

# **SO\_GERICHTE VSBES.2015.227 vom 2. September 2015**

SO Obergericht, 2015-09-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2015.227](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2015.227)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2015.227 du 2 septembre 2015

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2015.227 del 2 settembre 2015

## **Erwägungen**

### **E. 2**

2.1 Zur Vorgeschichte der Beschwerdeführerin sind zusammengefasst die folgenden Angaben zu machen (s. Gutachten von Dr. med. L.\_\_\_\_, A.S. 325 ff.): Nach acht Jahren Primar- und Sekundarschule absolvierte die Beschwerdeführerin eine zweijährige Ausbildung zur Textilverkäuferin. 1973 heiratete sie infolge einer ungeplanten Schwangerschaft und gab ihre Arbeit auf. 1974 liess sie beidseits eine Brustvergrösserung vornehmen, wobei die Implantate schliesslich nach einer Ruptur wieder entfernt wurden. Die Ehe war unglücklich und konfliktbelastet, worauf die Beschwerdeführerin mit einer Ess-Brechsucht reagierte. 1980 trennte sich das Paar. 1981 zog sich die Beschwerdeführerin beim Autoscooterfahren ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule zu. 1982 heiratete sie ein zweites Mal. 1989 wurde erstmals die Diagnose eines panvertebralen Syndroms und eines generalisierten Weichteilrheumatismus gestellt. 1991 erlitt die Beschwerdeführerin bei einem Reitunfall eine Commotio cerebri und eine Schlüsselbeinfraktur. Von 1992 bis 2000 arbeitete sie als Teilhaberin im Büro des Ehemanns für Innenarchitektur sowie ab 2001 bis zur Geschäftsauflösung im Jahr 2002 als angestellte Teilzeitkraft. Chronische Bauchschmerzen führten im Jahr 2000 zu einer stationären Behandlung mit Gewichtsabnahme bis auf 36 kg, wobei sich das Gewicht in der anschliessenden weiteren Behandlung wieder auf 46 kg erhöhte. Der zweite Ehemann distanzierte sich infolge ihrer gesundheitlichen Probleme zunehmend von der Beschwerdeführerin. Von Frühjahr 2005 bis Herbst 2009 legte sie eine Familienphase mit Umzug, Renovation eines Hauses und Pflege der erkrankten Mutter ein. 2009 trennte sich die Beschwerdeführerin von ihrem Mann; die Scheidung erfolgte 2011. Von Juli bis Oktober 2010 war die Beschwerdeführerin bei der M.\_\_\_\_ mit einem Teilzeitpensum von ca. 40 % angestellt, wurde aber im Umfang bis zu 80 % und ganztags eingesetzt. Gegen Ende der Probezeit erhielt sie wegen ungenügender Leistung die Kündigung. Von Februar bis August 2011 absolvierte die Beschwerdeführerin bei der N.\_\_\_\_ ein von der Beschwerdegegnerin veranlasstes Aufbautraining im kaufmännischen Bereich. Sie sah sich aber wegen subjektiver Erschöpfbarkeit und Konzentrationsstörungen nicht in der Lage, das Arbeitspensum auf über 50 % zu steigern; am Ende des Einsatzes wurde die Leistungsfähigkeit mit 75 % angegeben und eine Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt bei einem wohlwollenden Klima als möglich erachtet. Im September 2011 trat die Beschwerdeführerin ein Arbeitstraining von 50 % in der O.\_\_\_\_, einem Heim für Schwerbehinderte, an, wo sie von März 2012 bis Oktober 2015 mit einem Pensum von zunächst 35 %, später 40 %, fest angestellt war.

2.2 Bei der Ablehnung des ersten Leistungsbegehrens am 13. Juli 2006 stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf die folgenden Gutachten:

2.2.1 Dr. med. P.\_\_\_\_, Arzt für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen FMH, stellte am 7. November 2005 Diagnosen (IV-Nr. 18 S. 9):

1.Vordergründig nicht somatisch abstützbare Beschwerden

2.Generalisierte Beschwerden

-thorakalbetontes Panvertebralsyndrom mit spondylogenen Beschwerden

- leichtgradige langbogige rechtskonvexe Skoliose

3.Kalziumpyrophosphatkristallablagerungserkrankung

-Verkalkung des Discus triangularis der linken Hand

4.Implantation von Silikon-Implantaten beidseits bei mehrfachen anschliessenden Korrekturoperationen (1975)

-Entfernung der Brustimplantate (1998)

5.Erniedrigte Knochendichte im Bereich zwischen Osteopenie und Osteoporose (Juli 2004)

6.Anamnestisch rezidivierende Hyperventilationen

7.Anamnestisch mittelschwer- bis schwergradige bronchiale Hyperreagibilität

Die Arbeitsfähigkeit sei aus somatisch-rheumatologischer Sicht für die früheren, körperlich meist leicht bis maximal mässig belastenden beruflichen Tätigkeiten derzeit nicht eingeschränkt. Nicht mehr zumutbar seien körperlich schwergradig belastende Arbeiten sowie repetitives Bewegen von Gewichten über zehn bis 15 kg. Für eine den idealen Arbeitsplatzbedingungen angepasste berufliche Tätigkeit könne derzeit keine Verminderung der Arbeitsfähigkeit angenommen werden. Der ideale Arbeitsplatz liege in einem klimatisierten Raum, beschränke sich auf körperlich leicht- bis mässiggradig belastende Arbeiten und lasse die Möglichkeit zu, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln. Das Einhalten der Rückenergonomie sei wünschenswert (S. 12).

2.2.2 Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte am 28. März 2006 folgendes Leiden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 36.1 S. 9):

Neurasthenisches Syndrom (ICD-10 F48.0), mit

a)histrionischen, selbstunsicheren und narzisstischen Persönlichkeitszügen

b)rezidivierenden depressiven Verstimmungen, aktuell remittiert

c)rezidivierenden unspezifischen Schmerzen

d)anamnestisch rezidivierendem Hyperventilationssyndrom

e)anamnestisch Status nach Essstörung, 1980 und 2001, aktuell BMI von 19,5 kg/m<sup>2</sup>

Aktuell bestünden aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine ausgeprägten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin schildere eine rasche körperliche Ermüdbarkeit und unspezifische Schmerzen (Nacken, Kopf, Gelenke, Rücken) mit Konzentrations- und Koordinationsstörungen. Einfache und klar strukturierte Arbeiten mit angemessener Anleitung seien möglich und zumutbar. Die Beschwerdeführerin sei jedoch nicht in der Lage, Arbeiten zu verrichten, die Schnelligkeit, Flexibilität und

Anpassungsfähigkeit voraussetzen. In der bisherigen Tätigkeit im Verkauf oder Büro sei die Leistungsfähigkeit um 25 % vermindert. Anzustreben sei eine Integration an einen Arbeitsplatz, der Hilfsarbeiten ohne Zeitdruck oder Anforderungen an Wendigkeit und soziale Kompetenz biete.

2.3 Das Bundesgericht hielt in seinem Urteil vom 2. September 2015 fest, die folgenden nach der Neuanmeldung ergangenen Arztberichte würden auf eine Verschlechterung seit der Abweisung des ersten Leistungsbegehrens hindeuten, erlaubten aber keine abschliessende Beurteilung (E. 5.1 f., 6.1, 6.3 und 7):

2.3.1 Dr. med. F.\_\_\_\_, Ärztin für Innere Medizin und Rheumatologie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 3. Februar 2012 (IV-Nr. 102) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit chronifizierte überlastungs- und fehlbelastungsbedingte Schmerzen im Schultergürtel und lumbosakral. Als Verkäuferin sei die Beschwerdeführerin seit Oktober 2010 zu 50 % arbeitsunfähig. Wechselbelastende Tätigkeiten mit leichter körperlicher Belastung seien vier bis fünf Stunden pro Tag zumutbar. Im von der Beschwerdeführerin in Auftrag gegebenen Gutachten vom 12. Dezember 2013 (Beschwerdebeilage / BB-Nr. 6) ging Dr. med. F.\_\_\_\_ längerfristig von einer medizinisch-theoretischen Einschränkung um 50 bis 60 % aus.

2.3.2 Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte im Bericht vom 27. Februar 2012 (IV-Nr. 107 S. 5 f.) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Invalidisierende Neurasthenie (F48.0), rezidivierende Ängste und wiederholte depressive Episoden, anamnestisch Ess- / Brechsucht während zweier Jahre (ca. 1976, ohne Gewichtsabnahme) und ausgeprägtes Erschöpfungssyndrom (mit Gewichtsabnahme bis auf 36 kg während des Klinikaufenthalts) sowie eine abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung (F60.7) mit deutlicher Selbstunsicherheit. Die medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit betrage 50 bis 70 % mit Verteilung der Arbeit auf fünf Tage. Am 28. November 2014 (BB-Nr. 4) legte Dr. med. R.\_\_\_\_ dar, Invaliditätsgrund sei gerade die Persönlichkeitsstörung. Sein früherer Bericht sei nach wie vor gültig.

2.4 Die Beschwerdeführerin reichte im hiesigen Verfahren die folgenden Arztberichte ein, welche ihrer Krankenversicherung erstattet worden waren:

2.4.1 Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH sowie für Neurologie FMH, stellte in seiner psychiatrischen Kurzbeurteilung vom 13. Mai 2015 (BB-Nr. 1) folgende Diagnosen (S. 16):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Als Befund ergebe sich ein umständlicher Gedankengang, eine eingeschränkte Ein- und Umstellfähigkeit sowie ein Vorbeireden und Nichtantworten auf die gestellten Fragen trotz mehrmaliger Aufforderung. Weitere Symptome wie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen liessen sich nicht objektivieren. Die Beschwerdeführerin klagte über eine anhaltende gesteigerte Ermüdbarkeit nach geistiger und körperlicher Anstrengung, körperliche Schwäche und Erschöpfung nach geringsten Anstrengungen, Schlafstörungen sowie Unfähigkeit zur Entspannung. Diese Symptome beständen seit dem Jahr 2000 und seien überwiegend wahrscheinlich auf die Neurasthenie zurückzuführen. Im Oktober 2014 sei die Beschwerdeführerin an ihrem Nischenarbeitsplatz in einen anderen Bereich versetzt

worden, wo sie sich wegen ihrer Osteoporose körperlich nicht zur Arbeit in der Lage fühle (S. 16). Durch die ausgeprägt akzentuierten Persönlichkeitszüge reagiere die Beschwerdeführerin reduziert flexibel und unangepasst. Dies führe zu wesentlichen Funktionsbeeinträchtigungen im sozialen Verhalten und habe durch krankheitsbedingt fehlende Ressourcen sowie die fehlende Kapazität zur Verarbeitung interpsychischer Konflikte eine verminderte Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit zur Folge (S. 17). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bei der O.\_\_\_\_ bestehe psychiatrisch eine Arbeitsfähigkeit von 40 %. Wegen der Persönlichkeitsstörung in Kombination mit der mehrjährigen Neurasthenie und der aktuellen Anpassungsstörung auf Grund der Konfliktsituation am Arbeitsplatz sei auch in einer angepassten Tätigkeit von keinem höheren Arbeitspensum auszugehen (S. 18).

2.4.2 Das bidisziplinäre psychiatrisch-neurologische Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 1. September 2015 (BB-Nr. 2) enthielt folgende Diagnosen (S. 54 f.):

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

2.4.2.1 Die psychiatrischen Befunde (S. 29 ff.) deckten sich im Wesentlichen mit denjenigen der ersten Untersuchung. Ergänzend wurde festgehalten, die Stimmung sei gedrückt, jedoch ohne durchgehende Depressivität (S. 31 unten). Die Beschwerdeführerin habe sehr gerne gearbeitet, sei aber erschöpft und könne sich momentan keine Tätigkeit vorstellen (S. 32). Es liessen sich mittel- bis hochgradige Störungen der Aktivität und Partizipation ausmachen (S. 36). Gegenwärtig erfolge keine leitliniengerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung: Die Beschwerdeführerin habe im Jahr 2015 nur viermal ihren Psychiater konsultiert, die Gesprächstherapie habe bei keiner ausgebildeten Psychotherapeutin stattgefunden, und Psychopharmaka würden nicht eingenommen (S. 58).

Die Kriterien einer Anpassungsstörung seien erfüllt. Eine solche begründe nur im Ausnahmefall eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Die Kündigung vom 19. Mai 2015 per 31. Oktober 2015 habe aktuell zu einer Verschlimmerung der Symptomatik geführt, weshalb in der bisherigen Tätigkeit als Betreuungsassistentin beim bisherigen Arbeitgeber eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Es handle sich dabei um einen Nischenarbeitsplatz, der überwiegend wahrscheinlich nicht den Anforderungen eines Arbeitsplatzes auf dem ersten Arbeitsmarkt entspreche. Für eine Stelle mit ähnlichem Belastungsprofil bei einem anderen Arbeitgeber sei, bezogen auf das zuletzt ausgeübte Arbeitspensum von 40 %, ab 1. November 2015 von einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % auszugehen. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 60 %, bezogen auf ein hypothetisches Vollzeitpensum, sei auf die schon vor 2012 bestehende kombinierte Persönlichkeitsstörung zurückzuführen (S. 37). Nach Einleitung einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin innert sechs bis acht Wochen an einem den mangelnden Ressourcen optimal angepassten Nischenarbeitsplatz mit ihrem bisherigen Arbeitspensum von 40 % tätig sein könne. Auf Grund der kombinierten Persönlichkeitsstörung und zusätzlich der Anpassungsstörung bei psychosozialen Belastungen bestünden Tätigkeitseinschränkungen für alle Arbeiten mit besonderen Anforderungen an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen, unter Termin- und Zeitdruck sowie mit Publikumsverkehr. Auf dem freien Arbeitsmarkt bestehe für alle Tätigkeiten, auch die dem Leiden angepassten, eine

vollständige Arbeitsunfähigkeit. In ihrem jetzigen Zustand sei die Beschwerdeführerin keinem Arbeitgeber zumutbar (S. 37, 41 f., 59). Die Überwindung der subjektiv erlebten schweren Defizite sei angesichts der psychischen Komorbidität und des teilweisen sozialen Rückzugs unzumutbar. Die Ausprägung der Störung sei im Vergleich zu ähnlichen Störungsbildern objektiv mittelschwer. Die gutachterliche Konsistenzprüfung ergebe keine Hinweise auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen (S. 38 f.), Diskrepanzen oder Inkonsistenzen (S. 58).

