewichtssystems (vgl. IV-act. 172-7). 7.2 Es kann jedoch angenommen werden, dass auch die von Dr. C.____ erhobenen und benannten Befunde aus dem Bereich des visuellen Systems bei der ORL-Begutachtung ausreichend Berücksichtigung fanden. Die ophthalmologischen Einschränkungen als solche wurden im Gutachten ebenfalls fachärztlich gewürdigt und der entsprechende Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde schliesslich polydisziplinär beurteilt. Namentlich wurde die fehlende binokuläre Funktion beachtet (das fehlende Stereosehen wurde als Grund für eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin gewürdigt). Mit den Ausführungen der Audiometristin D.____ hat sich das Institut G.____ am 5. Mai 2014 nachträglich noch ausführlicher auseinandergesetzt (vgl. IV-act. 183-3). Angemerkt werden kann, dass nach Angaben von Dr. C.____ vom 20. Februar 2012 die durch die Audiometristin im Mai 2011 erhobenen Befunde mit jenen aufgrund einer neuro-ophthalmologischen Untersuchung an der Augenklinik am Kantonsspital St. Gallen vom September 2006 und seinen (damals letzten) eigenen neuro-otometrischen und aequi-libriometrischen Befunden übereinstimmten. In diesem Bericht vom 20. Februar 2012 hatte Dr. C.____ die Schwindelsymptomatik als chronifiziert und aus neuro-ophthalmologischer und neuro-otologischer Sicht wegen der dekompenzierten visuo-visuo-oculomotorischen Funktionsstörung mit manchmal wechselnden Befunden sehr komplex beschrieben. Ausserdem hat Dr. C.____ auch gegenüber der Beurteilung des - anerkanntermassen sachlich qualifizierten - Universitätsspitals Zürich vorgebracht, dass die im Vordergrund stehende visuo-visuo-oculomotorische Funktions- und visuo-vestibuläre Integrationsstörung nicht erwähnt und diagnostisch nicht berücksichtigt worden sei (vgl.

IV-act. 129-22). 7.3 Auch in diesem Zusammenhang ergibt sich kein Grund zu Zweifeln am Begutachtungsergebnis. Das Institut G. ___ hat die eigenen und die Befunde von Dr. C. ___ und des Universitätsspitals Zürich umfassend in die gutachterliche Beurteilung einbezogen und sie gewürdigt. Das Begutachtungsinstitut geht von pathologischen Befunden bei der Beschwerdeführerin aus, hat aber auch erhobene Normwerte aufgelistet und auf diese hingewiesen. Im Übrigen ist festzuhalten, dass allein von Messergebnissen noch nicht auf eine bestimmte Leistungsfähigkeit einer versicherten Person geschlossen werden kann.

