

SO_GERICHTE VSBES.2016.248 vom 1. Mai 2018

SO Obergericht, 2018-05-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.248_d20180501

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.248 du 1 mai 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.248 del 1 maggio 2018

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

1.1 A.____ (nachfolgend Beschwerdeführerin), geb. 1968, [...], meldete sich erstmals im August 2003 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-Stelle Beleg [IV-Nr. 5]). Sie verwies auf ein Schleudertrauma, das sie am 11. August 2002 erlitten habe. Die Beschwerdegegnerin zog die den Unfall betreffenden Akten des obligatorischen Unfallversicherers, der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) bei (IV-Nr. 7). Weiter holte sie einen Arztbericht von Dr. med. B.____, [...], vom 8. Oktober 2003 (IV-Nr. 9, mit Beilagen) sowie einen Arbeitgeberbericht der C.____ AG, [...], vom 3. Oktober 2003 ein (IV-Nr. 10) und nahm einen Bericht der D.____ vom 2. Februar 2004 (IV-Nr. 17) zu den Akten. In der Folge sprach sie der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 3. September 2004 rückwirkend ab 1. August 2003 eine ganze Rente zu (IV-Nr. 31).

1.2 Am 12. Januar 2006 liess die Suva der Beschwerdegegnerin ein Gutachten des E.____, Neurologische Klinik und Poliklinik, [...], vom 4. Januar 2006 zukommen (IV-Nr. 35). Die Suva ihrerseits sprach der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 9. Juni 2006 eine Integritätsentschädigung von 15 % zu, stellte aber ansonsten ihre Leistungen per 30. Juni 2006 ein; ferner lehnte sie es ab, eine Rente auszurichten (IV-Nr. 39). In der Folge hob sie diese Verfügung auf. Mit Verfügung vom 17. Juni 2009 stellte die Suva die Leistungen neu per 30. Juni 2009 ein und forderte gleichzeitig die Integritätsentschädigung zurück (IV-Nr. 55).

1.3 Die Beschwerdegegnerin leitete am 3. September 2009 eine eingliederungsorientierte Rentenrevision ein (IV-Nr. 57). Sie holte Angaben der Beschwerdeführerin (IV-Nr. 57) sowie Arztberichte von Dr. med. B.____ vom 6. November 2009 (IV-Nr. 59) und von Dr. med. F.____, Spezialarzt FMH für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, [...], vom 22. Dezember 2009 (IV-Nr. 60) ein. Am 4. März 2010 fand ein Revisionsgespräch statt (IV-Nr. 65). Am 11. März 2010 teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit, die ganze Rente werde unverändert weiterhin ausgerichtet (IV-Nr. 66).

1.4 Am 23. September 2010 initiierte die Beschwerdegegnerin erneut ein Rentenrevisionsverfahren (IV-Nr. 67). Die Beschwerdegegnerin holte wiederum Angaben der Beschwerdeführerin (IV-Nr. 67) und einen Arztbericht von Dr. B.____ vom 28. Oktober 2010 (IV-Nr. 69) ein. Am 7. Dezember 2010 teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit, sie plane eine Abklärung bei der Gutachterstelle G.____ Basel (IV-Nr. 70). Die Ärzte des G.____ erstatteten am 22. März 2011 das angeforderte Gutachten

(IV-Nr. 77.2).

1.5 Mit Vorbescheid vom 22. Juni 2011 kündigte die Beschwerdegegnerin an, sie werde die Rente aufheben (IV-Nr. 78). Die Beschwerdeführerin liess am 22. August 2011 Einwände erheben (IV-Nr. 82), die sie am 1. September 2011 ergänzen liess (IV-Nr. 84). Die Beschwerdegegnerin holte eine Beurteilung von Dr. med. H.____, Fachärztin Neurologie FMH, Regionalere Ärztlicher Dienst (RAD) BE-FR-SO, vom 15. Juni 2012 ein (IV-Nr. 89).

1.6 Mit Verfügung vom 20. September 2012 hob die Beschwerdegegnerin die laufende Rente der Beschwerdeführerin mit Wirkung per Ende Oktober 2012 auf (IV-Nr. 94). Dagegen liess die Beschwerdeführerin am 3. bzw. 22. Oktober 2012 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (VSG SO) Beschwerde erheben, die diese mit Urteil vom 17. März 2014 abwies (IV-Nr. 97 f., 108). Die dagegen am 2. Mai 2014 erhobene Beschwerde wies das Bundesgericht mit Urteil vom 3. September 2014 ab (IV-Nr. 114 f.).