2.4.2.2 Im Rahmen der neurologischen Untersuchung berichtete die Beschwerdeführerin von belastungsabhängigen lumbosacralen, fluktuierend bis zum linken Bein und nach thorakal ausstrahlenden stechenden Schmerzen, von belastungsabhängigen Schmerzen im Schultergürtel und in der oberen Brustwirbelsäule, mit linksbetonter Ausstrahlung über den Nacken bis nach okzipitoparietal, von im Februar / März fluktuierend auftretenden stechenden Kopfschmerzen ohne Übelkeit, und Erbrechen, begleitet von einer visuellen Aura im Sinne von Flimmern vor den Augen, sowie von einer Gefühlsstörung bei Berührung im Bereich der unteren Extremitäten und an den Händen. 2010 hätten sich auf Grund einer Steigerung des Arbeitspensums von 35 auf 40 % die Beschwerden verschlimmert, begleitet von Energielosigkeit, Erschöpfung, Müdigkeit, Konzentrationsstörungen und Missempfindungen im Thoraxbereich sowie in den Extremitäten. Die Kopfschmerzen hätten in letzter Zeit nachgelassen. Bedarfsweise werde Inflamac (25 mg) kombiniert mit Dafalgan (1 g) verwendet (S. 51). Die Beschwerdeführerin erlebe sich auf Grund der psychischen Verfassung und der Schmerzen als zu 100 % arbeitsunfähig (S. 47).

Radikuläre Zeichen, die auf eine zervikale, thorakale oder lumbale Wurzelkompression und / oder Störungen der langen Bahnen auf Grund einer zervikalen Myelopathie hinwiesen, könnten in der Untersuchung ausgeschlossen werden. Die beklagte Schmerzsymptomatik entspreche auch keinem typischen radikulären Schmerz. Ein neuropathischer Schmerz werde nicht vorgetragen. An der Hals- und Lendenwirbelsäule lasse sich keine Nervenwurzelirritation auslösen. Eine Allodynie oder Hyperalgesie als Korrelat eines neuropathischen Schmerzsyndroms sei nicht nachzuweisen. Die beklagten Beschwerden seien neurologisch durch die Diagnosen und Untersuchungsbefunde nicht erklärbar. Hinweise auf Diskrepanzen oder Inkonsistenzen lägen nicht vor (S. 52). Aus den zervikalen, thorakalen und lumbalen Schmerzen ergebe sich aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Anhaltspunkte für fokalneurologische Defizite fehlten. Typische vegetative Zeichen und andere trigemino-autonome Störungen würden nicht berichtet. Für einen Spannungskopfschmerz ergebe sich keine typische phänotypische Übereinstimmung, ebenso fehle eine sekundäre Kopfschmerzursache. Die Symptomschilderung entspreche auch keinem Clusterkopfschmerz. Überwiegend wahrscheinlich handle es sich um einen Mischkopfschmerz, bestehend aus Migräne mit Aura, Spannungskopfschmerzen, differentialdiagnostisch im Rahmen einer Somatisierungsstörung. Die Kopfschmerzen führten im Alltag zu keiner Beeinträchtigung und hätten keine versicherungsmedizinische Relevanz (S. 53). Zusammenfassend liege keine neurologische Erkrankung vor, die geeignet wäre, die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin im versicherungsmedizinisch relevanten Sinne mittel- und längerfristig zu mindern. Dies gelte zumindest ab dem Begutachtungstermin. Aus neurologischer Sicht bestehe für alle Tätigkeiten auf dem freien Arbeitsmarkt eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Die Beschwerdeführerin könne in der zuletzt ausgeführten Tätigkeit eingegliedert werden

(S. 54). Das aktuell ermittelte Belastbarkeitsprofil gelte seit der Kündigung der Arbeitsstelle am 19. Mai 2015 (S. 56).

2.4.3 In seiner rheumatologischen Kurzbeurteilung vom 20. September 2015 (BB-Nr. 3) stellte Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin FMH, folgende Diagnosen (S. 6):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Es bestünden langjährige ausgedehnte Schmerzen, welche bereits bei früheren Untersuchungen vorwiegend auf Myotendinosen bei leichter Fehlf orm bzw. Fehllhaltung der Wirbelsäule und eine allgemeine Dekonditionierung zurückgeführt worden seien. Auch in der jetzigen klinischen Untersuchung finde sich kaum eine relevante Einschränkung der Wirbelsäulenbeweglichkeit. Die peripheren Gelenke seien unauffällig. Klinische Hauptbefunde seien wiederum die linksbetonten Myotendinosen im Schultergürtel. Die radiologischen Befunde seien, abgesehen von einer leicht bis mässig ausgeprägten Osteochondrose im Segment C5/6 der Halswirbelsäule sowie einer leichten Hyperkyphose der Brustwirbelsäule unauffällig. Auch aus heutiger Sicht könnten die myotendinotischen Schmerzen teilweise mit der langjährigen Dekonditionierung und muskulären Dysbalance erklärt werden. Insgesamt müssten aber für das gesamte Beschwerdebild mit ausgeprägten Erschöpfungszuständen sowie den als massiv und stark einschränkend empfundenen Schmerzen wesentliche nichtsomatische Faktoren postuliert werden. Man verweise hier auf die im psychiatrischen Gutachten diagnostizierte kombinierte Persönlichkeitsstörung. Prinzipiell wären aus rein somatischer Sicht die Beschwerden durch eine rekonditionierende Behandlung gut anzugehen, auf Grund des bisherigen Verlaufes sei jedoch mit einem anhaltenden chronischen Schmerzgeschehen zu rechnen (S. 7). Aus rein rheumatologischer Sicht seien körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne repetitives Heben oder Tragen von Lasten über 5 kg bzw. von Einzellasten über 15 kg, mit häufig möglichem Wechsel der Körperposition und Vermeiden von längeren Zwangshaltungen der Wirbelsäule (insbesondere Sitzen oder Stehen vornüber geneigt) zumutbar. Auf Grund der deutlichen Dekonditionierung bestehe dabei eine allgemeine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von ca. 20 %, bezogen auf ein Vollzeitpensum. Körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten seien nicht zumutbar (S. 8).

2.5 Dem bidisziplinären Gerichtsgutachten der B.\_\_\_\_ vom 22. Juli 2016 (A.S. 101 ff.) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (A.S. 116):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit):

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit):

2.5.1 Anlässlich der zweistündigen rheumatologischen Untersuchung durch Dr. med. C.\_\_\_\_ am 15. Juni 2016 klagte die Beschwerdeführerin über Missempfindungen, die 2011 in der linken Fusssohle begonnen hätten (A.S. 143), dann über den ganzen Körper im Sinne eines pelzigen Berührungsempfindens bis zum Kopf aufgestiegen seien. Ausserdem habe sie ein «groses Problem mit den Beinen», d.h. ein Bein komme oft nicht mit. Sie habe «keinen Saft und keine Kraft». Bei Fehlbewegungen im Bereich der Halswirbelsäule komme es bis zweimal pro Woche zu einem Blockadegefühl mit Denk- und auch Atemstörungen, welche bis zu einigen Tagen anhalten könnten. Diese Beschwerden seien seit fünf bis sechs Jahren schlimm. Konkrete Nackenbeschwerden hätten gegenüber früher aber eher abgenommen.

Die alte Schlüsselbeinfraktur links störe sie eher mehr als früher. 2004 habe sie einen Trümmerbruch des Sternums erlitten. Nach dem Frühstück putze sie etwas und kaufe ein. Sie koche sehr gern. Als Hobby pflege sie das Sammeln von Kräutern und das Pflanzen von Blumen. Mindestens zweimal wöchentlich fahre sie ca. eineinhalb Stunden Velo. Sie habe oft Kontakt mit zwei Freundinnen. In der Spiraldynamik und in einer Turngruppe mit Älteren sei sie überfordert gewesen. Seit 2004 besuche sie ununterbrochen einmal pro Woche die Physiotherapie, um die Rumpfmuskulatur zu stärken und zu stabilisieren. Schmerzmedikamente nehme sie nicht viel, d.h. dreimal täglich 25 mg Inflammac (A.S. 144).

Es lägen keine rheumatologischen Diagnosen mit Einfluss für die Arbeitsfähigkeit vor (A.S. 147). Die Osteoporose der Lendenwirbelsäule habe bisher zu keinen manifesten Frakturen geführt und sei somit ohne klinische Relevanz. Der Bewegungsapparat sei insgesamt wenig auffällig. Die in den schriftlichen Röntgenbefunden genannte rechtskonvexe Skoliosefehlhaltung sowie die verstärkte Kyphose der Brustwirbelsäule fielen klinisch nicht ins Auge und seien offensichtlich nur auf den Röntgenaufnahmen erkennbar. Die geklagten ausgedehnten Schmerz-, Missempfindungs- und Erschöpfungszustände liessen sich aus rheumatologischer Sicht mit diesen Befunden nicht erklären. Auch die angeblich ca. 1987 durchgemachte Borreliose dürfte keine Rolle mehr spielen; der aktuelle Borrelitentiter sei im klaren Negativbereich. Bemerkenswert sei, dass sich trotz der Schmerzangaben keine der für das Fibromyalgiesyndrom charakteristischen Druckempfindlichkeiten von Sehnenansatzstellen fänden. Die Dekompensation der Muskelkapazität erkläre sich vermutlich aus der langjährigen Vermeidungs- und Schonhaltung. Die durchgeführten Laboruntersuchungen lieferten keine Hinweise für eine Myopathie. Vom Bewegungsapparat her ergebe sich für übliche Büro- und einfache administrative Tätigkeiten eine vollzeitliche Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung. Die Limitierungen der Beschwerdeführerin erschienen auch auf Grund ihrer eigenen Aussagen (Überforderung durch unerwartete Situationen etc.) als nicht somatisch begründet. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer Verweistätigkeit sei nicht eingeschränkt. Dr. med. F.\_\_\_\_ habe in ihrer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auch psychische Elemente berücksichtigt (A.S. 148).

Der retrospektive Verlauf der Arbeitsfähigkeit sei aus rein rheumatologischer Warte sehr schwierig zu beurteilen. Dr. med. F.\_\_\_\_ nenne neben den muskulo-skelettären Problemen jeweils auch den generalisierten Erschöpfungszustand, die verminderte psychophysische Belastbarkeit und Konzentrationsstörungen als Begründung für die Arbeitsunfähigkeit von 65%. Aus rein rheumatologischer Sicht dürfe die Aussage gewagt werden, dass die Arbeitsunfähigkeit nie eine Schwelle von 30 bis 40 % überstiegen habe. Auf Grund eines völlig abwesenden pathologischen Substrats des Bewegungsapparats sei dessen Prognose günstig (A.S. 149).

2.5.2 Bei der 115-minütigen psychiatrischen Untersuchung durch Dr. med. D.\_\_\_\_ am 15. Juni 2016 gab die Beschwerdeführerin an, es falle ihr schwer, ihren Gesundheitszustand zu schildern. Deswegen habe sie sich in den vergangenen zwei Monaten intensiv vorbereitet. Ihr Hauptproblem sei der mit Schuldgefühlen verbundene Arbeitsplatzverlust im vergangenen Jahr, der Umgang mit der Arbeitslosigkeit und ihrer aktuellen Lebenssituation. Begonnen habe die Symptomatik nach einer internen Versetzung in der O.\_\_\_\_, wo sie bis 2013 in mehreren Bereichen als Assistentin bei der Betreuung der behinderten Klienten gearbeitet habe. 2014 hätte sie in der Beschäftigungstherapie arbeiten sollen, wo sei es zu einer Art Mobbing gekommen sei (A.S. 127). Im Januar 2015 sei sie in

den Bereich «Naturgruppe» versetzt worden, der dortigen körperlichen Arbeit aber gesundheitlich nicht gewachsen gewesen. Sie habe vergeblich um ihren Arbeitsplatz gekämpft. Sie schäme sich für ihr Versagen. Ihre Stimmung sei gedrückt, sie erlebe sich labil und irritierbar. Manchmal weine sie in ungewohnten emotionalen Belastungssituationen. In einem verständnisvollen Umfeld sei sie recht stabil, sobald sie Vertrauen gefasst habe. Sie sei allgemein ängstlich und selbstunsicher. Gleichwohl sehe sie die Zukunft immer noch optimistisch. Es sei ihr durchaus möglich, Freude zu empfinden. Sie halte sich gerne in der Natur auf und beschäftige sich mit den Pflanzen auf dem grossen Balkon. Sie koche und lese sehr gerne. Es gefalle ihr auch, mit Freunden und Bekannten zusammen zu sein und sich mit anderen Menschen zu unterhalten. Das Konzentrationsvermögen sei leider reduziert. Sobald etwas aus der üblichen Ordnung falle, gerate sie in Stress, werde unruhig und nervös. Das Gedächtnis hingegen sei gut und sie habe durchaus Ausdauer, wenn etwas ihr Interesse wecke (A.S. 128). Insgesamt sei sie körperlich und auch psychisch rasch erschöpft und oft müde. Sie beobachte einen engen Zusammenhang der körperlichen Symptome mit emotionalen Belastungsfaktoren. Seit vielen Jahren schon leide sie unter Rücken-, Knochen- und Gelenkschmerzen sowie allgemeiner Schwäche. Sie stehe um 6:30 Uhr auf, turne 30 bis 45 Minuten, um mobil zu werden, und frühstücke. Anschliessend putze sie ihre Wohnung. Sie kaufe fast täglich ein, treffe unterwegs Bekannte aus dem Quartier und unterhalte sich. Anschliessend bereite sie das Mittagessen vor. Sie halte gerne Mittagsruhe, wenn keine Arzt- oder Therapietermine anstünden. Jeweils dienstagsnachmittags gehe sie in den Wald um zu walken, am Donnerstagnachmittag sei ihre Physiotherapie. Sie unternehme Spaziergänge und fahre am Wochenende Velo. Mindestens einmal wöchentlich treffe sie sich mit einer Freundin, um über den Alltag zu reden. Die sozialen Kontakte seien ihr wichtig. Abends schaue sie nach dem Nachtesen ab und zu fern, lese aber lieber. Seit 2007 sei sie in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. med. R.\_\_\_\_. Sie konsultiere ihn in unregelmässigen Abständen, in den vergangenen drei Monaten viermal. Zwischen 2013 und 2015 habe sie über Gespräche mit einer Psychologin alle zwei Wochen viel Unterstützung erfahren. Einmal wöchentlich gehe sie zum Frauenturnen (A.S. 129). Aktuell nehme sie abends acht bis zehn Tropfen Surmontil (A.S. 130).

