

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/206 vom 18. Mai 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-05-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2019_206

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/206 du 18 mai 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/206 del 18 maggio 2021

Regeste

Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Beweiskraft des polydisziplinären MZR-Gutachtens, worin eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bescheinigt wurde, bejaht. Abweisung des Rentengesuchs (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. Mai 2021, IV 2019/206).

Volltext

Entscheid vom 18. Mai 2021 Besetzung Versicherungsrichter Joachim Huber (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Miriam Lendfers und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen Geschäftsnr. IV 2019/206 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Jürg Jakob, rtwp rechtsanwälte & notare, Rosenbergstrasse 42b, 9000 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich am 11. November 2015 wegen einer schweren Depression zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen an (IV-act. 1). Der behandelnde med. pract. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 13. November 2015 dem leistungspflichtigen Krankentaggeldversicherer, die Erstkonsultation sei am 13. August 2015 erfolgt. Das klinische Erscheinungsbild sei initial eine akute polymorph-psychotische Störung im Sinn einer Belastungsreaktion infolge kumulativer Überlastung am Arbeitsplatz sowie durch die Begleitung der Agonie der Mutter der Versicherten gewesen. Im Behandlungsverlauf habe sich das Zustandsbild allmählich verändert, so dass man aktuell die Diagnose einer schweren depressiven Episode mit flüchtigen psychotischen/dissoziativen Erlebensweisen sowie somatischem und kognitiv-mnestischem Syndrom stellen müsse (fremd-act. 1-7 f.). Vom 23. November bis 24. Dezember 2015 befand sich die Versicherte zur stationären psychosomatisch-sozialmedizinischen Behandlung in der Privatklinik C.____. Die dort behandelnden medizinischen Fachpersonen diagnostizierten eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) im Rahmen einer komplexen psychosozialen Belastungssituation mit Ausbildung eines Erschöpfungssyndroms (ICD-10: Z56, Z63, Z73), eine Eisenmangelanämie (ICD-10: D56) und ein zervikales Schmerzsyndrom mit muskulärer Dysbalance (ICD-10: M54.92). Die Versicherte habe in einem deutlich gebesserten psychophysischen Zustandsbild entlassen werden können (Austrittsbericht vom 29. Dezember 2015, IV-act. 20-4 ff.). Im Bericht vom 14. März 2016 hielt med. pract. B.____ der Versicherten eine tägliche Arbeitszeit von 2 ½ bis 3 Stunden im angestammten Beruf als Product Manager (IV-act. 1-6) für zumutbar (IV-act. 20-1 f.). Am 14. Juli 2016 wurde die Versicherte vom Vertrauensarzt des Krankentaggeldversicherers, Dr. med. D.____, Facharzt u.a. für Psychiatrie und Psychotherapie, untersucht. Dieser