2. Aus dem Polizeirapport der Kantonspolizei Solothurn vom 31. März 2014 geht hervor, dass die Beschwerdeführerin am 29. März 2014 in Oensingen in einen Auffahrunfall verwickelt wurde (IV-Nr. 116.2).

E. 3

3.1 Am 5. Dezember 2014 teilte der Vertreter der Beschwerdeführerin der Beschwerdegegnerin mit, dass seine Mandantin am 29. März 2014 als Beifahrerin eines PW Opfer eines Auffahrunfalls geworden sei. Wegen diesem Unfall habe sich ihr Gesundheitszustand erneut stark verschlechtert, weshalb sie beantrage, es sei ihr wiederum eine Rente auszurichten (IV-Nr. 116.1).

3.2 Am 27. Januar 2015 erstellte Dr. med. I.____ den durch die Beschwerdegegnerin angeforderten Arztbericht (IV-Nr. 119), dem sie den Konsiliumsbericht von Dr. med. J.____, Leitender Arzt Urologisches Kompetenzzentrum, K.____, vom 8. Mai 2014 beilegte. Ferner fügte sie den Austrittsbericht der Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Psychiatrischen Dienste L.____ in Olten vom 16. Juni 2014 an, worin die Ärzte über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin in der Zeit vom

E. 4

4.1 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden ■ Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360; 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine

Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148; 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_909/2010 vom 1. März 2011 E. 4.1, 8C_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2, 8C_101/2010 vom 3. Mai 2010 E.

E. 4.1

und 9C_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1).

4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

4.3 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist.

4.4 Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227; 135 V 465 E. 4.4 S. 470; 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 110 f. E. 7.2.2). In diesem Sinne vermag die Beurteilung der behandelnden Ärzte ein Administrativgutachten grundsätzlich nur dann in Frage zu stellen und zumindest Anlass zu weiteren Abklärungen zu geben, wenn wichtige Aspekte benannt werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben

sind (Urteil [des Bundesgerichts] 9C_425/2013 vom 16. September 2013 E. 4.1 mit Hinweisen).

4.5 Auch ein Parteigutachten enthält Äusserungen eines Sachverständigen, die zur Feststellung eines medizinischen Sachverhalts beweismässig beitragen können. Daraus folgt indessen nicht, dass ein solches Gutachten den gleichen Rang wie ein vom Versicherungsträger nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten besitzt. Es verpflichtet indessen ■ wie jede substantiiert vorgetragene Einwendung gegen ein solches Gutachten ■ den Richter, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen des Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (BGE 125 V 351 E. 3c S. 354).

4.6 Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) setzen gemäss Art. 59 Abs. 2 bis IVG die für die Invalidenversicherung nach Artikel 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Nach Art. 49 IVV beurteilen sie die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die regionalen ärztlichen Dienste können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2). Sie stehen den IV-Stellen der Region beratend zur Seite (Abs. 3). Sofern die RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (Urteile des Bundesgerichts 9C_1053/2010 vom 28. Januar 2011 E. 4.2 und 9C_204/2009 vom 6. Juli 2009 E. 3.3.2 mit zahlreichen Hinweisen).

E. 5

5.1 Ist eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrads bereits einmal verweigert worden, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV); dies gilt in analoger Weise auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 351 E. 3.5.3) sowie dann, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss. Der so verstandene Normzweck bestätigt die auf den Wortlaut gestützte Auslegung (BGE 130 V 68 E. 5.2.3, 125 V 412 E. 2b, 117 V 200 E. 4b).

5.2 Die Regelung über das Eintreten und die Prüfungsbefugnis der IV-Stelle bei einer Neuanmeldung nach einer früheren rechtskräftigen Leistungsverweigerung hat durch das ATSG keine Änderung erfahren. Die bisherige Rechtsprechung zu den Erfordernissen für das Eintreten auf eine Neuanmeldung nach Ablehnung eines Leistungsgesuchs und zu den beim Eintreten auf eine Neuanmeldung analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG anwendbaren Rechtsgrundsätzen gilt auch unter der Herrschaft des ATSG. Hieran haben auch die am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Änderungen des IVG und der IVV

nichts geändert (SVR 2006 IV Nr. 10 S. 38 E. 2.1; vgl. auch Entscheide des EVG I 543/04 vom 26. Januar 2005 E. 1.2.2 und I 468/04 vom 18. November 2004 E. 1.2). Die glaubhaft zu machende Änderung muss nicht gerade jenes Anspruchselement betreffen, das die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungsabweisung zugrunde gelegt hat. Vielmehr hat es zu genügen, wenn die versicherte Person zumindest die Änderung eines Sachverhalts aus dem gesamten für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum glaubwürdig dartut. Trifft dies zu, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es allseitig zu prüfen (BGE 117 V 200 E. 4b). Diese Regeln zur Behandlung von Neuanmeldungen beziehen sich nur auf gleichlautende Leistungsgesuche (SVR 1999 IV Nr. 21).