Was den psychiatrischen Befund angehe, so sei die Beschwerdeführerin im Kontakt zunächst sehr ängstlich-selbstunsicher. Gleichwohl berichte sie sehr lebhaft, teilweise logorrhöisch ausufernd und wenig strukturiert über ihre gesundheitlichen Beschwerden und ihre Biographie. Mehrfach verliere sie den roten Faden, könne aber das Gespräch nach einem entsprechendem Hinweis wieder aufnehmen. Die gestellten Fragen würden im Laufe der Exploration zunehmend offen beantwortet. Die Beschwerdeführerin verfolge aufmerksam das Geschehen. Das Konzentrationsvermögen verbessere sich im Verlauf der Exploration zunehmend und sei nach etwa einer halben Stunde bis zum Ende des Gesprächs ungestört. Die Beschwerdeführerin könne sich auf wechselnde Gesprächsinhalte ein- und umstellen. Die höheren kognitiven Leistungen seien ausreichend differenziert (A.S. 133). Die Beschwerdeführerin spreche mit kräftiger, gut modulierter Stimme. Der formale Gedankengang sei geordnet und kohärent, keineswegs depressiv gehemmt oder gar gesperrt. Zu Beginn der Exploration zeige sich gelegentlich ein etwas sprunghaftes Denken. Zu Denkzerfahrenheit komme es nicht. Inhaltlich beschäftige sich das Denken vermehrt mit negativen Kognitionen, insbesondere Selbstwertzweifeln, aber eine gedankliche Gefangenheit in depressiven Gefühlen, Ängsten oder auch in einem Schmerzerleben liege nicht vor. Es zeigten sich keine psychotischen Denkinhalte. Merkfähigkeit, Kurz- und

Langzeitgedächtnis seien intakt. Auf der klinischen Ebene fänden sich keine Hinweise auf mnestic Defizite, die als Ausdruck einer primär hirneigenen Leistungsminderung interpretiert werden müssten. Störungen des Ich-Bewusstseins lägen keine vor. Das Intelligenzniveau erscheine als durchschnittlich. Die Willenskräfte seien strukturiert und zielgerichtet, Ambivalenz oder Ambitendenz seien trotz einer gewissen Entscheidungsschwäche nicht vorhanden. Die Antriebslage sei angemessen, eine depressive Antriebshemmung bestehe nicht. Anfangs sei die Beschwerdeführerin psychomotorisch sehr unruhig; im Verlauf der Exploration wirke sie etwas ruhiger und weniger angespannt, aber dennoch stets lebhaft mit ausdrucksreicher Gestik, Mimik und Körpersprache. Gelegentlich erscheine die Mimik mit einem leicht histrionisch wirkenden Ausdruckscharakter. In der emotional-affektiven Schwingungsfähigkeit sei die Beschwerdeführerin bei überwiegend ernster Affektlage durchaus in der Lage, angemessen zum positiven Pol mitzuschwingen. Keinesfalls zeige sich eine durchgehende Depressivität. Von Suizidalität sei die Beschwerdeführerin zuverlässig distanziert (A.S. 134). Ein vollständiger Interessenverlust liege nicht vor, und es bestünden auch regelmässige soziale Kontakte. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, Freude zu empfinden. Kurzzeitig wirke sie affektlabil, könne aber rasch stabilisiert werden. Depressionstypische Schlafstörungen würden verneint, Zwänge von Alltagsrelevanz liessen sich nicht ausmachen. Es lägen weder eine generalisierte Angststörung noch eine Panikstörung oder phobische Störungen von Alltagsrelevanz vor. Auf der Persönlichkeitsebene sei die Beschwerdeführerin durch defizitär wahrgenommene Sozialisationsbedingungen in Kindheit und Adoleszenz geprägt. Es bestehe ein erhebliches Verlangen nach Anerkennung und Aufmerksamkeit bei Furcht vor Zurücksetzung. Darüber hinaus seien histrionische Persönlichkeitsakzente erkennbar. Ferner zeige die Beschwerdeführerin eine Persönlichkeitsstruktur, bei der neben der Sehnsucht nach Zuneigung und Akzeptanz bei gleichzeitiger Überempfindlichkeit gegen Zurückweisung und Kritik auch eine gewisse Überbetonung von alltäglichen Risiken bestehe, so dass auch ängstlich-vermeidende Züge zu erkennen seien. Darüber hinaus sei die Beschwerdeführerin in ihrer Fähigkeit beeinträchtigt, kleinere oder grössere Lebensentscheidungen zu treffen; es falle ihr schwer, eigene Bedürfnisse durchzusetzen, wobei sie sich vor dem Hintergrund eines ausgeprägten Harmoniebedürfnisses eher den Wünschen und Belangen Dritter unterordne. Darüber hinaus zeige sich eine etwas vermehrte narzisstische Kränkbarkeit. Insgesamt sei von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung auszugehen, da die Beschwerdeführerin recht unflexibel auf das Gegenüber und die jeweilige Lebenssituation reagiere. Realitätsbezug, Urteils- und Kritikfähigkeit seien ausreichend vorhanden. Die Beschwerdeführerin zeige durchaus Veränderungsmotivation, erlebe sich allerdings subjektiv minderbelastbar und rasch erschöpft (A.S. 135).

Die Beschwerdeführerin zeige im Querschnitt, aber auch unter Berücksichtigung von Anamnese und Dossier, das Bild einer Neurasthenie sowie einer kombinierten Persönlichkeitsstörung. Immer wieder sei es in der Vergangenheit vor dem Hintergrund der Persönlichkeitsstruktur zu Dekompensationen gekommen, teils als Essstörung, teilweise aber auch als neurasthen geprägtes, ängstlich-depressives Zustandsbild. Die Persönlichkeitsstörung sei offenbar nach Konflikten am Arbeitsplatz mit Kündigung im Jahr 2015 dekompenziert. Vor diesem Hintergrund sei die Arbeitsfähigkeit leicht eingeschränkt, aber keineswegs vollständig aufgehoben (A.S. 136). Die insgesamt leichte Symptomatik der Neurasthenie, deren subjektive Beeinträchtigungen sich auf der psychopathologischen Befundebene nur in geringem Umfang widerspiegeln, bleibe

hingegen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Diese Auffassung entspreche auch im Wesentlichen den Feststellungen von Dr. med. E. \_\_\_ anlässlich der letzten Begutachtung. Man sehe allerdings die von ihm diskutierte Anpassungsstörung nicht als begründet an. Einzelne depressive Merkmale erfüllten die Voraussetzungen einer depressiven Episode nicht. Die Verdachtsdiagnose einer rezidivierenden depressiven Störung lasse sich nicht vollständig von der Hand weisen, aktuell sei aber von einer Remission auszugehen. Einzelne subsyndromale Restsymptome gingen eher in der Diagnose der Neurasthenie auf. Ferner führe die psychische Situation bei der Beschwerdeführerin zu einer vermehrt nach innen gerichteten Selbstwahrnehmung und zu einer verstärkten dysfunktionalen Verarbeitung körperbezogener Symptome. Dies resultiere in einer leicht ausgeprägten undifferenzierten Somatisierungsstörung, die bei im Wesentlichen subjektiver Beschwerdewahrnehmung ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bleibe (A.S. 137). Aggravation oder Simulation lägen nicht vor (A.S. 138).

Bei der Kategorie «funktioneller Schweregrad» sei zum Komplex «Gesundheitsschädigung» festzuhalten, dass die diagnoserelevanten Befunde, wie bereits erwähnt, gering bis allenfalls mittelgradig ausgeprägt seien. Trotz langjähriger psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung sei keine massgebliche Stabilisierung erreicht worden. Dies sei der tief in der Psychobiographie der Beschwerdeführerin verankerten Persönlichkeitsstruktur geschuldet, welche immer wieder zur Dekompensationsbereitschaft beitrage. Die bei der beruflichen Integrationsmassnahme angenommene Arbeitsfähigkeit von 50 % sei zu pessimistisch. Im Rahmen des neurasthenen Syndroms müssten subjektive Beschwerdeempfindungen mit Selbstlimitierung berücksichtigt werden. Auf rein medizinisch-theoretischer Ebene sei das Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin lediglich um 25 % reduziert. Die Beschwerdeführerin beklage zahlreiche körperbezogene Beschwerden, hier sei aber vor allem aber auch auf subjektive Wahrnehmungen im Rahmen der undifferenzierten Somatisierungsstörung hinzuweisen. Zum Komplex «Persönlichkeit» sei zu bemerken, dass das Bild einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden, dependenten, asthen-selbstunsicheren, aber auch histrionischen Zügen vorliege. Die persönlichen Ressourcen zur Kompensation von Belastungsfaktoren seien daher gering (A.S. 138). Hinsichtlich des Komplexes «Sozialer Kontext» sei festzustellen, dass die Beschwerdeführerin sozial durchaus integriert und der soziale Kontext positiv zu bewerten sei. Was die Kategorie «Konsistenz» angehe, so erlebe sich die Beschwerdeführerin in allen vergleichbaren Lebensbereichen eingeschränkt, die Darstellung von Alltagsaktivitäten und -interessen zeige aber, dass sie in der Lage sei, Energien zu mobilisieren, um sich Aufgaben und Interessen zu widmen. Die Therapieangebote würden kontinuierlich wahrgenommen (A.S. 139).

Zusammenfassend sei die Beschwerdeführerin auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in der Lage, ihrem Ausbildungs- und Kenntnisstand sowie ihrem körperlichen Belastbarkeitsprofil angepasste Tätigkeiten durchschnittlicher geistiger Art mit durchschnittlichen Verantwortungsbereichen zu verrichten. Besondere Anforderungen an die Konfliktfähigkeit könnten indes nicht bewältigt werden. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer Verweistätigkeit sei aus psychiatrischer Sicht mit 75 % einzuschätzen, wobei die Beschwerdeführerin in der Lage sei, acht Stunden pro Arbeitstag einer leidensadaptierten Tätigkeit nachzugehen. Die in der Vergangenheit mehrfach diskutierte Persönlichkeitsakzentuierung müsse in der Rückschau und im Lichte der heutigen

Exploration als Ausdruck einer in der Kindheit und Adoleszenz verankerten Persönlichkeitsstörung interpretiert werden. In dieser Störung finde teilweise auch die neurasthene Symptomatik ihre Wurzeln. Abweichend von Dr. med. Q.\_\_\_\_ setze man daher in der diagnostischen Bewertung einen anderen Schwerpunkt, in der Konsequenz jedoch bleibe es bei der seinerzeit bereits beschriebenen Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Die früher beschriebenen Anpassungsstörungen seien möglicherweise Ausdruck einer rezidivierenden Depression bei geringen Kompensationsmöglichkeiten auf dem Boden der Persönlichkeitsstruktur, denkbar sei aber auch eine zeitweilige Exazerbation von affektiv-emotionalen Beeinträchtigungen im Rahmen der Persönlichkeitsstörung (A.S. 139). Retrospektiv liege seit der Begutachtung durch Dr. med. Q.\_\_\_\_ im Jahre 2006 in der bisherigen und in einer leidensadaptierten Tätigkeit unverändert eine Arbeitsfähigkeit von 75 % vor. Eine zuverlässige Aussage zur Arbeitsfähigkeit in einem Arbeitspensum von 100 % lasse sich dem Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 1. September 2015 nicht entnehmen, er beziehe sich vielmehr auf das zuletzt ausgeübte Arbeitspensum von 40 %. Die Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin sei weit in der Psychobiographie verankert. Trotz jahrelanger psychiatrischer Fachbehandlung habe die inzwischen eingetretene Dekompensation nicht verhindert werden können. Ferner spreche auch das Alter der Beschwerdeführerin gegen eine massgebliche Veränderung und Stabilisierung der Persönlichkeitsstruktur.

2.5.3 Im Rahmen der Konsensdiskussion bestätigten die Gutachter, dass keine rheumatologischen Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit vorlägen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe angesichts der kombinierten Persönlichkeitsstörung in leidensadaptierten Tätigkeiten seit 2006 eine Arbeitsfähigkeit von 7 %, d.h. eine Minderung der Leistungsfähigkeit um 25 % bei einem vollen Pensum von 8,5 Stunden. Sowohl die bisherige Tätigkeit als Betreuungsassistentin als auch die frühere Tätigkeit als Modeberaterin und Verkäuferin in einer Boutique seien auf Grund der festgestellten Defizite und verbleibenden Ressourcen noch zumutbar. Dies gelte sowohl für den Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung wie auch der Begutachtung (A.S. 117 f. + 123).

Die Beschwerdeführerin sei um Kooperation bemüht. Allerdings limitiere die Persönlichkeitsstörung mit Einschränkung der Konfliktfähigkeit krankheitsbedingt Eingliederungsbemühungen mit Belastungscharakter (A.S. 121). Diskrepanzen und Inkonsistenzen fänden sich keine. Eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz liege nicht vor (A.S. 122).

2.5.4 Die Gutachter nahmen am 8. November und 22. Dezember 2016 zusammengefasst wie folgt zu den Einwänden der Beschwerdeführerin Stellung:

2.5.4.1 Dr. med. D.\_\_\_\_ erklärte, die Aktenzusammenführung enthalte die relevanten Akten, welche zum Zeitpunkt der Begutachtung vorgelegen hätten. Das Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ habe man berücksichtigt. Der Beschwerdeführerin sei anlässlich der Exploration ausreichend Zeit eingeräumt worden, ihre Beschwerden vorzutragen und ihr Befinden zu zeigen (A.S. 209 f.).

Der Einwand, der psychiatrische Experte habe die Beschwerdeführerin emotionslos durch das Gespräch geführt, entspreche ihrer subjektiven, durch die Persönlichkeitsstruktur geprägten Empfindung. Für die gutachterliche Beurteilung sei eine genügende Distanz notwendig (A.S. 210).

Die Dauer der Exploration sei ausreichend gewesen, um eine Beurteilung in Kenntnis der sehr umfangreichen Aktenlage abzugeben. Die bei der Beschwerdeführerin bestehende, in ihrer Persönlichkeitsstruktur begründete Neigung, eine stabile Fassade zu präsentieren, sei selbstverständlich bemerkt und berücksichtigt worden (A.S. 210). Einer mehrmaligen Begutachtung an verschiedenen Tagen habe es nicht bedurft, der wechselhafte Verlauf der neurasthenen Symptomatik sei auch aus den Vorberichten bekannt gewesen (A.S. 212).