diagnostizierte eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) bei Verdacht auf Restsymptome einer dissoziativen Amnesie (ICD-10: F44.0) vor dem Hintergrund einer Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10: Z73.1). Nach der Behandlung in der Privatklinik C.____ sei es zu einer deutlichen Stabilisierung des Gesundheitszustands der Versicherten gekommen. Danach sei es aber aufgrund weiterer erheblicher Belastungen zu einer erneuten Verschlechterung des Zustandsbilds gekommen. Wegen des auch dieses Mal deutlich reaktiven Charakters der Symptome und bei Berücksichtigung des vorangegangenen Verlaufs sei für einen Zeitraum von 4 Wochen ab Begutachtungstermin weiter von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit bezogen auf das bisherige Arbeitspensum von 60 % auszugehen. Danach könne mit einer beruflichen Wiedereingliederung begonnen werden, wobei hierfür eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Innert eines Zeitraums von 6 Wochen könne das Arbeitspensum danach auf 100 % (bezogen auf das bisherige Arbeitspensum von 60 %) gesteigert werden (Gutachten vom 27. Juli 2016, fremd-act. 3). In der psychiatrischen Kurzbeurteilung/Reevaluation vom 26. September 2016 führte Dr. D.____ aus, bei Berücksichtigung des bisherigen Krankheitsverlaufs sei die Prognose grundsätzlich gut. Es bestehe jedoch weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Nach Ablauf von 2 Monaten sei eine Reevaluation zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sinnvoll (IV-act. 34). In der psychiatrischen Reevaluation vom 17. März 2017 gab Dr. D.____ an, bei fehlendem therapeutischem Fortschritt bzw. fehlender Dokumentation des Therapieverlaufs, fehlender psychodynamischer Einschätzung durch den behandelnden Arzt und fehlender Befunddokumentation könne bei den aufgrund der «vorwürflich» gereizten Haltung der Versicherten nur eingeschränkten Untersuchungsmöglichkeiten eine Beurteilung des zukünftigen Krankheitsverlaufs nur insofern abgegeben werden, als innert eines Zeitraums von 6 Monaten eine Tätigkeit von wirtschaftlichem Wert nicht möglich erscheine (fremd-act. 9-1 ff.; zur ergänzenden Stellungnahme vom 27. März 2017 siehe fremd-act. 9-8 ff.). Hierzu äusserte sich med. pract. B.____ am 20. April 2017 kritisch (fremd-act. 10-2 f.). Die seit 27. September 2017 behandelnde Dr. med. I. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 22. Januar 2018, die Versicherte leide an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome. Sie bescheinigte dieser eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 77). Die IV-Stelle führte am 18. April 2018 eine Abklärung im Haushalt der Versicherten durch (zu deren vorgängigen Angaben im Fragebogen zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit/Haushalt vom 16. Februar 2018 siehe IV-act. 83). Die Abklärungsperson hielt im Abklärungsbericht vom 30. Mai 2018 fest, die Versicherte würde ohne gesundheitliche Einschränkung weiterhin einer Teilerwerbstätigkeit mit einem 60%igen Beschäftigungsgrad nachgehen. Unter Berücksichtigung der Schadenminderungs- bzw. Mitwirkungspflicht des Ehegatten ermittelte sie eine 0%ige Einschränkung im Haushaltsbereich (IV-act. 91; zur Stellungnahme der Versicherten vom 24. April 2018 siehe IV-act. 91-13 f.). Dr. E.____ hielt im Verlaufsbericht vom 15. Juni 2018 fest, die Versicherte zeige ein schwer depressives antriebsarmes Zustandsbild mit verlangsamtem Denken, Einengung der Gedanken und stark verringerter Belastbarkeit bei geringsten Anforderungen. Sie benötige rasch Rückzugsmöglichkeiten, zeige sich sehr reizempfindlich und könne kleinste Stressoren kaum ertragen. Die Versicherte komme in 14-tägigem Intervall regelmässig zum ambulanten Gespräch (IV-act. 94). RAD-Arzt Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, empfahl eine polydisziplinäre Begutachtung der Versicherten. Der Fokus der versicherungsmedizinischen Abklärungen liege auf der Darstellung des Ausmasses einer im engeren Sinn krankheitsbedingten Beeinträchtigung