E. 8

8.1 Wie die Angaben zu den Ergebnissen des kalorischen Tests zeigen, weichen die Beurteilungen von Dr. C. ___ und jene des polydisziplinären Gutachtens insbesondere in Bezug auf die Würdigung des Schweregrads der Auswirkungen der vorgefundenen Beeinträchtigungen auf die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin erheblich voneinander ab: Nach Auffassung von Dr. C. ___ hat der oben genannte kalorische Test (des Instituts G. ___) konkret nicht eine physiologische, sondern eine pathologische Reaktion gezeigt, da selbst bei der Reizung mit Luft, die deutlich schwächer sei als jene mit Wasser, bei der Beschwerdeführerin eine extreme vestibulär-vegetative Reaktion hervorgerufen worden sei. Gemäss der Begutachtungsstelle kann die Provokation von Schwindelsensationen bei der Untersuchung je nach Testverfahren eine normale physiologische Reaktion sein, d.h. eine normale Funktion des vestibulären Systems anzeigen, und handelte es sich konkret um keine extreme vestibuläre-vegetative Reaktion (IV-act. 183-4). 8.2 Im Ergebnis liegt gemäss der Beurteilung von Dr. C. ___ aufgrund der im Ausmass fluktuierenden Befunde innerhalb aller Subsysteme des multimodalen Gleichgewichtssystems, objektiviert durch die Elektronystagmographie, die computerisierte dynamische Posturographie und die funktionaloptometrische Untersuchung, mit 21 Punkten insgesamt (aufsummiert aus den Befunden der Subsysteme) eine hochgradige Funktionsstörung des Gleichgewichtssystems vor. Die Befunde stimmten auch mit den Ergebnissen des Schwindel Handicap Indexes überein (IV-act. 172-11). 8.3 Dr. C. ___ hielt am 16. Mai 2013 fest, die Beschwerdeführerin weise aus neuro-otologischer Sicht und anhand der Suva-Tabelle 14 (zur Integritätsentschädigung gemäss UVG) einen Integritätsschaden von zwischen 60 und 70 % auf und sei demzufolge unter dem entsprechenden Gesichtspunkt für sämtliche beruflichen Tätigkeiten als voll arbeitsunfähig zu betrachten. - Gemäss der Stellungnahme des Instituts G. ___ vom 14. Oktober 2013 (IV-act. 116-4 f.) dagegen bestehen unter Einbezug der durch Dr. C. ___ und das Universitätsspital Zürich erhobenen Resultate mittelschwere objektivierbare pathologische Systembefunde, was bei sehr schweren subjektiven Beschwerden gemäss Suva-Tabelle 14 einem Integritätsschaden von 30 % entspreche. In der Stellungnahme vom 5. Mai 2014 gab das Institut G. ___ wie erwähnt namentlich die Systembefunde von 2012 wieder und zeigte auf, dass die Untersuchungen (mittels Elektronystagmographie, Optokinetik, Sakkaden-Test, Blickfolge-Bewegungstest) normale oder geringgradig pathologische Ergebnisse aufgezeigt hätten (vgl. IV-act. 183-2f.). Das Institut G. ___ bewertete die Befunde seinerseits mit Punkten (vgl. IV-act. 183-4 f.) und gelangte so zu einer Gesamtpunktzahl von 16, was gemäss der Suva-Tabelle 14 einem mittelschweren objektivierbaren pathodiagnostischen Systembefund entspreche. - Es ist anzunehmen, dass Dr. C. ___ wie oben erwähnt diesbezüglich von 21 Punkten ausging, jedenfalls aber von einem Integritätsschaden von zwischen 60 und 70 %. Wie sich die von ihm errechneten 21 Punkte zusammensetzen, ist nicht im Einzelnen ersichtlich. 8.4 Zunächst ist festzuhalten,

dass die Resultate, welche sich anhand der Suva-Tabellen für einen zu bestimmenden Integritätsschaden ergeben, für die Arbeitsfähigkeitsschätzung lediglich - aber immerhin - Anhaltspunkte darstellen. Einen Wert von 60 bis 70 % weist die Suva-Tabelle 14 sodann nur bei sehr schweren objektivierbaren pathodiagnostischen Systembefunden in Kombination mit sehr schweren subjektiven Beschwerden aus. Nach Angaben des Instituts G.____ wären hierzu Punktzahlen von 27 bis 32 erforderlich (vgl. IV-act. 183-4 f.). - Dr. C.____ stellte sich am 7. Juli 2014 dagegen auf den Standpunkt, es handle sich bei der - inzwischen aufgrund der Weiterentwicklung (seit 2001) mit vielen neuen Parametern und Testverfahren revisionsbedürftigen - Tabelle 14 lediglich um Rahmenbedingungen. Er habe wissenschaftlich begründet, dass vorliegend konkret ein Integritätsschaden von 60 bis 70 % bestehe (IV-act. 192-4). Er brachte ausserdem vor, die Beschwerdeführerin klage ständig über Doppelbilder, die gemäss der Suva-Tabelle 11 je nach Lage und Grösse des diplophen Blickfeldes mit einem Integritätsschaden von 5 bis 30 % gewertet würden. Dies könne nicht separat betrachtet werden (IV-act. 192-4). - Dass eine gesamthafte Beurteilung aller krankheitsbedingten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit erforderlich ist, trifft zu. Für ein Erfüllen dieser Anforderung sind polydisziplinäre Begutachtungen gerade in erster Linie bestimmt. Von Doppelbildern hat die Beschwerdeführerin allerdings nach der Aktenlage weder bei der allgemeinen noch bei der ophthalmologischen gutachterlichen Untersuchung berichtet. Ausserdem kann davon ausgegangen werden, dass die Gutachter wie oben erwähnt die gemäss der Aktenlage nach umfassender Abklärung vorgefundenen (auch ophthalmologischen) Befunde ausreichend in ihre Gesamtbeurteilung eingeschlossen haben. 8.5 Da im Gutachten und in den Stellungnahmen des Instituts G.____, namentlich auch durch Hinweis auf die Befunde des spezialisierten Zentrums am Universitätsspital Zürich (mit welchem Dr. C.____s Schwindelzentrum gemäss seinem Schreiben vom 3. Dezember 2013 von der Kompetenz her und apparativ gleichzustellen ist), mit manchen Normalbefunden oder nur geringgradig pathologischen Befunden (vgl. IV-act. 166-3 f. und 183-2) deutlich gemacht wurde, dass sehr schwere Systembefunde nicht vorliegen, kann der Beurteilung von Dr. C.____ bezüglich des Schweregrads der Beeinträchtigung nicht gefolgt werden.