Das fehlende Selbstwertgefühl der Beschwerdeführerin in ihrer Jugend zähle nicht zu den spezifisch emotionalen Störungen des Kindes- und Jugendalters, wie Trennungsangst des Kindesalters, emotionale Störungen mit Geschwisterrivalität, Tickstörungen, Stottern und dergleichen. Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin seit ihrer Kindheit unter Entwertungen und Demütigungen gelitten habe, sei in der Exploration thematisiert worden. Die fehlende Entwicklung eines starken und selbstbewussten Ichs gehöre zu den diagnostizierten asthen-selbstunsicheren und dependenten Anteilen der kombinierten Persönlichkeitsstörung. Auch der Aufenthalt in der Klinik T.\_\_\_\_ wegen eines psychophysischen Erschöpfungszustandes reihe sich nahtlos in die gestellten Diagnosen ein und zeige, dass die Beschwerdeführerin vor dem Hintergrund der Persönlichkeitsstörung immer wieder mit Erschöpfungszuständen und zeitweilig auch depressiven Symptomen dekomponiert habe. All dies sei bei der psychiatrischen Begutachtung bekannt gewesen (A.S. 210).

Die Erkenntnisse aus früheren beruflichen Integrationsmassnahmen seien berücksichtigt worden. Eine höhere Arbeitsunfähigkeit als 25 % sei medizinisch nicht zu begründen. Die letzte Tätigkeit der Beschwerdeführerin und das vertragliche Arbeitspensum seien dem Sachverständigen selbstverständlich bekannt gewesen. Der wiederholte Vorwurf einer oberflächlichen Begutachtung werde auch an dieser Stelle scharf zurückgewiesen (A.S. 210 f.).

Die Beschwerdeführerin habe von einem Aufenthalt in der U.\_\_\_\_ berichtet, doch da diese Klinik nicht existiere, sei dort auch kein Entlassungsbericht angefordert worden (A.S. 211).

Die Beschwerdeführerin habe durch ihre Tätigkeit in den letzten Anstellungsverhältnissen bewiesen, dass sie in der Lage sei, sich trotz ihrer Persönlichkeitsstörung auf einen Arbeitgeber einzulassen und für diesen offenbar auch akzeptabel zu sein, wenngleich sie mit ihrer Neigung zur Selbstüberforderung immer wieder dekomponiere und daher in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt sei (A.S. 211 f.).

Wenn die Beschwerdeführerin angegeben habe, dass sie sich eine Arbeit, die ihren Möglichkeiten entspreche, vorstellen könne, so sei im Gutachten berücksichtigt worden, dass diese Selbsteinschätzung geprägt sei von der Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin, die keine Schwäche zugeben wolle (A.S. 212).

Kein Widerspruch liege vor, wenn die Beschwerdeführerin angebe, sie könne nach der Einnahme von Surmontil fest schlafen, habe aber sonst gelegentliche Einschlafstörungen. Einer fremdanamnestischen Abklärung habe es nicht bedurft, und die Beschwerdeführerin habe auch keine solche gewünscht (A.S. 212).

Der Hinweis auf zwei zurückliegende Scheidungen und die fehlende Fähigkeit, eine neue partnerschaftliche Bindung einzugehen, finde im Gutachten Erwähnung. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten stütze sich auf die aus den gestellten Diagnosen resultierenden Einschränkungen im funktionalen Leistungsvermögen. Zu berücksichtigen

sei also vor allem der Ausprägungsgrad psychiatrisch begründeten Einschränkungen der psychischen Grundfunktionen bzw. komplexen Ich-Funktionen. Die von Dr. med. E.\_\_\_\_ beschriebene Arbeitsfähigkeit beziehe sich auf das zuletzt ausgeübte Arbeitspensum von 40 %, aber er begründe nicht, weshalb er die Beschwerdeführerin in einem vollen Pensum auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für 100 % arbeitsunfähig halte (A.S. 212 f.).

Die in der Rückschau zu diagnostizierende kombinierte Persönlichkeitsstörung habe, unabhängig von der von Dr. med. Q.\_\_\_\_ in den Vordergrund gerückten Diagnose einer Neurasthenie, bereits seinerzeit zu einer Symptomatik geführt, welche eine Arbeitsunfähigkeit in der Grössenordnung von 25 % begründete habe (A.S. 213).

Die im Gutachten gestellten psychiatrischen Diagnosen würden nach der Klassifikation und deren Herleitung auch anhand der diagnoseinhärenten Schweregrade der Befunde abgeleitet. Die vorliegenden Akten seien vollumfänglich eingesehen worden. Im Gutachten finde sich eine Auseinandersetzung mit der Aktenlage nebst differentialdiagnostischen Erwägungen. Die psychischen Grundfunktionen des Erlebens, Handelns, Gestaltens und Wollens seien nicht (mehr) derart beeinträchtigt, dass daraus eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 25 % resultiere (A.S. 235).

Zusammenfassend sei festzuhalten, dass die vielfach redundanten Ausführungen der Beschwerdeführerin nicht geeignet seien, eine andere Beurteilung aus psychiatrischer Sicht herbeizuführen (A.S. 213).

2.5.4.2 Dr. med. C.\_\_\_\_ hielt fest, die Zusammenlegung der beiden Untersuchungen auf einen Tag habe bezweckt, dass die Beschwerdeführerin nicht zwei Mal nach Bern reisen müsse (A.S. 214).

Untersuchte Personen würden vom rheumatologischen Gutachter üblicherweise nach einer gewissen Untersuchungszeit befragt, wie ihr gegenwärtiger Zustand sei, falls dies nicht bereits aus dem Verlauf hervorgehe. Die angeführte «offensichtliche Übermüdung» der Beschwerdeführerin wie auch eine Überforderung seien objektiv nicht feststellbar gewesen, andernfalls wäre die Untersuchung unter- oder gar abgebrochen worden. Die vorliegenden Akten habe man vollumfänglich eingesehen. Die Untersuchungsdauer von 120 Minuten weise auf die Gründlichkeit des Procederes hin (A.S. 214).

Die zur Familienanamnese angegebenen Erkrankungen (wie Diabetes oder Krebs) besässen keinen relevanten Zusammenhang mit der aktuellen Situation (A.S. 214).

Das Schleudertrauma des Jahres 1981 sei, ohne datierte Nennung, im Abschnitt «Aktenlage» (S. 42) zur Sprache gekommen (A.S. 214).

Die Beschreibung der Körperhaltung als «unauffällig» und des Wirbelsäulenverlaufs als «linear» entspringe der klinischen Beobachtung und sei kein Widerspruch zu den radiologischen Aufnahmen, die eine etwas verstärkte Kyphose und rechtskonvexe Skoliose der Brustwirbelsäule zeigten. Es sei bekannt, dass die Radiologie oft eine leichte Fehllhaltung aufdecke, die klinisch nicht erkennbar sei. Die rechtskonvexe Skoliose habe man in der Diagnose festgehalten. Derart leichte Skoliosen verursachten jedoch keine grossen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Schmerzzustände, sogar sehr ausgeprägte skoliotische Fehlstellungen und Kyphosen seien meist asymptomatisch. Die Beschwerdeführerin habe im Übrigen auch nicht über nennenswerte Beschwerden dieser Region geklagt (A.S. 214 f.).

Die Beurteilung, die Kapazität der Muskulatur sei einigermaßen dekompensiert, leite sich aus der überraschenden Beobachtung ab, dass die Beschwerdeführerin beim Aufsatzversuch zu weinen begonnen habe. Dies deute auf eine gewisse verminderte muskuläre Effizienz der Rumpfmuskulatur hin. Ein Widerspruch zur Beurteilung des Dr. med. S. \_\_\_ im Gutachten vom 20. September 2015 («deutliche Dekonditionierung») ergebe sich somit in keiner Weise, beide Begriffe wiesen in Richtung eines verminderten Trainingszustands der Muskulatur (A.S. 215).

Der Hausarzt Dr. med. V. \_\_\_ irre sich, wenn er am 8. April 2006 auf Grund der Osteoporose einen Krankheitswert und eine Beschwerdeauslösung postuliere. Nach seit Jahrzehnten gültiger Auffassung werde die Osteoporose erst dann schmerzrelevant, wenn sich konkrete Frakturen einstellen. Die Ablehnung der von der Beschwerdeführerin angebotenen Densitometrie-Berichte bedeute schlicht und einfach, dass diese bereits vorgelegen hätten (A.S. 215).

Die persönliche Stellungnahme der Beschwerdeführerin vom 6. Oktober 2016 habe man gelesen. Ihre Vorhaltungen wie unzulängliche Fragen und nicht korrekt wiedergegebene Aussagen seien durch so zahlreiche Widersprüche geprägt, dass man nicht in der Lage sei, darauf einzeln einzugehen. Die Beschwerdeführerin beschreibe die Untersuchung einerseits als überfordernd, beklage sich aber andererseits, der klinische Teil des Gutachtens habe nur zehn Minuten gedauert und bloss Ansehen und Drücken umfasst; dies sei eine absurde Verkürzung des gewissenhaft erhobenen körperlichen Status (A.S. 215 f.).

Die nachgereichten Röntgenbilder seien unauffällig oder zeigten leichte Befunde (A.S. 235 f.). Mit einem Messwert von -2,6 habe die Beschwerdeführerin bereits 2004 im Bereich einer leichten Osteoporose gelegen, was sich in späteren Messungen noch verstärkt habe. Nicht gesichert sei allerdings, ob die ■ nach Einsicht in die Röntgenbilder nicht eindeutig feststellbare ■ traumatische Sternumfraktur im Jahr 2004 in einem klaren Zusammenhang mit der Osteoporose stehe. Hingegen dürfe die Osteoporose als mindestens fördernder Faktor für die ausgeprägte Frakturierung des 1991 von einem Unfall betroffenen linken Schlüsselbeins (Clavicula) betrachtet werden. Sowohl Sternum wie Clavicula seien heute jedoch in einem funktionell völlig normalen, beschwerdefreien Zustand. Auf Grund der anamnestischen Angaben anlässlich des Gutachtens habe kein Anlass bestanden, im Bereich des Sternums, des Rückens oder an anderen Körperstellen gezielt nach aktuellen Frakturierungen zu suchen, sei dies klinisch oder radiologisch. Die Osteoporose sei zwar eine unbestreitbare Tatsache, werde aber klinisch nur relevant, wenn sie zu konkreten Frakturierungen führe, ansonsten sei sie eine reine Zustandsbeschreibung des Knochens bzw. seines Mineralgehalts (A.S. 237 f.). In diesem Sinne komme den besprochenen Röntgenbildern der Jahre 2000 bis 2013 für die heutige Beurteilung der Situation keine Bedeutung mehr zu. Mit dem aktuellen Computertomogramm der Brustwirbelsäule sei ein latenter Frakturzustand in diesem besonders kritischen Bereich der Brustwirbelsäule ausgeschlossen. Eine Osteoporose bereite niemals Beschwerden allgemeiner, systemischer Art mit subjektiv zu fühlenden ausgedehnten Körperschmerzen, wie sie die Beschwerdeführerin zum Teil vorbringe (A.S. 238).

Die Notizen belegten den Eindruck einer mit Empathie und gegenseitigem Respekt geführten anamnestischen und somatischen Analyse. Die Beschwerdeführerin habe über eine gewisse Muskelschwäche und eher wenig über Schmerzen geklagt, was mit den geringen somatischen Befunden korreliere. Die Befragung und Untersuchung seien in einem über das übliche Mass ausgedehnten Zeitrahmen nach bestem Wissen und Gewissen

durchgeführt worden. Man sehe sich nicht veranlasst, die damaligen Befunde oder die daraus resultierende Beurteilung zu ändern (A.S. 216).

2.6 Dem Gutachten von Dr. med. L.\_\_\_\_ vom 4. August 2017 (A.S. 282 ff.) sind folgende Diagnosen zu entnehmen (A.S. 325):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Die Beschwerdeführerin gebe an, sie sei als drittes von vier Kindern zweier Schweizer Eltern in ■ nach aussen hin ■ geordneten familiären Verhältnissen aufgewachsen. Sie habe später erfahren, dass sie nicht geplant gewesen sei und ihre Mutter sie habe abtreiben wollen. Ihre Kindheit sei unglücklich gewesen. Die Mutter habe sie als lieblos und distanziert erlebt, der Vater sei sehr streng und leistungsorientiert gewesen. In späteren Jahren sei er zum Alkoholiker geworden. Sie sei ein ängstliches und unsicheres Kind gewesen (A.S. 325). Heute sei sie sehr einsam. Sie sei mit ihren Nerven am Anschlag und einfach nicht belastbar. Sie habe weiterhin Rückenschmerzen und schlimme Schmerzattacken in der linken Schulter mit Ausstrahlung in Nacken und Stirn. Schmerztabletten und Schmerzpflaster würden helfen. Früher seien die Schmerzattacken noch schlimmer gewesen. Sie leide seit etwa 2010 an pelzigen Missempfindungen, die sich von den Fusssohlen über den ganzen Körper bis zum Gesicht ausgebreitet hätten. Nach langem Stehen oder anderem Stress vibriere es oft in ihrer Wirbelsäule bzw. im ganzen Körper. Ihre Muskelkraft habe in den letzten zwei Jahren extrem abgenommen. Ihre Beine zitterten oft, obwohl sie immer trainiert habe. Wenn alles gut laufe, gehe es ihr zeitweise auch besser. Sie habe sich, da sie die Schläge nicht mehr vertrage, ein vorne und hinten gefedertes Mountainbike gekauft. Sie könne nicht mehr schwer tragen oder heben und nicht mehr lange sitzen oder stehen. Am Nachmittag sei sie bereits erschöpft (A.S.312). Die vielen Eindrücke seien zu viel für sie. Nach einigen Stunden müsse sie sich zurückziehen und hinlegen. Sie habe ihre Fröhlichkeit verloren und keine Hoffnung mehr. Auf die wiederholte Frage, ob sie sich selbst als depressiv erlebe, weiche die Beschwerdeführerin aus. Sie habe weiterhin Freude, z.B. an Blumen. Konzentration und Gedächtnis seien schlecht. Sie komme in vielem nicht mehr nach. Der vor kurzem besuchte Informatikkurs habe sie furchtbar gestresst. Ihr Essverhalten sei mittlerweile normal, sie glaube nicht, dass sie noch Symptome einer Essstörung habe. Sie schlafe in der Regel gut ein, wenn sie nicht zu erschöpft sei. Insgesamt schlafe sie maximal fünf bis sechs Stunden. Sie habe immer etwas zu tun und könne sich gut beschäftigen. Zwischen 6:00 und 6:15 Uhr stehe sie auf und mache jeden Morgen während einer Dreiviertelstunde ihre physiotherapeutischen Übungen, um beweglich zu bleiben. Dann geniesse sie mindestens eine halbe Stunde lang das Frühstück. Wegen ihrer Stauballergie putze sie jeden Tag die Wohnung und staube auch ab. Ausserdem erledige sie die Büroarbeit und gehe mit dem Velo einkaufen. Gegen 12:00 Uhr nehme sie das selber zubereitete Mittagessen ein. Danach wasche sie ab und lege sich hin, wobei sie oft kurz einschlafe. Nachmittags schaue sie u.a., wo sie sich noch bewerben könnte, oder lese manchmal. Wenn sie vormittags Therapietermine habe, putze sie nachmittags. Einmal in der Woche habe sie Washtag. Abends koche sie erneut und esse gegen 19:00 Uhr vor dem Fernseher. Nach dem Abwasch höre sie u.a. Musik und pflege ihre Füsse (A.S. 313). Zwischen 22:30 und 23:00 Uhr gehe sie zu Bett. Den Haushalt besorge sie im Wesentlichen alleine, sie brauche einfach länger als früher. Einmal in der Woche komme eine Bekannte vorbei, um mit ihr gemeinsam die schweren Sachen zu erledigen. Diese Bekannte sei hilfsbereit, aber auch zu dominant und neugierig, weswegen

sie sich ein wenig von ihr distanziert habe. Seit der Trennung von ihrem Mann im Jahr 2009 müsse sie alles selbst regeln und stehe unter dem Druck, Geld zu verdienen. Es gehe ihr schlechter, die Muskel- und Körperkraft hätten besonders in den letzten beiden Jahren stark abgenommen. Sie spüre ihre schwachen Nerven viel mehr und leide noch stärker an dem Gefühl, anderen Menschen negativ aufzufallen. Die Konzentration sei schlechter geworden. Unvorhergesehene Dinge, selbst Kleinigkeiten würden sie aus der Bahn werfen. Ihre Verunsicherung habe zugenommen, das Selbstvertrauen abgenommen. Sie habe immer mehr tun wollen, als sie gekonnt habe. Hauptproblem sei, dass sie alles ungefiltert aufnehme und zu sensibel sei. Sie sei mit wenig Ressourcen bzw. mit nichts auf die Welt gekommen, habe nie etwas Positives erlebt. Sie habe immer jemanden gesucht, der sie so gern habe, wie sie sei (A.S. 314).