der Arbeitsfähigkeit in Abgrenzung von nachvollziehbaren, aber nicht krankheitswertigen Belastungen im privaten/persönlichen Umfeld der Versicherten (Stellungnahme vom 13. August 2018, IV-act. 103). Im Auftrag der IV-Stelle wurde die Versicherte am 6., 9., 13. und 21. November 2018 im MZR Medizinisches Zentrum Römerhof polydisziplinär (allgemeininternistisch, orthopädisch, psychiatrisch und neuropsychologisch) begutachtet. Die Sachverständigen stellten folgende «relevanten Diagnosen mit und ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit»: 1. eine Hypercholesterinämie; 2. ein lokales oberes zervikales Wirbelsäulensyndrom; 3. ein unteres Lumbalsyndrom; 4. eine minimale neuropsychologische Störung teilweise bei der geteilten Aufmerksamkeit, der Wortflüssigkeit und bei der kognitiven Flexibilität und 5. eine Neurasthenie (ICD-10: F48.0). Die Versicherte sei sowohl für die angestammte als auch für jede andere in Frage kommende Tätigkeit seit jeher 8 Stunden pro Tag ohne Leistungseinschränkung 100 % arbeitsfähig. Die (früher) attestierten Arbeitsunfähigkeiten seien im Rahmen von belastenden psychosozialen Umständen entstanden (Gutachten vom 8. Februar 2019, IV-act. 127; zu den fehlenden Seiten 1 und 2 des neuropsychologischen Teilgutachtens siehe IV-act. 128-38 f.). RAD-Arzt Dr. F.____ vertrat in der Stellungnahme vom 21. März 2019 die Ansicht, die gutachterliche Beurteilung entspreche im Wesentlichen den geltenden versicherungsmedizinischen Kriterien (IV-act. 129). Die IV-Stelle ermittelte sowohl für den mit 60 % gewichteten Erwerbsbereich als auch für den mit 40 % gewichteten Haushaltsbereich einen 0%igen Invaliditätsgrad und stellte der Versicherten mit Vorbescheid vom 22. März 2019 die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht (IV-act. 132). Dagegen erhob die Versicherte am 10. Mai 2019 Einwand (IV-act. 139), den sie am 4. Juni 2019 ergänzend begründete (IV-act. 142). Zur von ihr am MZR-Gutachten geäußerten Kritik nahm RAD-Arzt Dr. F.____ am 13. Juni 2019 Stellung (IV-act. 145). Mit Verfügung vom 24. Juni 2019 verfügte die IV-Stelle die Abweisung des Rentengesuchs (IV-act. 146). Gegen die Verfügung vom 24. Juni 2019 erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 23. August 2019 Beschwerde. Sie beantragte darin, sie sei im Fachbereich Psychiatrie einer erneuten unabhängigen Begutachtung zu unterziehen und die Expertenstelle sei direkt durch das angerufene Gericht zu bezeichnen. Eventualiter sei ihr basierend auf einem 76%igen Invaliditätsgrad mit Wirkung ab 1. Juli 2016 eine ganze Rente auszurichten; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung machte sie im Wesentlichen verschiedene Mängel am MZR-Gutachten geltend, die dessen Beweiswert erschüttern würden. Des Weiteren kritisierte sie die von der Beschwerdegegnerin im Rahmen der Invaliditätsbemessung für den Haushaltsbereich angerechnete Schadenminderungspflicht ihres Ehegatten (act. G 1). Mit der Beschwerde reichte sie u.a. Kurzberichte von Dr. E.____ vom 25. Juli und 9. August 2019 ein (act. G 1.3.2 f.). Die Beschwerdegegnerin beantragte in der Beschwerdeantwort vom 24. Oktober 2019 die Abweisung der Beschwerde. Sie machte im Wesentlichen geltend, dass die Kritik der Beschwerdeführerin am MZR-Gutachten nicht stichhaltig sei und dessen Beweiswert nicht erschüttere. Gestützt auf die darin enthaltene Arbeitsfähigkeitsschätzung und auf die Ergebnisse des Abklärungsberichts vom 30. Mai 2018 sei das Rentengesuch zu Recht abgewiesen worden (act. G 4). In der Replik vom 20. Januar 2020 hielt die Beschwerdeführerin unverändert an der Beschwerde fest (act. G 9). Die Beschwerdegegnerin verzichtete stillschweigend auf eine Duplik (act. G 11). Erwägungen Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die ihre

Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a); während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG verweist bezüglich des Begriffs der Invalidität auf Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1). 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). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG). Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig (und ist ihnen die Aufnahme einer Vollerwerbstätigkeit nicht zumutbar; Art. 8 Abs. 3 ATSG), so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG). Zunächst ist die zwischen den Parteien umstrittene Frage zu beantworten, ob der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht spruchreif abgeklärt ist. Die Beschwerdeführerin stützte ihren Rentenentscheid im Wesentlichen auf das MZR-Gutachten vom 8. Februar 2019. Demgegenüber hält die Beschwerdeführerin die gutachterliche Beurteilung nicht für beweiskräftig. Die Beschwerdeführerin macht unbestrittenermassen hauptsächlich psychische Beeinträchtigungen geltend. Bei psychischen oder psychosomatischen Krankheitsbildern steht das Beweisproblem im Vordergrund, dass sich die Beurteilung dieser Gesundheitsschäden und der dadurch bedingten Arbeitsunfähigkeiten - mangels zuverlässiger bzw. bewährter Messmethodik - zwangsläufig zunächst auf die Angaben der versicherten Person und deren Leidenspräsentation stützen, da es an einer eigentlichen davon unabhängigen, direkten Objektivierbarkeit fehlt. Deshalb ist die umfassende Prüfung der Konsistenz und der Plausibilität der Leidensschilderung sowie -präsentation für die möglichst objektive bzw. medizinisch-wirklichkeitsgetreue Beurteilung der gesundheitlichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von zentraler Bedeutung (vgl. hierzu bereits die Ausführungen im Rechtsgutachten Prof. Dr. G. ___ und Dr. iur. H. ___ vom 20. November 2012, S. 66 ff. mit Hinweis auf den Entscheid des Versicherungsgerichts vom 19. Juni 2012, IV 2010/336, E. 3.2.3; dieser Entscheid wurde vom Bundesgericht unter der damaligen Praxis gemäss BGE 137 V 64 und 130 V 352 im Urteil vom 13. Januar 2013, 8C_552/2012, aufgehoben; zur inzwischen erfolgten Praxisänderung des Bundesgerichts siehe etwa BGE 141 V 281). Um eine möglichst

objektive, von der Selbsteinschätzung der versicherten Person unabhängige, der tatsächlichen Funktionsfähigkeit entsprechende Arbeitsfähigkeitsbeurteilung im Sinn von Art. 7 Abs. 1 und 2 ATSG zu gewährleisten (vgl. hierzu bzw. zur Massgeblichkeit des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens etwa das Urteil des Bundesgerichts vom 11. Mai 2020, 9C_765/2019, E. 4.2), haben die medizinischen Fachpersonen nebst den Erkenntnissen der eigenen Untersuchung deshalb nach Möglichkeit bei ihrer Expertise sämtliche Lebensaspekte zu würdigen, bei denen Beeinträchtigungen und Ressourcen einer versicherten Person in Erscheinung treten. Dabei sich zeigende Umstände wie etwa Inkonsistenzen, die auf krankheitsfremde Faktoren deuten oder ernsthafte Zweifel am objektiven Umfang der geklagten gesundheitlichen Beeinträchtigung begründen, sind