E. 9

9.1 Das Institut G.____ hatte in der Stellungnahme vom 5. Mai 2014 (IV-act. 166-4 f., vgl. auch jene vom 14. Oktober 2013, IV-act. 183-2 f.) erwähnt, es lasse sich nicht plausibel erklären, weshalb eine volle Arbeitsunfähigkeit bestehen sollte, da der Beschwerdeführerin doch bei den früheren Befunden in den Jahren 2001 bis 2006 eine Tätigkeit durchaus noch möglich gewesen sei. Hiergegen wird eingewandt, diese Annahme sei aktenwidrig. - Die Beschwerdeführerin hatte sich zwar bereits seit 1997 wiederholt wegen der Schwindelbeschwerden in Untersuchungen befunden. Wie den Angaben der Arbeitgeberin des letzten Arbeitsverhältnisses zu entnehmen ist, war sie jedoch bis 2006 tätig. Das Arbeitsverhältnis 2006 ist nach diesen Angaben aus wirtschaftlichen Gründen gekündigt worden; die Beschwerdeführerin war etwa drei Wochen danach arbeitsunfähig geschrieben worden. Es ist daher nicht unzutreffend anzunehmen, dass der Beschwerdeführerin bis 2006 eine Arbeitstätigkeit möglich war. 9.2 Gerügt wird weiter, dass das Institut G.____ zu Unrecht Diskrepanzen (zwischen objektivem Krankheitsgeschehen und Verhalten) angenommen habe. Dem Gutachten lassen sich indessen entsprechende Anhaltspunkte entnehmen. So wurde unter rheumatologischem/ neurologischem Gesichtspunkt berichtet, eine diffus leicht verminderte Berührungssensibilität der gesamten rechten Körperhälfte, die im Rumpfbereich streng bis zur Mittellinie vorhanden sei, könne neuroanatomisch nicht

erklärt werden (vgl. IV-act. 152-20). Ausserdem wurde wie erwähnt darauf hingewiesen, dass die Zwangshaltung im Bereich der Halswirbelsäule ausserhalb der Untersuchungsbedingungen deutlich weniger stark ausgebildet gewesen sei als in diesen Bedingungen (vgl. IV-act. 152-30). Dass diese letzte Feststellung unzutreffend sein soll, lässt sich aufgrund der Akten nicht belegen. Angemerkt werden kann der gutachterliche Hinweis darauf, dass die Retropulsionstendenz bei aufgehobener Fixation mittels Frenzel-Brille fehle (vgl. IV-act. 152-30). Aus dieser festgestellten Retropulsions-/Falltendenz leitete der Gutachter aber - immerhin - ab, dass eine Störung der Gleichgewichtskontrolle vorliege (vgl. IV-act. 159-32). 9.3 Dass der Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit im Ergebnis auch mit den vorhandenen und beschriebenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine Arbeitsleistung von 70 % zumutbar ist, erscheint nach dem Dargelegten begründet und nachvollziehbar. Zum Vergleich mit den Betätigungen im Alltag (vgl. IV-act. 152-14 f., vgl. auch IV-act. 152-11) hat sich im Übrigen der psychiatrische Teil des Gutachtens geäussert (vgl. IV-act. 152-17). Es wurde dort auch auf gute Ressourcen (und die Absenz von sozialem Rückzug) hingewiesen. 9.4 Auch die Kritik des Fehlens von Unabhängigkeit der betroffenen Gutachter (vgl. IV-act. 192-6) schliesslich kann nicht gestützt werden; es fehlen hierfür Anhaltspunkte. 9.5 Die Befunde der Klinik E.____ vom 27. Mai 2013 (unauffälliger cranio-cervicaler Übergang mit zentriertem Dens und Intaktheit der Ligamenta transversum et alaria, beginnende Chondropathie HKW3/4 mit flachster, medianer Protrusion, Chondrosis intervertebralis HWK5/6 mit medianer Diskusherniation, welche subligamentär gegen cranial luxiert, das Myelon aber nicht komprimiert, beginnende Spondylarthropathie HWK5/6 linksseitig, ohne Neurokompression) bieten im Übrigen ebenfalls nicht Anlass, den Beweiswert des Gutachtens in Frage zu stellen, sind die Bewegungseinschränkungen der HWS dort doch berücksichtigt worden.