Zu den objektiven psychopathologischen Befunden hielt die Gutachterin fest, die Beschwerdeführerin präsentiere sich anfänglich psychomotorisch stark angespannt, was sich im Verlauf des Gesprächs rasch bessere. Sie berichte von Anfang an sehr offen und mit einem grossen Mitteilungsdrang von ihrem Erleben. Sprechfluss und Sprechmelodie seien unauffällig, es bestehe ein gutes verbales Ausdrucksvermögen. Der Gedankengang sei deutlich beschleunigt, extrem weitschweifig, sehr umständlich und assoziativ gelockert. Die Beschwerdeführerin beantworte die gestellten Fragen nicht direkt, es bestehe ein deutliches Danebenreden. Sie komme von einem Thema zum nächsten, ohne jedoch dabei den roten Gesprächsfaden zu verlieren. Es sei möglich, die Beschwerdeführerin durch Wiederholen der ursprünglichen Fragen zum jeweiligen Thema zurückzuführen. Inhaltlich seien die Gedanken deutlich eingengt auf die subjektiven Einschränkungen, die verschiedenen Gesundheitsprobleme und eine externe Schuldzuweisung. Der Berichtstil sei themenabhängig weinerlich-klagsam, die Beschwerdeschilderung theatralisch-dramatisierend. Mimik und Gestik seien sehr lebhaft mit ausladenden Bewegungen der Arme. Die Beschwerdeführerin balle immer wieder beide Fäuste, nach eigenem Bekunden um sich selbst zu stoppen. Nach zwei Stunden und zehn Minuten frage sie erstmals nach einer Pause. In der Interaktion imponiere das Verhalten während des Grossteils der Untersuchung als überangepasst bis devot. Es sei eine deutlich erhöhte Kränkbarkeit spürbar. Die Beschwerdeführerin beschreibe subjektive Auffassungs- und Konzentrationsschwierigkeiten; während der mehr als viereinhalbstündigen Untersuchung ergäben sich jedoch keine Hinweise auf kognitive Defizite. Trotz der erwähnten Umständlichkeit vermöge die Beschwerdeführerin ihren Werdegang chronologisch geordnet und kohärent darzustellen, wobei zahlreiche Details aus den Unterlagen erinnert würden. Gegen Ende der Untersuchung sei eine zunehmende psychomotorische Unruhe und Nervosität mit wiederholten Positionswechseln zu beobachten (A.S. 322). Für ein psychotisches Erleben gebe es keine Anhaltspunkte. Affektiv sei die Beschwerdeführerin leichtgradig niedergedrückt bei gut erhaltener affektiver Schwingungsfähigkeit. Sie lächle wiederholt, z.B. wenn sie von ihren Ferien erzähle. Gleichzeitig bestehe eine mittelgradige Affektlabilität mit wiederholtem Tränenausbrüchen, teilweise auch anhaltendem Weinen. Der Antrieb sei unauffällig. Akute Suizidalität werde glaubhaft verneint. Die Beschwerdeführerin gebe gegen Ende der Exploration an, sie habe die Gutachterin als menschlich erlebt und sich ihr gut mitteilen können. Beim Ansprechen der antidepressiven Medikation zeige sich eine sthenische (ich-starke) Seite der Beschwerdeführerin, indem sie mit klarer und fester Stimme ihre Empörung ausdrücke (A.S. 323).

Die Gutachterin holte am 26. Juli 2017 die folgenden fremdanamnestic Angaben ein:

Diagnostisch handle es sich um eine Komorbidität von kombinierter Persönlichkeitsstörung als Hauptkrankung und Neurasthenie. Bei einer kombinierten Persönlichkeitsstörung lägen verschiedene Persönlichkeitsanteile vor (hier: selbstunsicher, narzisstisch, zwanghaft-perfektionistisch und histrionisch), wobei die diagnostischen Kriterien einer spezifischen Persönlichkeitsstörung nicht erfüllt seien und keiner der Persönlichkeitsanteile klinisch im Vordergrund stehe. Die Beschwerdeführerin schildere, dass sie bereits als Kind sehr ängstlich und unsicher gewesen sei und über ein sehr geringes Selbstvertrauen verfüge. Die narzisstischen Persönlichkeitszüge gingen einher mit einer deutlich erhöhten Kränkbarkeit und reduzierten Kritikfähigkeit, wie in den Unterlagen wiederholt erwähnt werde und auch im Rahmen der heutigen Untersuchung deutlich spürbar sei. Die Beschwerdeführerin berichte, dass sie das Verhalten anderer Menschen meist auf sich selbst beziehe und Äusserungen rasch als Kritik auffasse. Die zwanghaft-perfektionistischen Persönlichkeitsanteile zeigten sich in einer ausgesprochenen Ordnungsliebe und den sehr hohen Anforderungen an sich selbst sowie an andere Menschen, verbunden mit einer Neigung, sich selbst unter Druck zu setzen. Die Beschwerdeführerin habe Schwierigkeiten, sich zu entscheiden; bereits ausgeführte Arbeitsschritte würden mehrfach kontrolliert. Die zwanghaft-perfektionistische Struktur mache sich auch in den zahlreichen Schreiben der Beschwerdeführerin an die Beschwerdegegnerin sowie in den sehr umfangreichen Vorbereitungen auf die verschiedenen Begutachtungen und den dazu jeweils mitgeführten Dokumentationen bemerkbar. Die histrionischen Persönlichkeitszüge äusserten sich in einer theatralisch-dramatisierenden Beschwerdeschilderung, welche typischerweise mit einer gewissen Suche nach Aufmerksamkeit einhergehe. Die Beschwerdeführerin beschreibe ihre Beschwerden unter Verwendung emotional besetzter Begriffe wie «Dolch» oder «Explosion» (A.S. 327 f.). Dr. med. Q. \_\_\_ erwähne auch die typische, gleichzeitig bestehende emotionale Distanziertheit im Sinne einer «belle indifférence». Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erfordere das Vorliegen von tiefverwurzelten, situationsinadäquaten, starren Verhaltensweisen, welche zu einer signifikanten Einschränkung der sozialen Funktion in mehreren Lebensbereichen führten. Eine solche Einschränkung sei hier gegeben. Sowohl im Privatleben als auch im Arbeitsbereich fänden sich vermehrte Konflikte. Die Beschwerdeführerin schildere ihre erste Ehe als sehr konfliktreich, während der Austrittsbericht der X. \_\_\_ den Paarkonflikt in der zweiten Ehe beschreibe. Im privaten Bereich fänden sich zahlreiche Kontaktabbrüche, es bestünden keine tragfähigen Beziehungen. Auf Nachfrage verneine die Beschwerdeführerin Konflikte an den früheren Arbeitsstellen, was jedoch angesichts ihres sehr auffälligen Verhaltens im Rahmen der heutigen Untersuchung, der fremdanamnestischen Angaben der früheren Arbeitgeberin M. \_\_\_ und der in der O. \_\_\_ aufgetretenen Arbeitskonflikte infrage gestellt werden müsse. Die erhöhte Kränkbarkeit und reduzierte Kritikfähigkeit seien im Rahmen der Arbeit in der O. \_\_\_, vom behandelnden Psychiater und vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin beschrieben worden. Die Persönlichkeitsstörung habe sich im späten Jugendalter bis frühen Erwachsenenalter manifestiert, worauf u.a. die Brustvergrösserung im sehr frühen Alter von 18 Jahren und die Essstörung ■ eine häufige Komorbidität bei Persönlichkeitsstörungen ■ hinwiesen. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung finde sich auch beim behandelnden Psychiater Dr. med. R. \_\_\_ und den beiden psychiatrischen Gutachtern Dr. med. E. \_\_\_ und D. \_\_\_, wenn auch teilweise mit etwas unterschiedlicher Akzentuierung. Ferner liege eine Neurasthenie vor. Gemäss ICD-10 sei das Hauptcharakteristikum dieser Störung die Klage über eine vermehrte Müdigkeit nach geistigen und / oder körperlichen Anstrengungen, was die Beschwerdeführerin im Verlauf

der wiederholten Untersuchungen immer wieder als ihr Hauptproblem bezeichnet habe. Mit einer Neurasthenie gingen häufig Konzentrationsschwäche, muskuläre oder andere Schmerzen, die Unfähigkeit, sich zu entspannen, Schwindelgefühle, Anspannung, Kopfschmerzen, Schlafstörungen und leichtere Grade von Depression und Angst einher, wie es auch die Beschwerdeführerin schildere. Die Diagnose Neurasthenie sei von nahezu sämtlichen behandelnden und begutachtenden Ärzten formuliert, auch vom gegenwärtigen Psychiater und den psychiatrischen Gutachtern (A.S. 328). Sie stehe in einem engen Zusammenhang mit der zugrundeliegenden Persönlichkeitsstörung. Die Kompensation der persönlichkeitsbedingten Schwierigkeiten, wie etwa der subjektiv erlebten Kränkungen, erfordere einen ständig erhöhten innerseelischen Energieaufwand, was zu vorzeitiger Erschöpfung führe. In den Phasen psychischer Dekompensation komme es jeweils zu einer Zunahme der psychosomatischen / neurasthenischen Beschwerden. Die Neurasthenie erlaube es der Beschwerdeführerin, ihre persönlichkeitsbedingten Probleme auf eine (vermeintlich) somatische und somit leichter akzeptable Ursache zurückzuführen, was mit einer innerseelischen Entlastung einhergehe.

Was die sog. komplexen Ich-Funktionen und die Fähigkeiten gemäss Mini-ICF angehe, so würden die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, die Entscheidungsfähigkeit und die Fähigkeit zur Priorisierung durch die zwanghaft-perfektionistischen Persönlichkeitsanteile mittel- bis schwergradig beeinträchtigt. Die Durchhaltefähigkeit sei sowohl durch die zwanghaft-perfektionistischen Persönlichkeitsanteile als auch phasenweise durch die Neurastheniesymptomatik leicht- bis mittelgradig eingeschränkt. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei insofern mittelgradig beeinträchtigt, als ein Alternieren zwischen Überanpassung und Aufbegehren bestehe. Der Rechtsanwalt der Beschwerdeführerin erwähne etwa, wenn es ihr zu viel werde, entledige sich die Beschwerdeführerin des Problems mit einem Rundumschlag, was auch im Rahmen der heutigen Untersuchung habe beobachtet werden können. Dieses nicht voraussehbare Verhalten führe unweigerlich zu Konflikten mit Dritten und reduziere die Teamfähigkeit. Die Kontakt- und Gruppenfähigkeit sowie die Fähigkeit zu familiären / intimen Beziehungen seien mittelgradig beeinträchtigt. Die Affektsteuerung / Impulskontrolle sei im Rahmen des beschriebenen Alternierens zwischen Überanpassung und Aufbegehren leichtgradig reduziert. Impulsdurchbrüche oder Wutanfälle im engeren Sinne würden nicht beschrieben. Die selbstunsicheren Persönlichkeitsanteile gingen mit einer deutlichen Beeinträchtigung der Selbstwertregulation einher. Die Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie die Fähigkeit zur Einnahme eines kritischen Aussenstandpunktes seien mittelgradig beeinträchtigt. Die Beschwerdeführerin sei nicht in der Lage, das Ausmass ihres dysfunktionalen, persönlichkeitsbedingten Verhaltens zu erkennen, stattdessen erfolge eine Abwehr durch externe Schuldzuweisung (A.S. 329).

Die Beschwerdeführerin verfüge über mindestens durchschnittliche intellektuelle Ressourcen. Die innerpsychischen Ressourcen seien mittelgradig beeinträchtigt. Neben asthenischen lägen auch sthenische Anteile vor, welche in den Unterlagen teilweise als «vitale Seite» der Beschwerdeführerin bezeichnet würden (A.S. 329). Dies zeige sich u.a. in der jeweils raschen Reaktion auf (vermeintlich) unrichtige Formulierungen in Arztberichten oder Gutachten mit dem Verfassen ausführlicher Schreiben. Die sozialen Ressourcen seien infolge der persönlichkeitsbedingten Schwierigkeiten deutlich gemindert. Abgesehen von der gelegentlichen Unterstützung durch eine Nachbarin und gelegentliche Kontakte mit einer ehemaligen Therapeutin könne die Beschwerdeführerin auf kein soziales Netz oder

Helfersystem zurückgreifen. In den letzten Jahren habe sie den Grossteil ihrer Ressourcen für die rechtliche Auseinandersetzung mit der Beschwerdegegnerin eingesetzt; so erzähle sie u.a., dass sie sich von ihren Bekannten zurückgezogen habe, um sich optimal auf die bidisziplinäre Begutachtung vorzubereiten. Es entstehe der Eindruck, dass dieses Engagement mittlerweile eine identitätsstiftende und den Lebensinhalt füllende Bedeutung angenommen habe (A.S. 330).