zu benennen. Geltend gemachte Beeinträchtigungen, die auf solchen krankheitsfremden bzw. nicht krankheitswertigen Faktoren beruhen oder zweifelhaft erscheinen, sind bei der Beurteilung des Gesundheitsschadens sowie der Arbeitsfähigkeit auszuklammern. Denn massgebend für die Ermittlung der Erwerbsunfähigkeit bzw. Invalidität sind nur gesundheitliche Beeinträchtigungen, deren Vorhandensein aus objektiver Sicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit bejaht werden kann. Aus diesen Gründen sehen die Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP, 3. vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage, 16. Juni 2016) denn auch vor, dass eine Stellungnahme zur Authentizität von Beschwerden, von präsentierten Symptomen und von Leistungseinschränkungen obligatorischer Bestandteil eines versicherungspsychiatrischen Gutachtens zu sein hat. Das beinhaltet eine Stellungnahme zur Frage, ob die berichteten Beschwerden und präsentierten Symptome in sich konsistent sind oder ob Diskrepanzen, allenfalls sogar Widersprüche bestehen. Dies gelingt am ehesten durch eine Gegenüberstellung der erhobenen Informationen mit Hilfe der verschiedensten methodischen Zugänge. Diesbezüglich sind Hinweise aus der Verhaltensbeobachtung und dem Anamneseverlauf relevant (Qualitätsleitlinien, S. 29). Eine besondere Bedeutung bei der Exploration kommt der detaillierten Beschreibung eines üblichen Tagesablaufs durch die versicherte Person zu, da sich hieraus häufig Hinweise auf Interessen, Aktivitäten, Alltagsgewohnheiten und damit Potential und Ressourcen, jedoch auch Diskrepanzen zu anderen Angaben oder zum Verhalten in der Untersuchung ergeben (Qualitätsleitlinien, S. 16; siehe zum Ganzen den Entscheid des Versicherungsgerichts vom 5. Juni 2020, IV 2018/124, E. 3.1). Vorliegend ist zunächst von Bedeutung, dass die Beschwerdeführerin bezüglich ihres Funktionsniveaus eine tiefe Selbsteinschätzung zum Ausdruck bringt. Gegenüber Dr. E.____ gab sie an, sozial zurückgezogen zu leben. Sie könne (bloss noch) leichte Haushaltstätigkeiten durchführen. Sie benötige rasch Rückzugsmöglichkeiten, zeige sich sehr reizempfindlich und könne kleinste Stressoren kaum ertragen (IV-act. 94-2). Sie mache eine stark verringerte Belastbarkeit bei geringsten Anforderungen geltend (IV-act. 94-3 oben). Anlässlich der Begutachtung im MZR teilte sie mit, sie erlebe sich aufgrund der Erschöpfung, Müdigkeit, Kraftlosigkeit und Antriebslosigkeit überwiegend vollständig arbeitsunfähig (IV-act. 127-54). Demgegenüber ergeben sich aus den Akten zahlreiche Ressourcen der Beschwerdeführerin, die sich mit ihrer Krankheitsüberzeugung nicht vereinbaren lassen. Sie vermag sich um den Haushalt zu kümmern, geht einkaufen, bereitet das Mittagessen vor, geht spazieren, liest Zeitung, telefoniert mit Freunden und schreibt E-Mails. Abends sieht sie fern oder liest Bücher. Zudem geht sie auch in den Ausgang (fremd-act. 3-8 unten; vgl. auch fremd-act. 9-3 unten sowie IV-act. 127-51 f.; zum Lesen und mit Freunden zusammen sein siehe IV-act. 22-4 oben; zu ihrer «Leidenschaft,