E. 10

10.1 Zusammenfassend ergibt sich, dass aufgrund des Gutachtens und angesichts der wiederholten Befassung mit den Einwänden von Dr. C.____ anzunehmen ist, dass bei der gutachterlichen Beurteilung keine relevanten Sachverhaltselemente ausser Acht geblieben sind, und dass das Gutachten nicht zu beanstanden ist. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kann auf das Ergebnis der Arbeitsfähigkeitsschätzung, die auf einem Zusammenwirken von Spezialisten von sechs Disziplinen beruht, abgestellt werden.

10.2 Dass etwa ein Jahr nach Erlass der angefochtenen Verfügung eine Synovialiszyste gefunden wurde, vermag an der Stichhaltigkeit des Begutachtungsergebnisses für den vorliegend zu beurteilenden Sachverhalt nichts zu ändern. Ebenso verhält es sich mit der Angabe von Dr. B.____ vom September 2015, wonach eine Depression vorliegen soll.

E. 11

Es ist daher von einer Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in adaptierten Tätigkeiten von 70 % auszugehen. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt sich aus dem Bedarf an zusätzlichen Pausen von 10 bis 15 Minuten pro Stunde und einem leicht reduzierten Rendement (IV-act. 152-37). Qualitativ sind schwere und mittelschwere körperliche Arbeiten, Tätigkeiten, welche die Gefahr mit sich bringen, zu stürzen, sich oder andere zu gefährden, und Arbeiten, die häufige Rotationsbewegungen, rasche Körperbewegungen, monoton-repetitive Haltungen oder Bewegungen oder Betätigung über Kopf verlangen, oder an rotierenden Maschinen verrichtet werden müssen, ausgeschlossen. Eine adaptierte Tätigkeit soll körperlich leicht sein und die Möglichkeit zu Wechselpositionen bieten.

E. 12

12.1 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG Art. 16 ATSG anwendbar. Danach wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; sog. allgemeine Methode der Invaliditätsbemessung). - Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde (BGE 129 V 222; vgl. etwa auch Bundesgerichtsentscheid 9C_422/2015 vom 7. Dezember 2015). - Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie keine Erwerbstätigkeit mehr aus, sind hierfür statistische Werte beizuziehen (vgl. BGE 129 V 472 E. 4.2.1, vgl. etwa auch Bundesgerichtsentscheid vom 26. Januar 2016, 9C_762/2015).

12.2 An der zuletzt innegehabten Stelle hatte die Beschwerdeführerin im Jahr 2003 Fr. 38'483.-- verdient (vgl. IK-Auszug, IV-act. 161-2). Die Arbeitgeberin berichtete, im Jahr 2004 habe sie einen Verdienst von Fr. 39'829.-- gehabt - gemäss IK-Auszug waren es allerdings lediglich Fr. 37'009.-- (IV-act. 161-2) - und 2005 Fr. 35'262.25 (vgl. IV-act. 14, übereinstimmend mit dem IK-Eintrag). Es rechtfertigt sich vorliegend, den Einkommensvergleich zunächst auf das Jahr 2005 - das letzte Jahr vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung - zu beziehen. Dabei zeigt sich, dass auf der Validen- wie der Invalidenseite von demselben Einkommensbetrag auszugehen ist. Denn einerseits waren die tatsächlichen Einkommen im Vergleich zu den statistischen Durchschnittseinkommen unterdurchschnittlich. So lag etwa das durchschnittliche Bruttoeinkommen von Frauen für einfache und repetitive Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) im privaten Sektor im Jahr 2005 bei Fr. 49'120.-- (vgl. Anhang 2 der Textausgabe Invalidenversicherung, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, Gesetze und Verordnungen, 2012, herausgegeben von der Informationsstelle AHV/IV, S. 234, basierend auf der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung LSE des Bundesamtes für Statistik). Andererseits ist, da zur Bestimmung des Invalideneinkommens der Beschwerdeführerin als in der Gesundheit Beeinträchtigte von der Möglichkeit ausgegangen wird, dass sie ein Einkommen in der Höhe des statistischen Durchschnittslohns für Hilfsarbeit hätte erreichen können (nachfolgend E. 12.3), anzunehmen, dass sie ein solches Einkommen auch als Gesunde auf dem Arbeitsmarkt hätte erzielen können. Eine spätere Veränderung des Einkommensvergleichs - ein allfälliger Rentenanspruch kann gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (in der Fassung seit 1. Januar 2008; dabei keine Änderung des Eintritts des Versicherungsfalls) frühestens im Juli 2012 entstehen - gibt es nicht zu berücksichtigen. Der Verwerfung durch die auf das Jahr 2012 geänderten statistischen Vorgaben ist kein Einfluss auf die Invaliditätsbemessung beizumessen.