Abgesehen vom fortgeschrittenen Alter und der in den Akten wiederholt beschriebenen Dekonditionierung ergäben sich keine Hinweise auf krankheitsfremde / psychosoziale Belastungsfaktoren. Die wiederholten zwischenmenschlichen Konflikte seien auf die Persönlichkeitsstörung zurückzuführen.

Hinsichtlich Konsistenz, Kooperation und Motivation sei festzuhalten, dass die theatralisch-dramatisierende Beschwerdeschilderung auf die histrionischen Persönlichkeitsanteile zurückgehe, also krankheitsbedingt sei. Die von Dr. med. P.\_\_\_\_ beschriebene Diskrepanz zwischen Umfang und Intensität der geschilderten Beschwerden einerseits und den Befunden andererseits, sowie auch die von Dr. med. E.\_\_\_\_ wiederholt erwähnten vagen und diffusen Angaben kämen im Rahmen unspezifisch-funktioneller Symptome wie Neurasthenie häufig vor und wiesen nicht notwendigerweise auf eine Aggravation hin. Auch gemäss B.\_\_\_\_-Gutachten liege keine Aggravation oder gar Simulation vor. Entgegen diesem Gutachten würden aber der Expertin beim Studium der Unterlagen und im Rahmen der heutigen Exploration diverse Diskrepanzen auffallen. Bezüglich ihrer sozialen Kontakte habe die Beschwerdeführerin bei den wiederholten Begutachtungen sehr unterschiedliche Angaben gemacht. Gegenüber Dr. med. E.\_\_\_\_ habe sie im September 2015 erklärt, dass sie keine Freunde und kaum soziale Kontakte habe, dies sei schon immer so gewesen, es handle sich nicht um einen sozialen Rückzug (A.S. 330). Bei Dr. med. D.\_\_\_\_ wiederum habe sie im Juni 2016 u.a. erwähnt, sie treffe sich mindestens einmal wöchentlich mit einer Freundin. Sie habe mittlerweile gute Kontakte in der Nachbarschaft und im Quartier geknüpft. Bei Dr. med. C.\_\_\_\_ habe die Beschwerdeführerin von zwei Freundinnen gesprochen, mit denen sie oft Kontakt pflege. Im Rahmen der heutigen Untersuchung beschreibe sie hingegen eine weitgehende soziale Isolation. Die in den Unterlagen erwähnten zahlreiche Freizeitaktivitäten seien zum Teil kürzlich eingestellt worden, so das Frauenturnen. Bei diskrepanten Angaben im zeitlichen Verlauf sei einerseits der gutachterliche Grundsatz zu beachten, dass den zeitlich früheren bzw. den Erstangaben der Versicherten eine grössere Bedeutung zugemessen werden sollte als späteren Angaben. Andererseits könnten diese diskrepanten Angaben auch durch den von der Beschwerdeführerin selbst geschilderten sog. «Normalitätsdruck» bedingt sein, d. h. sie wolle vermeiden, sich selbst als psychisch gestört darzustellen oder beurteilt zu werden. Ob die Beschwerdeführerin bei früheren Begutachtungen eine «aufgestellte» Fassade präsentiert habe, lasse sich retrospektiv nicht beurteilen. Auf Grund der beschriebenen Diskrepanzen könne nicht abschliessend beurteilt werden, in welchem Umfang das soziale und freizeitliche Aktivitätsniveau eingeschränkt sei. In der Gesamtschau lasse sich nur feststellen, dass keine tragfähigen sozialen Beziehungen vorlägen (A.S. 331).

Der Zeit- und Energieaufwand, den die Beschwerdeführerin für das Rentenverfahren einsetze, stehe im Kontrast zur ungenügenden Mitarbeit im Rahmen der beruflichen Wiedereingliederungsbemühungen und der unzureichenden psychiatrischen Behandlung. So habe die Beschwerdeführerin 2010, während der Probezeit bei der M.\_\_\_\_, eine

Kontaktaufnahme der Beschwerdegegnerin mit der Arbeitgeberin sowie das angebotene Coaching abgelehnt, was sich nicht durch persönlichkeitsbedingte Faktoren erklären lasse. Andererseits sei anzumerken, dass die Beschwerdeführerin sowohl die Stelle bei der M.\_\_\_\_ als auch den Praktikumsplatz bei der O.\_\_\_\_ in Eigenregie gefunden habe (A.S. 331 f.). Manche ihrer Angaben bzw. Auslassungen imponierten als auf das laufende Rentenverfahren gerichtet. So habe sie, z.B. gegenüber der Beschwerdegegnerin, angegeben, früher immer zu 100 % bzw. 80 bis 100 % erwerbstätig gewesen zu sein. Dem Lebenslauf und den diversen Arbeitszeugnissen sei jedoch zu entnehmen, dass sie seit 1973 viele Jahre nicht oder nur in Teilzeitpensen gearbeitet habe. Auf Nachfrage bezüglich der im Lebenslauf angegebenen Pensen von «60 bis 100 %» erkläre die Beschwerdeführerin, dass sie eher 60 % gearbeitet habe, 100 % nur als Ferienvertretung von Kolleginnen. Entgegen der heutigen Angabe, das vertragliche 35 %-Pensum der Festanstellung bei der O.\_\_\_\_ sei gemeinsam mit dem Berufsberater auf Grund der Leistung in der N.\_\_\_\_ berechnet worden, habe sich die Beschwerdeführerin gemäss Schlussbericht selbst für das Pensum von 35 % entschieden habe, während der Sachbearbeiter der Beschwerdegegnerin von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % ausgegangen sei. Es liege eine gerichtete Überbetonung früherer Arbeitsleistungen vor, welche nicht durch das von fassadäre Verhalten oder den Normalitätsdruck erklärt werden könne. Aus dem Lebenslauf gehe hervor, dass die Beschwerdeführerin von August 1980 bis Juni 1982 im Schreibdienst bei der «AHV [...]» gearbeitet und IV-Verfügungen geschrieben habe. Bei der Exploration bezüglich dieser Tätigkeit zeige die Beschwerdeführerin ein sehr auffälliges Verhalten; ihr Einwand, sie habe nur sehr kurz dort gearbeitet, sei angesichts der knapp zweijährigen Anstellung nicht nachvollziehbar (A.S. 332).

Gemäss den Unterlagen sei der Beschwerdeführerin wiederholt eine psychosomatische oder psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung nahegelegt worden, etwa 2006 im Gutachten von Dr. med. Q.\_\_\_\_ oder 2009 im Entlassungsbericht der K.\_\_\_\_. Ebenso habe man ihr immer wieder eine psychopharmakologische Behandlung bzw. antidepressive Medikation empfohlen (A.S. 332). Es bestehe indes nach wie vor keine leitliniengerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Die von der Beschwerdeführerin angegebenen Konsultationen des Psychiaters seien als sporadisch zu bezeichnen. Auch bei der von Dr. med. R.\_\_\_\_ im Telefonat mit der Gutachterin angegebenen Konsultationsfrequenz von einer Sitzung pro Monat handle es sich um ein sehr niedrigfrequentes Setting, welches keine psychotherapeutische Arbeit erlaube. Die Beschwerdeführerin habe bislang kein Antidepressivum in ausreichend wirksamer Dosierung eingenommen. Die Dosis der Surmontil-Tropfen sei ungenügend und entfalte allenfalls eine schlafanstossende Wirkung. Auf die bislang fehlende antidepressive Medikation angesprochen, reagiere die Beschwerdeführerin sehr vehement. Ihre Behauptung, ihr sei nie ein Antidepressivum verschrieben oder empfohlen worden, stehe im Kontrast zum Gespräch mit der Beschwerdegegnerin im Jahr 2010, wo sie sich gegen schulmedizinische Medikamente gewehrt habe, sowie zu den Angaben gegenüber den früheren Gutachtern (indem die Beschwerdeführerin z.B. im September 2015 gegenüber Dr. med. E.\_\_\_\_ angegeben habe, dass sie ab dem Folgetag Mirtazapin einnehmen wolle). Diese Diskrepanzen seien nicht durch persönlichkeitsbedingte Faktoren oder andere psychische Faktoren zu erklären, die Malcompliance bezüglich der empfohlenen therapeutischen Massnahmen weise vielmehr auf einen fehlenden Leidensdruck hin (A.S. 333). Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, ihre grundsätzliche Behandlungsbedürftigkeit zu erkennen, worauf u.a. die von ihr selbst beschriebenen

Zusammenhänge zwischen den körperlichen Symptomen und der psychischen Verfassung hindeuteten. Die Fähigkeit, an einer adäquaten Therapie teilzunehmen, sei nicht reduziert. Die Feststellung von Dr. med. R.\_\_\_\_, dass die psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft und Antidepressiva hier nicht wirksam seien, sei in keiner Weise nachvollziehbar, nachdem bislang keine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im engeren Sinne stattgefunden habe und kein Antidepressivum in therapeutischer Dosierung eingenommen worden sei. Dr. med. R.\_\_\_\_ habe die Frage der Gutachterin, welche Antidepressiva bislang eingesetzt worden seien, nicht beantwortet. An dieser Stelle sei auch darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin gegenwärtig CHF 4'000.00 an monatlichen Zuwendungen erhalte, nämlich Unterhaltszahlungen des Ehemannes, Arbeitslosengeld und Rentenzahlungen (A.S. 334).

Das sehr knappe Gutachten von Dr. med. Q.\_\_\_\_ enthalte nicht die erforderlichen Angaben, um das Ausmass einer Persönlichkeitsproblematik zu beurteilen. Aussagen zur Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen oder zu zwischenmenschlichen Konflikten fehlten. Eine Persönlichkeitsstörung könne nicht auf Grund eines Persönlichkeitstestes, wie ihn Dr. med. Q.\_\_\_\_ durchgeführt, ausgeschlossen werden. Die Feststellung, es liege keine solche Störung vor, werde nicht begründet, eine Diskussion der diagnostischen Kriterien unterbleibe. Die Verneinung einer Persönlichkeitsstörung stehe im Widerspruch zu den meisten behandelnden und begutachtenden Psychiatern. Die asthenischen Persönlichkeitszüge gemäss den Dres. R.\_\_\_\_, E.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ seien in den Unterlagen und der heutigen Untersuchung nicht feststellbar, da die Beschwerdeführerin durchaus auch über eine sthenische Seite verfüge, die ihr erlaube, sich für ihre Interessen einzusetzen. Der von den anderen Gutachtern als asthenisch bezeichnete Beschwerdekomples werde vielmehr unter der Diagnose Neurasthenie eingeordnet (A.S. 334 f.). Für abhängige Persönlichkeitsanteile gebe es keine konkreten Hinweise wie etwa eine abhängige Beziehungsgestaltung. Die Abhängigkeit von der Anerkennung und dem Lob Anderer sei unspezifisch und u.a. auch typisch für eine narzisstische Persönlichkeitsstruktur. Das Ausmass bzw. die Qualität von paranoiden Zügen werde nicht erreicht. Im Rahmen der heutigen Untersuchung sei keine misstrauische oder gar paranoide Haltung beobachtet worden. In den Unterlagen tauchten immer wieder unspezifische Bezeichnungen wie «deprimiert» oder «depressive Verstimmung» auf. Nur einmal sei eine mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert worden. Rückblickend könne nicht beurteilt werden, ob eine manifeste depressive Störung wegen der von der Beschwerdeführerin in den Vordergrund gestellten psychosomatischen Beschwerden und des Normalitätsdruckes möglicherweise wiederholt übersehen worden sei. Eine relevante depressive Störung, insbesondere eine rezidivierende depressive Störung, sei nicht auszuschliessen. Im Zusammenhang mit psychosomatischen Beschwerden sei insbesondere an das (eigentlich obsolete, klinisch jedoch sehr hilfreiche) Konzept einer sog. «larvierten» Depression zu denken, bei der sich die depressive Symptomatik gleichsam hinter den im Vordergrund stehenden psychosomatischen Beschwerden verberge. Gemäss ICD-10 dürfe jedoch die Diagnose einer Neurasthenie nicht zeitgleich mit einer relevanten depressiven Episode gestellt werden. Gegenwärtig liege keine klinisch manifeste Symptomatik vor. Mit dem Vorhandensein einer leichtgradigen depressiven Niedergeschlagenheit, subjektiv erhöhter Erschöpfbarkeit und subjektiven Konzentrationsstörungen seien die diagnostischen Kriterien einer leichtgradigen depressiven Episode nicht erfüllt. Eine Interessen- oder Freudeminderung, Selbstvorwürfe, Schuldgefühle, Suizidgedanken, psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung,

Schlafstörungen, Appetitminderung oder Gewichtsverlust würden verneint und / oder könnten nicht beobachtet werden. Dr. med. E.\_\_\_\_ formuliere in seinen beiden Gutachten jeweils eine Anpassungsstörung. Eine solche möge damals vorgelegen haben, erkläre jedoch die langjährigen und komplexen Beschwerden nicht und sei im Vergleich zu den anderen psychiatrischen Störungen von untergeordneter Bedeutung. Gemäss Dr. med. D.\_\_\_\_ bestehe der Verdacht auf eine undifferenzierte Somatisierungsstörung. Bei einer solchen lägen zahlreiche, unterschiedliche und hartnäckige körperliche Beschwerden im Bereich verschiedener Körperregionen oder Organsysteme vor, wobei das vollständige klinische Bild einer Somatisierungsstörung nicht erfüllt sei (A.S. 335 f.). Eine undifferenzierte Somatisierungsstörung oder eine andere somatoforme Störung bestehe bei der Beschwerdeführerin jedoch nicht, da der für die Diagnose erforderliche Schweregrad der Symptomatik nicht erreicht werde. Der medizinische Betreuungsaufwand sei insgesamt begrenzt. Die Beschwerdeführerin konsultiere ihren Hausarzt nur selten, die Anzahl der im Verlauf der vielen Jahre beteiligten Fachärzte und der durchgeführten Abklärungen sei limitiert. Es bestünden keine hartnäckigen und wiederholten Forderungen nach weiteren Abklärungen. Die Beschwerdeführerin sei nicht davon überzeugt, dass ihre Beschwerden rein körperlicher Genese seien, sie sehe vielmehr einen Zusammenhang zwischen ihren körperlichen Symptomen und emotionalen Belastungsfaktoren. In der heutigen Untersuchung würden Schmerzen nur als eines von zahlreichen Problemen erwähnt und stünden klinisch nicht im Vordergrund. Für eine aktuelle Essstörung gebe es keine Anhaltspunkte (A.S. 336).