dem Lesen», mit der sie Einschlafstörungen vorbeuge, siehe IV-act. 91-2 Mitte), verrichtet Haus- und Gartenarbeiten (IV-act. 91-3) und spielt gerne Sudoku (IV-act. 127-7). Die Beschwerdeführerin und ihr Ehegatte verreisen «wie vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung» einmal jährlich, wobei lediglich der Inhalt und die Intensität des Programms inzwischen angepasst worden seien (IV-act. 91-10; zur Reise- bzw. Ferienaktivität siehe auch IV-act. 101). Die Beschwerdeführerin ist auch in der Lage, öffentliche Verkehrsmittel zu benützen und ein Auto zu lenken (siehe IV-act. 127-29 oben und IV-act. 127-38 oben; vgl. auch act. G 9, Rz 10b). Auch die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin zweieinhalb Stunden ruhig, konzentriert und engagiert an der neuropsychologischen Begutachtung mitzuwirken vermochte (IV-act. 127-38 unten), spricht offensichtlich gegen die Darstellung, selbst bei geringsten Anforderungen stark verringert belastbar zu sein (IV-act. 94-3; siehe hierzu eingehend nachstehende E. 2.1.2). Das Gleiche gilt erst recht hinsichtlich der bis dreimal wöchentlich von ihr und ihrem Ehegatten erbrachten Betreuung der Kleinkinder der Nachbarin (fremd-act. 9-3 und IV-act. 91-3 Mitte), zumal diese Tätigkeit gerichtsnotorisch mit erhöhter Reiz- und Stressbelastung verbunden ist. Die von der Beschwerdeführerin beklagten bzw. subjektiv empfundenen kognitiven Einbussen (siehe etwa IV-act. 91-2 Mitte) konnten im Rahmen der umfassenden neuropsychologischen Begutachtung ebenfalls nicht objektiviert werden (IV-act. 127-43 unten). Vielmehr wurden sie als «nicht plausibel» bezeichnet (IV-act. 127-45). Auffallend ist in diesem Zusammenhang das zu Beginn der neuropsychologischen Untersuchung von der Beschwerdeführerin präsentierte symptomverdeutlichende Verhalten. So hielt die neuropsychologische Gutachterin fest, die Beschwerdeführerin «antwortete in kurzen Sätzen, versuchte nicht zu weinen und brach doch immer wieder in Tränen aus. Ein flüssiges Gespräch war kaum möglich. Auffassungsfähigkeit, Aufmerksamkeit und Konzentration waren während des Gesprächs eingeschränkt» (IV-act. 127-38). «Nach dem Absolvieren der ersten Testeinheit wurde eine Motivationsunterstützung angeboten, danach änderte sich ihr Verhalten. Sie wirkte ruhig und konzentriert und arbeitete die zweieinhalb Stunden engagiert mit» (IV-act. 127-38 unten; zu den vor der Motivationsunterstützung auffälligen Werten der Symptomvalidierungstests und dem aggravierenden Verhalten der Beschwerdeführerin siehe IV-act. 127-40). Im Licht dieser Umstände ist davon auszugehen, dass die von der Beschwerdeführerin zunächst dargestellten affektiven Beeinträchtigungen primär verdeutlichenden bzw. aggravierenden Charakter hatten und diese Leidenspräsentation hauptsächlich motivational bedingt war. Der motivationale Aspekt der Leidensdarstellung wird auch dadurch bestätigt, dass «Anstösse, Motivation, positive Zusprüche des Ehegatten» sich fördernd auswirken (IV-act. 91-3 Mitte) und offenbar keine relevanten Beeinträchtigungen bestehen bei Aktivitäten, «welche die Versicherte gerne macht» (IV-act. 127-7). Schliesslich bezeichnete auch der psychiatrische Gutachter die Motivation der Beschwerdeführerin als fraglich (IV-act. 127-58). Vor diesem Hintergrund leuchtet die Schlussfolgerung der neuropsychologischen MZR-Gutachterin und des psychiatrischen MZR-Gutachters im Ergebnis ein, dass objektiv keine krankheitsbedingte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vorliegt und die Krankheitsüberzeugung der Beschwerdeführerin im Wesentlichen in einer Fokussierung auf schwierige und tragische Lebensereignisse aufgeht (IV-act. 127-23), bei allem Verständnis für deren anspruchsvolle Bewältigung. In diesem Sinn äusserte sich auch RAD-Arzt Dr. F.____, wenn er ausführt, die Beschwerdeführerin scheine mit grosser dysfunktional-neurotischer oder nur eigenwilliger Energie in der geschilderten Randposition zu verharren. Er bestätigte auch eine Fixierung auf eine