12.3 Das Invalideneinkommen ist wie erwähnt anhand der Durchschnittslöhne, also für 2005 ausgehend vom vollen Betrag von Fr. 49'120.--, zu bestimmen. Es kann davon ausgegangen werden, dass ein ausgeglichener Arbeitsmarkt, wie er zur Abgrenzung zum Risiko der Arbeitslosigkeit für die Invaliditätsbemessung massgeblich ist, für die Beschwerdeführerin mit ihren erwähnten krankheitsbedingten Einschränkungen der Leistungsfähigkeit noch ausreichend viele Arbeitsmöglichkeiten bietet. Sind somit sowohl Validen- wie Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu bestimmen, so entspricht der Invaliditätsgrad dem

Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn gemäss BGE 126 V 75 (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 20. April 2010, 9C_215/2010 E. 5.2). 12.4 Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte dafür, dass die versicherte Person ihre gesundheitlich bedingte (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann, ist ein Abzug von den Tabellenlöhnen zu machen. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. BGE 134 V 322 E. 5.2 und BGE 126 V 75). Die gesundheitlich bedingten Einschränkungen der Beschwerdeführerin sind mit der medizinisch begründeten Arbeitsunfähigkeitsschätzung berücksichtigt. Das Risiko vermehrter Krankheitsabsenzen ist nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 27. Januar 2017, 9C_765/2016 E. 5.3, insbesondere zu psychischen Erkrankungen) ebenso wenig abzugsrelevant wie der Umstand, dass bei vollzeitlicher Präsenz nur ein eingeschränktes Rendement möglich ist (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 4. April 2012, 8C_20/2012) oder Frauen teilzeitlich tätig sind (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 30. November 2012, 8C_712/2012 E. 4.2.2). Die Beschwerdegegnerin hält einen Abzug von - höchstens - 10 % für gerechtfertigt. Im Urteil vom 18. April 2011 wurde ein solcher Abzug zugelassen. Dass sich diesbezüglich eine relevante Veränderung ergeben hätte, ist nicht anzunehmen. Ein höherer Abzug ist nicht am Platz. 12.5 Bei einer Arbeitsfähigkeit von 70 % und einem Abzug von 10 % ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 37 % ($1 - [0.7 \times 0.9]$). Die Beschwerdegegnerin hat einen Rentenanspruch daher zu Recht abgelehnt. 12.6 Die Beschwerde betreffend die angefochtene Verfügung vom 28. Juli 2014 ist daher abzuweisen.

E. 13

13.1 Wo die Verhältnisse es erfordern, wird der gesuchstellenden Person nach Art. 37 Abs. 4 ATSG (eingeordnet unter dem Titel "Sozialversicherungsverfahren", geltend also für das ganze Verwaltungsverfahren, vgl. Ueli Kieser, a.a.O., N 20 zu Art. 37) ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt. Vorausgesetzt ist, dass die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt, dass ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint und dass die Verbeiständung zur Wahrung ihrer Rechte konkret notwendig ist (vgl. BGE 132 V 200 E. 4.1). 13.2 An die sachliche Gebotenheit der Verbeiständung ist im Zusammenhang mit Art. 37 Abs. 4 ATSG rechtsprechungsgemäss ein strenger Massstab anzulegen (vgl. Bundesgerichtsentscheid i/S C. vom 28. Juni 2012, 8C_438/2012). Die Notwendigkeit einer anwaltlichen Vertretung ist mit Blick darauf, dass der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 Satz 1 ATSG) gilt, die Versicherungsträger und Durchführungsorgane der einzelnen Sozialversicherungen also den rechtserheblichen Sachverhalt unter Mitwirkung der Parteien nach den rechtsstaatlichen Grundsätzen der Objektivität, Neutralität und Gesetzesgebundenheit zu ermitteln haben, nur in Ausnahmefällen zu bejahen. Es müssen sich schwierige rechtliche oder tatsächliche Fragen stellen und eine Interessenwahrung durch Dritte (Verbandsvertreter, Fürsorgestellen oder andere Fach- und Vertrauensleute sozialer Institutionen) muss ausser Betracht fallen. Zu berücksichtigen sind die Umstände des Einzelfalles, die Eigenheiten der anwendbaren Verfahrensvorschriften sowie die Besonderheiten des jeweiligen Verfahrens. Dabei fallen neben der Komplexität der Rechtsfragen und der Unübersichtlichkeit des Sachverhalts auch in der Person des Betroffenen liegende Gründe in Betracht, wie etwa seine Fähigkeit, sich im Verfahren zurechtzufinden (vgl. Bundesgerichtsentscheide vom 28. Januar 2015, 8C_572/2014, und