In der gelernten Tätigkeit als Verkäuferin im Textilbereich bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Bei einem gleichmässig über die Wochentage verteilten Arbeitspensum von 60 % liege eine leichtgradige Minderung der Leistungsfähigkeit vor, was zu einer effektiven Arbeitsfähigkeit von 50 % führe (A.S. 336 f.). Die Tätigkeit als Verkäuferin gehe mit kurzen, klar strukturierten Kundenkontakten einher. Die Kompensation des persönlichkeitsbedingten geringen Selbstbewusstseins sowie der subjektiv erlebten Zurückweisungen und Kränkungen erfordere einen ständig erhöhten innerseelischen Energieaufwand, welcher zu einer vorzeitigen Erschöpfung führe, was die Verrichtung eines höheren Arbeitspensums verunmögliche. Zwischen den Arbeitseinsätzen seien vermehrte Pausenzeiten zur Regeneration erforderlich. Zusätzlich bestehe eine leichtgradige Leistungsminderung durch die zwanghaft-perfektionistische und umständliche Arbeitsweise. Bei Tätigkeiten ohne erhöhte Anforderungen an die soziale Kompetenz, wie z.B. administrative Tätigkeiten im Back Office, sei aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 60 % gegeben. Bei einem zumutbaren Arbeitspensum von 80 % bestehe in diesem Bereich eine etwas grössere Minderung der Leistungsfähigkeit durch die zeitaufwändige, zwanghaft-perfektionistische Arbeitsweise mit wiederholten Kontrolldurchgängen um ca. einen Viertel, was zu einer Arbeitsfähigkeit von 60 % führe. Da in diesem Tätigkeitsbereich keine Kundenkontakte erforderlich seien, sei die Erschöpfungskomponente geringer als im Verkaufsbereich, was ein höheres Arbeitspensum ermögliche. Voraussetzung dieser Arbeitsfähigkeit im administrativen Bereich sei eine externe Aufgabenstellung, so dass die Beschwerdeführerin keine eigenen Entscheidungen treffen müsse, die Möglichkeit von wiederholten Pausen und eine wohlwollende Arbeitsumgebung. Es sollte kein Zeitdruck herrschen und keine Notwendigkeit zum Multitasking bestehen. Bei höheren Pensen als 60 bzw. 80 % käme es auf Dauer zu einer Zunahme der psychosomatischen Beschwerden, Krankschreibung und Stellenverlust. Tätigkeiten an der Kasse seien infolge der zwanghaft-perfektionistischen Arbeitsweise, des

erforderlichen Multitaskings und des Zeitdrucks nicht geeignet. Ebenso seien Tätigkeiten im therapeutisch-sozialen Bereich, welche erhöhte Anforderungen an die Team- und Konfliktfähigkeit stellten, auf Grund der persönlichkeitsbedingten Schwierigkeiten nicht geeignet, was sich auch an den in der O. \_\_\_ aufgetretenen Konflikten gezeigt habe (A.S. 337).

Die Persönlichkeitsstörung bestehe seit dem frühen Erwachsenenalter. Trotzdem habe die Beschwerdeführerin während vieler Jahre in diversen Bereichen Teilzeitarbeit geleistet. Die beschriebene Arbeitsfähigkeit von 50 bzw. 60 % bestehe seit der Manifestation der zusätzlichen Erkrankung der Neurasthenie, d.h. seit dem Jahr 2000. In Phasen der Exazerbation der neurasthenischen Symptome bzw. im Rahmen der wahrscheinlichen depressiven Dekompensationen sei es zu vorübergehenden höheren bzw. vollständigen Arbeitsunfähigkeiten gekommen, z.B. während der stationären Behandlungen in den Jahren 2000 und 2001, oder in den Jahren 2009 und 2010 nach der Trennung vom Ehemann (A.S. 337 f.). Seit 2010 sei eine Stabilisierung mit anhaltender Arbeitsfähigkeit von 50 bzw. 60 % eingetreten.

Zu den Beurteilungen der anderen Ärzte seien die folgenden Bemerkungen anzubringen (A.S. 338 f.):

Die Fähigkeit der Beschwerdeführerin zur Versorgung ihres Einpersonenhaushaltes in einer 2,5 Zimmer-Wohnung, wobei die Möglichkeit zum eigenständigen Verteilen der Arbeit und zum Einlegen von Pausen bestehe, sei aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt. Hierauf wiesen auch die Angaben der Beschwerdeführerin hin, dass sie jeden Tag einkaufe und zweimal täglich etwas Warmes und Frisches koche. Die Leistungsfähigkeit im Haushalt werde durch das Ausüben einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit in einem Teilzeitpensum von 60 oder 80 % nicht zusätzlich eingeschränkt. Die erhöhte Erschöpfbarkeit in einer ausserhäuslichen Tätigkeit sei überwiegend geistig-seelischer Art, die Erschöpfbarkeit im Haushalt eher körperlicher Art. Zudem sei der erforderliche Zeitaufwand für die Versorgung eines Einpersonenhaushaltes begrenzt (A.S. 340).

Medizinisch-theoretisch wäre aus psychiatrischer Sicht sowohl auf Grund der Persönlichkeitsstörung als auch der Neurasthenie eine intensive ambulante psychosomatische und / oder psychiatrisch-psychotherapeutische bzw. sogar multimodale Behandlung indiziert (gewesen), welche in wöchentlichen Konsultationen erfolge und auch die Einnahme eines ausreichend dosierten Antidepressivums umfasse. Die S3-Leitlinie «Umgang mit Patienten mit nicht spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden» der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften e.V., datierend von 2012, gegenwärtig in Überarbeitung, formal gültig bis 31. März 2017), welche auch Störungen wie Neurasthenie und larvierte oder somatisierte Depressionen erfasse, empfehle für die betroffenen Patienten bei schwerem Verlauf mit oder ohne begleitendes depressives Syndrom eine multimodale, fächerübergreifende intensive Behandlung mit engmaschiger Liaison zwischen den somatischen und psychosomatischen / psychiatrischen Behandlern. Bei schwer verlaufenden schmerzdominanten Körperbeschwerden seien Antidepressiva der verschiedenen Wirkklassen moderat wirksam. Auch bei schweren nicht schmerzdominanten Störungen sollte bei Vorliegen einer psychischen Komorbidität eine zusätzliche, zeitlich begrenzte Gabe von Antidepressiva erfolgen. Bislang sei eine solche Behandlung unterblieben. Die einzige stationäre Behandlung der Beschwerdeführerin in den Jahren 2000/2001 liege lange zurück. Im Anschluss seien nur sporadisch psychiatrische

Konsultationen erfolgt, und es sei weder ein Antidepressivum in therapeutischer Dosierung noch ein schmerzmodulierendes Medikament wie z.B. Lyrica eingenommen worden (A.S. 340). In der psychotherapeutischen Behandlung von Persönlichkeitsstörungen seien die erzielbaren Besserungen häufig bescheiden. Mittlerweile sei eine Chronifizierung der Neurasthenie eingetreten, ferner eine ausgeprägte Dekonditionierung. Zudem investiere die Beschwerdeführerin einen Grossteil ihrer Ressourcen in das laufende Rentenverfahren. Aus diesen Gründen sei von der Durchführung der empfohlenen medizinischen Massnahmen - oder von erneuten beruflichen Massnahmen ■ keine Besserung des Zustandsbildes oder der Arbeitsfähigkeit mehr zu erwarten (A.S. 341).

Der Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 13. Juli 2006 stütze sich im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. Q.\_\_\_\_, mit der Diagnose eines neurasthenischen Syndroms und akzentuierter Persönlichkeitszüge. Wie bereits ausgeführt, enthalte dieses sehr knappe Gutachten nicht die erforderlichen Angaben, um das Ausmass einer Persönlichkeitsproblematik beurteilen zu können. Die Diagnose von akzentuierten Persönlichkeitszügen sei nicht nachvollziehbar, auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in diesem Gutachten könne nicht abgestellt werden. Die erhobenen Befunde und der Gesundheitszustand seien aus psychiatrischer Sicht seit 2006 bzw. zwischen 2006 und 2012 im Wesentlichen unverändert. Die beiden Diagnosen kombinierte Persönlichkeitsstörung und Neurasthenie seien von den meisten der behandelnden und begutachtenden Psychiater in nahezu identischer Weise formuliert worden. Bei der in den Unterlagen wiederholt erwähnten Dekonditionierung handle es sich um ein sekundäres Phänomen, welches grundsätzlich in einem multimodalen Behandlungsprogramm gut angebar und besserungsfähig sei (A.S. 341). Dr. med. R.\_\_\_\_ habe im Februar 2012 festgehalten, der Gesundheitszustand habe sich im Rahmen der beruflichen Massnahmen etwas gebessert. Seit der Trennung vom Ehemann sei die Beschwerdeführerin selbständiger geworden. Wenn Dr. med. R.\_\_\_\_ eine Verbitterung durch die wiederholten Begutachtungen erwähne, so sie dies kein primärer Krankheitsfaktor. In der heutigen Untersuchung spreche die Beschwerdeführerin davon, dass die Schmerzattacken früher noch schlimmer gewesen seien. Die von ihr auf Nachfrage hin angegebenen Hinweise auf eine Verschlechterung des Zustandsbildes seien subjektiv, unspezifisch und vage. Zusammenfassend ergäben sich weder anhand der Unterlagen noch infolge der eigenen Abklärungen Hinweise auf eine wesentliche Verschlechterung, sondern allenfalls auf eine diskrete Besserung des Zustandsbildes nach 2006. Diese Besserung wirke sich insofern auf die Arbeitsfähigkeit aus, als es nach der Trennung in den Jahren 2009/2010 zu keinen weiteren Exazerbationen der neurasthenischen Beschwerden gekommen sei und die Arbeitsfähigkeit stabil bei 50 bzw. 60 % liege. Die Behauptung des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin, dass psychische Erkrankungen im Allgemeinen und Persönlichkeitsstörungen im Besonderen grundsätzlich progredient verliefen, entbehre jeglicher Grundlage (A.S. 342).

## **E. 2.7**

2.7.1 Von einem Gerichtsgutachten darf nur bei zwingenden Gründen abgewichen werden (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469). Ein solcher Grund kann vorliegen, wenn das Gerichtsgutachten widersprüchlich ist oder ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine divergierende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen

Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C\_429/2017 vom 30. August 2017 E. 3.1.3).

#### **E. 2.7.2.1**

In somatischer Hinsicht ist einmal auf die neurologische Beurteilung durch Dr. med. E. \_\_\_ abzustellen, wonach in diesem Fachbereich keine Gesundheitsschäden vorliegen. In den Akten finden sich keine anderen fachärztlichen Berichte, welche eine abweichende Meinung vertreten würden. Soweit indes organische Schäden ■ wie z.B. ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom ■ fehlen, darf eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit füglich verneint werden (vgl. dazu etwa Urteile des Bundesgerichts 9C\_990/2012 vom 10. Juni 2013 E. 5.1 und 8C\_290/2011 vom 13. September 2011 E. 5.3).

#### **E. 2.7.2.2**

Für den Bereich der Rheumatologie ist dem Gerichtsgutachten von Dr. med. C. \_\_\_ zu folgen. Dessen fachärztliche Beurteilung beruht sowohl auf einer gründlichen Untersuchung als auch der Kenntnis der Akten und korrespondiert mit den erhobenen diskreten Befunden. Was die Beschwerdeführerin dagegen einwendet, dringt nicht durch:

Der Hinweis, auf den Röntgenbildern seien eine Skoliose und Kyphose erkennbar, ist unbehelflich, weil bildgebend nachgewiesene (pathologische) Befunde für sich allein nicht den Schluss auf eine Arbeitsunfähigkeit zulassen (BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 195).

Entscheidend sind vielmehr die Funktionseinschränkungen, welche sich in der klinischen Untersuchung ergeben (s. Urteil des Bundesgerichts 9C\_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2). Vor diesem Hintergrund leuchtet auch ein, dass sich die Osteoporose als solche, ohne dass sie zu Frakturen geführt hat, nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt.

Das Gerichtsgutachten überzeugt ebenfalls, wenn es den weiter zurückliegenden Verletzungen und Erkrankungen, etwa den verheilten Frakturen, keine Bedeutung beimisst. Die Beschwerdeführerin legt nicht dar, welchen Einfluss diese anamnestischen Angaben auf das andersgeartete aktuelle Beschwerdebild haben sollen.

Aus den übrigen Arztberichten ergibt sich nichts zu Gunsten der Beschwerdeführerin. Der Bericht von Dr. med. F. \_\_\_ vom 12. Dezember 2013 stellt entgegen seiner Bezeichnung kein Gutachten dar, da behandelnde Ärzte als Gutachter ungeeignet sind (s. Urteil des Bundesgerichts 9C\_344/2012 vom 24. Oktober 2012 E. 4.3). Aber auch als Stellungnahme eines behandelnden Arztes vermag der fragliche Bericht nicht zu überzeugen. Wie Dr. med. C. \_\_\_ zutreffend festhält, zieht Dr. med. F. \_\_\_ in diesem wie in den anderen Berichten auch fachfremde psychische Gesichtspunkte in ihre Beurteilung ein, ohne dass eine Konsensdiskussion mit einem Psychiater erfolgt wäre. Ähnlich verhält es sich mit Dr. med. S. \_\_\_, der letztlich auch auf nichtsomatische Faktoren verweisen muss, um das Beschwerdebild zu erklären. Vor diesem Hintergrund besteht kein Anlass, am Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_ zu zweifeln. Dies muss umso mehr gelten, als die Beschwerdeführerin in der Eingabe vom 10. März 2017, also nachdem der Gutachter ihre Einwände in seinen ergänzenden Stellungnahmen widerlegt hatte, nicht mehr auf den rheumatologischen Gesundheitszustand einging.

Der Vergleich zwischen dem Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_ und dem Gutachten von Dr. med. P. \_\_\_, auf das sich die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 13. Juli 2006 stützte, ergibt nun, dass somatisch keine gesundheitliche Verschlechterung eingetreten

ist. Vielmehr können die geklagten Beschwerden damals wie heute nicht mit den organischen Befunden erklärt werden.