Opferrolle (die Beschwerdeführerin habe «sich faktisch offenbar in eine ausgeprägte und sich selbstverstärkende Randposition des Sich-Nicht-Mehr-Fähig-Fühlens zurückgezogen»), die mit der erhaltenen Funktionsfähigkeit (IV-act. 145-3) bzw. den ausgewiesenen Ressourcen (siehe hierzu vorstehende E. 2.1.1 f.) kontrastiert. RAD-Arzt Dr. F. ___ bestätigte denn auch plausibel eine «psychische Energie» «auf hohem Niveau» (IV-act. 145-4). Die von der Beschwerdeführerin gegen die Beweiskraft des MZR-Gutachtens ins Feld geführten Berichte anderer psychiatrischer Fachpersonen vermögen keinen weiteren Abklärungsbedarf zu begründen (act. G 1, Rz 25 ff.). Was die Beurteilungen von Dr. D. ___ anbelangt, so beruhen diese nicht auf einer überzeugenden Konsistenz- und Ressourcenprüfung. Zudem bleibt letztlich unklar, gestützt auf welche objektiven Befunde Dr. D. ___ eine krankheitsbedingte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit für ausgewiesen hielt. Vielmehr kritisierte er im Reevaluations-Bericht vom 17. März 2017 zu Recht, dass die Berichte des damals behandelnden med. pract. B. ___ keine verwertbaren Angaben enthielten (fremd-act. 9-7). Aus dem Reevaluations-Bericht vom 26. September 2016 geht ausserdem ein Widerwillen der Beschwerdeführerin hervor, hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit über Details des Tagesablaufs zu berichten (siehe IV-act. 34-3 unten mit Hinweis auf eine deutlich abweisende, vorwurfsvolle Haltung mit u.a. gereiztem Nachfragen bei der Untersuchung vom 13. September 2016). Im Übrigen musste Dr. D. ___ zweimal, am 13. September 2016 und am 21. Februar 2017, seine Untersuchung aufgrund des vorwurfvollen Verhaltens der Beschwerdeführerin vorzeitig abbrechen (fremd-act. 8-4; siehe auch fremd-act. 9-9 oben). Die in qualitativer Hinsicht knappen, im Wesentlichen die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin übernehmenden Beurteilungen von Dr. D. ___, die bloss auf unvollständigen Untersuchungen beruhen, und auch diejenigen von med. pract. B. ___ waren folglich einer eingehenden Auseinandersetzung durch den psychiatrischen MZR-Gutachter kaum zugänglich. Nichts anderes gilt hinsichtlich der (Kurz-)Berichte von Dr. E. ___ (IV-act. 77, IV-act. 94, act. G 1.3.2 f. und act. G 9.1), zumal die darin bescheinigte vollständige Arbeitsunfähigkeit sich namentlich nicht mit den Ressourcen der Beschwerdeführerin und den Ergebnissen der neuropsychologischen Abklärung vereinbaren lässt (siehe hierzu vorstehende E. 2.1.1 f.). Vielmehr scheint Dr. E. ___ - ihrem Behandlungsauftrag entsprechend - die tiefe Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin unkritisch übernommen zu haben, was etwa darin zum Ausdruck kommt, dass sie «absolut keine Hinweise auf eine Symptomverdeutlichung» zu erkennen vermochte (act. G 1.3.3; siehe demgegenüber vorstehende E. 2.1.1 f.). Unter diesen Umständen stellt es auch keinen Mangel dar, dass der psychiatrische MZR-Gutachter aufgrund fehlender schlüssiger objektiv-kritischer Vorbeurteilungen seine davon abweichende Beurteilung hauptsächlich damit begründete, dass die damals gestellten Diagnosen sich anlässlich der aktuellen Untersuchung nicht bestätigen liessen (IV-act. 127-64) und die attestierten Arbeitsunfähigkeiten im Rahmen von belastenden psychosozialen Umständen erfolgt seien (IV-act. 127-7 unten). Da weder aus den Akten hervorgeht noch von der Beschwerdeführerin geltend gemacht wird, dass es seit den Beurteilungen der Dres. D. ___ und E. ___ sowie von med. pract. B. ___ zu einer relevanten gesundheitlichen Verbesserung kam (zum von Dr. E. ___ am 25. Juli 2019 attestierten «unverändert schwer depressivem Zustandsbild» siehe etwa act. G 1.3.2), erscheint auch die rückwirkend bescheinigte Arbeitsfähigkeit plausibel. In diesem Zusammenhang ist des Weiteren darauf hinzuweisen, dass ein den Beweisanforderungen grundsätzlich genügendes medizinisches Gutachten (BGE 125 V 351 f. E. 3a und b), wie das vorliegende MZR-Gutachten, nicht in Frage gestellt werden kann und nicht Anlass zu