i/S K. vom 22. Februar 2013, 9C_908/2012, BGE 132 V 200). 13.3 Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts vermag die hohe Bedeutung medizinischer Gutachten für sich allein genommen die Notwendigkeit einer anwaltlichen Vertretung nicht zu begründen. Die gegenteilige Auffassung liefe darauf hinaus, dass der Anspruch auf unentgeltliche Rechtsverteidigung in praktisch allen Verfahren bejaht werden müsste, in denen ein medizinisches Gutachten zur Diskussion steht, was der Konzeption von Art. 37 Abs. 4 ATSG als einer Ausnahmeregelung widerspräche. Es bedarf mithin weiterer Umstände, welche die Sache als nicht (mehr) einfach und eine anwaltliche Vertretung als notwendig erscheinen lassen (Bundesgerichtsentscheid vom 16. Dezember 2013, 9C_692/2013).

E. 14

14.1 Die Beschwerdegegnerin hält dafür, eine anwaltliche Vertretung sei nicht notwendig im Sinn der Rechtsprechung gewesen, weil die Beschwerdeführerin die Stellungnahmen von Dr. C.____ auch ohne solche Unterstützung hätte einlegen können.

14.2 Indessen ist zu berücksichtigen, dass es sich beim in Frage stehenden Verfahren um eine Neuanschuldung zum Leistungsbezug nach einer früheren Abweisung handelt. Im damaligen Verfahren war bereits die unentgeltliche Rechtsverteidigung bewilligt worden (IV-act. 91). Das Bundesgericht war im damaligen Verfahren zudem - aus Gründen der zeitlichen Grenze für die richterliche Überprüfungsbefugnis, welche sich für juristische Laien nicht ohne weiteres selbst erklärt - namentlich auf einen Bericht von Dr. C.____ (vom Mai 2011) nicht eingegangen. Ausserdem schrieb die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin am 12. April 2012, berufliche Eingliederungsmassnahmen seien nach ihren Abklärungen aufgrund ihres Gesundheitszustands nicht möglich, doch werde der Rentenanspruch geprüft. Dass keine Begründung vorhanden war, veranlasste ihren Rechtsvertreter zur Frage, welche Gründe zu dieser Feststellung geführt hätten (vgl. IV-act. 137). Das (für den Verfahrensausgang allerdings nicht ausschlaggebende) Vorbringen zum hier erforderlichen Modus der Bestimmung des Begutachtungsinstituts hätte von der Beschwerdeführerin selber ebenfalls nicht erwartet werden können. Dazu kommt der Umstand, dass der behandelnde Spezialarzt zu Stellungnahmen zu den Ausführungen im Gutachten zu veranlassen war, was dem gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 29. September 2011, 8C_426/2011 E. 6.2) vom Gesetzgeber statuierten Interesse diene, die Sachverhaltsabklärung noch auf Verwaltungsverfahrensstufe zu vertiefen statt erst im gerichtlichen Prozess. Zwar vermag der Umstand, dass einer versicherten Person die medizinischen und juristischen Kenntnisse zum Erkennen von Schwachstellen fachärztlicher Expertisen fehlen, für sich allein keinen Bedarf an anwaltlicher Vertretung zu begründen, weil das in der Beschwerdeantwort vorgezeichnete Vorgehen zumutbar erscheint (so etwa Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. Januar 2017, IV 2016/270 E. 8.4). Vorliegend handelt es sich jedoch um einen besonders komplexen medizinischen Sachverhalt, über den zudem schon bei der ersten Anmeldung ein polydisziplinäres Gutachten erstellt worden war, was als zusätzliche Schwierigkeit des neuen Verfahrens zu werten ist.