2.7.3 In psychiatrischer Hinsicht liegen keine Gründe vor, vom ausführlichen Gerichtsgutachten von Dr. med. L.\_\_\_\_, welches alle wesentlichen Elemente umfasst, abzuweichen. Dieses Gutachten stammt von einer unabhängigen und gerichtsnotorisch sehr erfahrenen Fachärztin, welche die Vorakten studiert, fremdanamnestic Angaben eingeholt sowie die Beschwerdeführerin in einem mehrstündigen Gespräch eingehend und sorgfältig untersucht hat. Dr. med. L.\_\_\_\_ befasste sich detailliert mit den erhobenen klinischen Befunden, ging auf die verschiedenen Arztberichte ein und begründete ihre Einschätzung nachvollziehbar. Die Beschwerdeführerin erklärte sich am 7. September 2017 denn auch mit dem Gutachten einverstanden (A.S. 347).

Soweit Dr. med. R.\_\_\_\_ eine abweichende Auffassung vertritt, ist dem Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag Rechnung zu tragen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353; Urteil des Bundesgerichts 9C\_564/2016 vom 24. November 2016 E. 3.1). Ein Administrativgutachten kann nicht einfach immer dann in Frage gestellt werden, wenn die behandelnden Ärzte eine abweichende Meinung zur Arbeitsfähigkeit äussern. Zu beweismässigen Weiterungen besteht nur Anlass, wenn diese Ärzte objektive Anhaltspunkte vorbringen, welche dem Experten entgangen sind (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.3 S. 253; Urteile des Bundesgerichts 8C\_619/2016 vom 17. November 2016 E. 4.2.3 und 9C\_508/2016 vom 21. November 2016 E. 4.1.2). Gerade eine psychiatrische Begutachtung kann von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen; sie eröffnet dem Sachverständigen deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb welchem verschiedene Interpretationen möglich, zulässig und im Rahmen einer Exploration lege artis zu respektieren sind (Urteile des Bundesgerichts 8C\_146/2016 vom 7. Juli 2017 E. 4.2.2 und 9C\_550/2016 vom 30. Dezember 2016 E. 4.2.1). In den eher knappen Berichten von Dr. med. R.\_\_\_\_, welche nicht das gleiche Gewicht wie ein ausführliches Gutachten beanspruchen können, finden sich indes keine objektiven Gesichtspunkte, welche die Gutachterin übersehen hätte. Dasselbe gilt auch für die beiden Beurteilungen von Dr. med. E.\_\_\_\_. Diesen fehlt zudem die Beweiskraft, weil sie sich gegenseitig widersprechen, indem am 13. Mai 2015 noch von akzentuierten Persönlichkeitsstörungen mit eher diskreten Befunden, am 1. September 2015 aber von einer veritablen Persönlichkeitsstörung die Rede war, ohne dass diese Änderung näher erläutert würde. Was die Differenzen zum Gerichtsgutachter Dr. med. D.\_\_\_\_ angeht, so ist entscheidend, dass er und Dr. med. L.\_\_\_\_ darin übereinstimmen, dass seit 2006, als Dr. med. Q.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin begutachtete, keine wesentliche gesundheitliche Veränderung eingetreten ist. Dagegen erheben denn auch die Parteien zu Recht keine Einwände.

2.8 Zusammenfassend ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zwischen dem 13. Juli 2006 und der angefochtenen Verfügung nicht verschlechtert haben. Von weiteren Abklärungen sind angesichts der vorliegenden Gerichtsgutachten keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Fehlt es aber an einer Verschlechterung, so hat die Beschwerdegegnerin das Rentenbegehren im Rahmen der Neuanschuldung zu Recht abgewiesen. Damit stellt sich auch die Beschwerde als unbegründet heraus und ist abzuweisen.

3. Bei diesem Verfahrensausgang steht der Beschwerdeführerin keine Parteient-schädigung zu. Die Beschwerdegegnerin wiederum hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation ■ abgesehen von hier nicht

interessierenden Ausnahmen ■ keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a).

### E. 3

Es seien im Bedarfs- und Bestreitungsfall die Akten der [Krankenversicherung] [...] beizuziehen, um sich ein vollständiges Bild über die Sachlage zu machen. Für den Fall, dass die Anträge Nrn. 1 bis 3 hiervor abgewiesen würden:

### E. 4

4.1 Das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis Bundesgesetz über die Invalidenversicherung / IVG, SR 831.20). Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt.

Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss von CHF 600.00 zu verrechnen sind.

4.2 Das Bundesgericht hielt in seinem Urteil vom 2. September 2015 fest, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht hinreichend abgeklärt worden sei, und wies das Versicherungsgericht an, ein entsprechendes Gutachten einzuholen. Dieser Verpflichtung musste das Versicherungsgericht nachkommen, da die Berichte der Dres. E.\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_, welche die Beschwerdeführerin nach dem Bundesgerichtsurteil einreichte, weiterhin keine abschliessende Beurteilung des Falles erlaubten (s. Verfügung vom 15. März 2016, A.S. 76 Ziff. 1). Zudem war es entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin erforderlich, bei Dr. med. L.\_\_\_\_ ein weiteres psychiatrisches Gutachten einzuholen, da an demjenigen von Dr. med. D.\_\_\_\_ Zweifel bestanden. Dieses erwies sich als eher oberflächlich, z.B. bei der Begründung, warum eine Persönlichkeitsstörung vorliege (A.S. 136 + 137). Daran änderten auch die beiden ergänzenden Stellungnahmen nichts, da sich Dr. med. D.\_\_\_\_ über weite Strecken damit begnügte, die Einwände der Beschwerdeführerin zurückzuweisen, ohne näher darauf einzugehen; so erwiderte er etwa, er habe «selbstverständlich» bemerkt, dass die Beschwerdeführerin dazu neige, eine Fassade zu präsentieren (A.S. 210 lit. c), obwohl sich in dieser Deutlichkeit weder im Psychostatus (A.S. 133 ■ 135) noch in der Beurteilung (A.S. 136 ■ 140) eine entsprechende Feststellung findet, sondern nur die Bemerkung, es bestehe ein ausgeprägtes Harmoniebedürfnis mit Unterordnung unter die Wünsche Dritter (A.S. 135). Hätte dieses Gutachten der Beschwerdegegnerin im Administrativverfahren vorgelegen, so wäre sie angesichts ihrer Abklärungspflicht (s. dazu Art. 43 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1) ebenfalls gehalten gewesen, ein Obergutachten einzuholen und so Klarheit zu schaffen. Ihr sind daher die vollen Kosten der Gerichtsgutachten von insgesamt CHF 27'473.30 (B.\_\_\_\_: 8'000.00; Ergänzungen dazu: 2'481.30, Dr. med. L.\_\_\_\_: 16■992.00) aufzuerlegen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_113/2017 vom 29. Juni 2017 E. 7.2, zur Publ. vorgesehen).

Demnach wird erkannt:

3. Die Beschwerdeführerin hat Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von CHF 600.00 verrechnet werden.

4. Die Kosten des Gutachtens der B. \_\_\_ vom 22. Juli 2016, einschliesslich der Ergänzungen vom 8. November und 22. Dezember 2016, sowie des Gutachtens von Dr. med. L. \_\_\_ vom 4. August 2017 von insgesamt CHF 27'473.30 werden der Beschwerdegegnerin auferlegt und sind der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zurückzuerstatten.

#### Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Oberrichter

Der Gerichtsschreiber

Marti

Haldemann

#### E. 5

a) Die B. \_\_\_ und der dort beschäftigte Gutachter Dr. med. D. \_\_\_ sei durch das angerufene Gericht gestützt auf Art. 61 lit. c ATSG unter Androhung der Straffolgen nach Art. 292 StGB von Amtes wegen aufzufordern, die Angaben über die attestierten Arbeitsfähigkeiten offenzulegen, indem das angerufene Gericht – in Analogie zur Fragestellung in Teil C der synoptischen Darstellung in BGE 137 V 210 ff. (E. 1.2.3) – der Gutachterstelle und dem Gutachter die Frage unterbreite, in wie vielen Fällen seit 2011 die B. \_\_\_ und der dort beschäftigte Gutachter Dr. med. D. \_\_\_ Arbeitsunfähigkeiten von 40 % oder mehr für leidensangepasste Tätigkeiten attestiert hat. Sodann seien die Antworten den Parteien zur schriftlichen Stellungnahme zukommen zu lassen. b) Eventualiter: Die allfällige Vorenthaltung des beweisrechtlich entscheidenden Zahlenmaterials durch die B. \_\_\_ und dessen Gutachter Dr. D. \_\_\_ und deren somit widersprüchliches Verhalten seien gestützt auf Art. 61 lit. c ATSG und § 56 Abs. 1 des kantonalen Gesetzes über den Rechtsschutz in Verwaltungssachen (VRPG) i.V.m. Art. 157 ZPO (Grundsatz der freien Beweiswürdigung) so zu würdigen, dass in der B. \_\_\_ und bei Dr. D. \_\_\_ im Sinne einer fehlenden Ergebnisoffenheit nie eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % oder mehr für leidensangepasste Tätigkeiten attestiert wird.

#### E. 6

Das BSV sei beizuladen und es sei beim BSV von Amtes wegen das SuisseMED@P Reporting 2014 die B. \_\_\_ und Dr. D. \_\_\_ betreffend anzufordern.

#### E. 7

Die von der Versicherten gemäss BS 3 hiernach gestellten Ergänzungsfragen seien gestützt auf BGE 137 V 258, E. 3.4.2.9, und zur Herstellung der Verfahrensfairness nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK (Prinzip der Waffengleichheit) zur gutachterlichen Beantwortung zuzulassen und es sei gemäss BS 3 hiernach eine einvernehmliche Gutachterstelle auszuwählen.

#### E. 8

Über die hängigen Anträge sei mittels anfechtbarer Verfügung zu entscheiden.

#### **E. 9**

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten des Sozialversicherungsträgers. U.K.u.E.F. Die Beschwerdegegnerin stellt daraufhin am 21. Januar 2016 folgende Anträge (A.S. 46 f.): Das bundesgerichtlich geforderte interdisziplinäre Gerichtsgutachten sei durchzuführen. Das Ausstandsbegehren gegen den vorgesehenen psychiatrischen Gerichtsgutachter sei abzuweisen. Die Zusatzfragen der Versicherten seien abzulehnen. Die Beschwerdeführerin fasst am 25. Februar 2016 ihre Anträge neu wie folgt (A.S. 55 ff.): 1. Die eingereichten Unterlagen seien als Urkunden 23 bis 30 zu den Akten zu nehmen und zum Beweis zuzulassen. 2. Es seien die dem kantonalen Gericht vorliegenden, alles umfassenden Unterlagen, sowie die Gutachten des zertifizierten SIM-Gutachters, Herr Dr. med. E.\_\_\_\_, vom 13. Mai 2015 und vom 1. September 2015 zur objektiven Beurteilung zuzulassen und diese seien als voll beweismässig zu erachten. 3. a) Es sei auf eine neue, gerichtliche Begutachtung zu verzichten und es sei auf die Beurteilungen von Dr. E.\_\_\_\_ und Frau Dr. med. F.\_\_\_\_ abzustellen. b) Eventualiter: Die gerichtliche Begutachtung sei einvernehmlich in der MEDAS-Stelle «G.\_\_\_\_» durchzuführen, dies unter Berücksichtigung der Ergänzungsfragen der Beschwerdeführerin. c) Subeventualiter: Das vorliegende Beschwerdeverfahren sei bis zum rechtskräftigen Abschluss des nach § 37 InfoDG (BGS 114.1) eingeleiteten Verwaltungsverfahrens zu sistieren, um nach Vorliegen der Daten betreffend Dr. D.\_\_\_\_ über das hängige Ausstandsbegehren gegen Dr. D.\_\_\_\_ zu entscheiden. 4. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. U.K.u.E.E. Die Beschwerdegegnerin reicht am 4. März 2016 verschiedene Unterlagen ein (A.S. 65 ff.). Der Instruktionsrichter hält mit Verfügung vom 15. März 2016 (A.S. 75 ff.) an einer Begutachtung durch die B.\_\_\_\_, Dres. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_, fest und weist die Anträge der Beschwerdeführerin vollumfänglich ab. Die Beschwerdegegnerin reicht am 6. und

#### **E. 13**

Juli 2006 stütze sich im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. Q.\_\_\_\_, mit der Diagnose eines neurasthenischen Syndroms und akzentuierter Persönlichkeitszüge. Wie bereits ausgeführt, enthalte dieses sehr knappe Gutachten nicht die erforderlichen Angaben, um das Ausmass einer Persönlichkeitsproblematik beurteilen zu können. Die Diagnose von akzentuierten Persönlichkeitszügen sei nicht nachvollziehbar, auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in diesem Gutachten könne nicht abgestellt werden. Die erhobenen Befunde und der Gesundheitszustand seien aus psychiatrischer Sicht seit 2006 bzw. zwischen 2006 und 2012 im Wesentlichen unverändert. Die beiden Diagnosen kombinierte Persönlichkeitsstörung und Neurasthenie seien von den meisten der behandelnden und begutachtenden Psychiater in nahezu identischer Weise formuliert worden. Bei der in den Unterlagen wiederholt erwähnten Dekonditionierung handle es sich um ein sekundäres Phänomen, welches grundsätzlich in einem multimodalen Behandlungsprogramm gut angebar und besserungsfähig sei (A.S. 341). Dr. med. R.\_\_\_\_ habe im Februar 2012 festgehalten, der Gesundheitszustand habe sich im Rahmen der beruflichen Massnahmen etwas gebessert. Seit der Trennung vom Ehemann sei die Beschwerdeführerin selbständiger geworden. Wenn Dr. med. R.\_\_\_\_ eine Verbitterung durch die wiederholten Begutachtungen erwähne, so sie dies kein primärer Krankheitsfaktor. In der heutigen Untersuchung spreche die Beschwerdeführerin davon, dass die Schmerzattacken früher noch schlimmer gewesen seien. Die von ihr auf Nachfrage hin angegebenen Hinweise auf eine Verschlechterung des Zustandsbildes seien subjektiv,

unspezifisch und vage. Zusammenfassend ergäben sich weder anhand der Unterlagen noch infolge der eigenen Abklärungen Hinweise auf eine wesentliche Verschlechterung, sondern allenfalls auf eine diskrete Besserung des Zustandsbildes nach 2006. Diese Besserung wirke sich insofern auf die Arbeitsfähigkeit aus, als es nach der Trennung in den Jahren 2009/2010 zu keinen weiteren Exazerbationen der neurasthenischen Beschwerden gekommen sei und die Arbeitsfähigkeit stabil bei 50 bzw. 60 % liege. Die Behauptung des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin, dass psychische Erkrankungen im Allgemeinen und Persönlichkeitsstörungen im Besonderen grundsätzlich progredient verliefen, entbehre jeglicher Grundlage (A.S. 342).

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