weiteren Abklärungen besteht, wenn und sobald die behandelnden medizinischen Fachpersonen nachher zu einer unterschiedlichen Beurteilung gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorgebracht werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben waren und die geeignet sind, zu einer anderen Beurteilung zu führen (Entscheid des Versicherungsgerichts vom 30. Juli 2019, IV 2017/216, E. 2.2.1 mit Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juli 2008, 9C_830/2007, E. 4.3). Solche objektiven Gesichtspunkte lassen sich weder den (Kurz-)Berichten von Dr. E.____ noch den Ausführungen von med. pract. B.____ entnehmen. Ergänzend kann auf die eingehenden und überzeugenden Ausführungen des RAD-Arztes Dr. F.____ zur Kritik der Beschwerdeführerin an der gutachterlichen Beurteilung verwiesen werden (IV-act. 145-2 f.). Soweit die Beschwerdeführerin auf die Ergebnisse der Hamilton-Depressionsskala oder das Beck Depression Inventar hinweist (act. G 9, Rz 11), vermag sie daraus nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. Denn das Beck Depression Inventar bzw. dessen Ergebnisse beruhen auf einer reinen Selbstbeurteilung (Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juli 2018, 9C_302/2018, E. 4.2.2). Mit Blick auf die Abklärung mittels Hamilton Depressionsskala, deren Items grösstenteils ebenfalls gestützt auf die Selbstantgaben der untersuchten Person zu beurteilen sind (etwa bezüglich Schlafstörungen, depressiver Verstimmung, Schuldgefühlen, Krankheitseinsicht, Suizidalität usw.; siehe hierzu Wolfgang Meier und andere, Dimensionen der Hamilton-Depressionsskala [HAMD], Eur Arch Psychiatr Neurol Sci [1985] 234: 417-422), gilt es zu beachten, dass einem solchen Verfahren im Rahmen psychiatrischer Begutachtungen höchstens ergänzende Funktion zukommt. Entscheidend bleibt die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung. Unabhängig vom Ergebnis der Hamilton Depressionsskala braucht es zur Annahme einer psychisch bedingten Invalidität in jedem Fall ein medizinisches Substrat, das (fach-)ärztlich schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit aus objektiver Sicht wesentlich beeinträchtigt (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2014, 8C_578/2014, E. 4.2.7). Ein solches haben der psychiatrische MZR-Gutachter und die neuropsychologische MZR-Gutachterin mit eingehender Begründung sowie unter Berücksichtigung der Ressourcen der Beschwerdeführerin und unter Hinweis auf psychosoziale Umstände nachvollziehbar im Rahmen des ihnen zustehenden Ermessens verneint (siehe etwa IV-act. 127-5 ff.). Bei der Würdigung des MZR-Gutachtens fällt weiter ins Gewicht, dass es auf eigenständigen gründlichen, einschliesslich neuropsychologischen Abklärungen beruht und für die streitigen Belange umfassend ist. Die medizinischen Vorakten wurden verwertet und die von der Beschwerdeführerin geklagten Leiden berücksichtigt und - insbesondere unter Einbezug der ihr verbliebenen Ressourcen - objektiv gewürdigt. Die im MZR-Gutachten vorgenommene Arbeitsfähigkeitsschätzung leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation über den gesamten von der MZR-Gutachterin und -Gutachtern beurteilten Zeitraum ein. Weiter bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass objektiv wesentliche Tatsachen nicht berücksichtigt worden wären. Ein weiterer Abklärungsbedarf ist zu verneinen und das Gesuch der Beschwerdeführerin um eine neuerliche psychiatrische Begutachtung abzuweisen. Gestützt auf die Beurteilung gemäss MZR-Gutachten ist - auch retrospektiv - von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit auszugehen, womit der Invaliditätsgrad für den Erwerbsbereich auf 0 % festzusetzen ist. Vorliegend kann offenbleiben, ob die Fähigkeit der Beschwerdeführerin, den Haushalt zu

besorgen, überhaupt krankheitsbedingt eingeschränkt ist. Denn selbst wenn zu ihren Gunsten von einer 40%igen Einschränkung ausgegangen würde, wie sie von der Abklärungsperson vor Anrechnung einer Schadenminderungs-/Mitwirkungspflicht des Ehegatten gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin ermittelt wurde (IV-act. 91-19), resultierte bei einem unbestrittenen mit 40 % gewichteten Anteil des Haushaltsbereichs und einem Teilinvaliditätsgrad von 0 % für den Erwerbsbereich ein offensichtlich nicht rentenbegründender Gesamtinvaliditätsgrad von 16 % (40 % x 40 %). Gemäss den vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. 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). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihr daran anzurechnen. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihr daran angerechnet.

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