5.3 Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrads auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach aArt. 41 IVG (heute: Art. 17 Abs. 1 ATSG) vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b m. Hinw.). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach aArt. 41 IVG (heute: Art. 17 Abs. 1 ATSG; BGE 105 V 30) ■ durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b); dies gilt jedoch nur in Fällen, in denen seit der ersten Verfügung keine materielle Prüfung des Rentenanspruchs mehr stattgefunden hat, sondern einzig Nichteintretensverfügungen erfolgt sind, die aufgrund des fehlenden Abklärungs- und bloss summarischen Begründungsaufwandes der Verwaltung unbeachtlich bleiben. Ist dagegen nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs erfolgt und dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint worden, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis ■ vorbehältlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision ■ bei einer weiteren Neuanmeldung entgegen halten lassen (BGE 130 V 77 E. 3.2.3). In BGE 133 V 108 hat das Bundesgericht festgestellt, dass es sich bei der Neuanmeldung und der Rentenrevision zwar nicht um identische, wohl aber insofern um ähnliche Rechtsinstitute handelt, als beide auf eine erneute Prüfung eines Leistungsanspruchs aufgrund veränderter Verhältnisse zielen (E.

E. 5.2

S. 111). Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet dabei lediglich eine rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114). Liegt keine entsprechende Verfügung vor, fehlt es an einem Vergleichsobjekt (Urteil des

Bundesgerichts 8C_519/2007 vom 10. September 2008 E. 3.2).

E. 6

6.1 Der Vertreter der Beschwerdeführerin hat in der Neuanmeldung vom 5. Dezember 2014 im Wesentlichen geltend gemacht, dass sich ihr Gesundheitszustand als Folge des Unfalls vom 29. März 2014 erneut stark verschlechtert habe, weshalb er beantrage, dass die Rente wieder ausgerichtet werde (IV-Nr. 116.1). In der Beschwerde wird zusammenfassend vorgebracht, dass der psychiatrische Gutachter seine Diagnose, es liege eine Simulation vor, zu wenig begründet habe. Eine derart gravierende Diagnose müsste umfangreicher begründet werden. Auf das Gutachten der N.____ könne daher nicht abgestellt werden. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ein neues polydisziplinäres Gutachten einzuholen (A.S. 5 ff.). Aufgrund der durch den Hausarzt, die behandelnde Psychiaterin und nun auch durch Dr. W.____ am Gutachten geäusserten Kritik erachte er seinen Antrag, die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zur Neu Beurteilung aufgrund des Privatgutachtens zurückzuweisen, als gerechtfertigt (A.S. 34 ff.).

6.2 Die Beschwerdegegnerin hat in der Beschwerdeantwort auf die Begründung des angefochtenen Entscheids sowie die Akten verwiesen. Das Einholen eines Privatgutachtens sei nicht notwendig gewesen (A.S. 19). Das Gutachten der N.____ entspreche den Qualitätsanforderungen (A.S. 27); es genieße vollen Beweiswert (A.S. 46).

E. 7

7.1 Hinsichtlich des relevanten medizinischen Sachverhalts im Zeitpunkt des letzten rechtskräftigen Entscheids vom 20. September 2012 ist auf das G.____-Gutachten vom 22. März 2011 (IV-Nr. 77.2) abzustellen, da dieses vollen Beweiswert genießt (vgl. Urteil VSG SO vom 17. März 2014 [IV-Nr. 108, S. 21, 24 ff.]; Urteil des Bundesgerichts vom 3. September 2014 [IV-Nr. 115, S. 7]). Das ABI-Gutachten basierte auf Untersuchungen vom 22. Februar 2011. Es enthielt zunächst eine Aufstellung der Vorakten, deren Inhalt kurz zusammengefasst wurde. Es folgten die Anamnese (jetziges Leiden; Sozial- und Arbeitsanamnese; medizinische Anamnese) und der internistische/allgemeinmedizinische Status. Weiter wurden das psychiatrische und das neurologische Teilgutachten integral wiedergeben. Schliesslich nannten die Gutachter ihre Diagnosen und gaben eine Gesamtbeurteilung ab, die sich insbesondere zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin äusserte.

7.2 Zusammenfassend stellte das VSG SO fest, dass die somatoforme Schmerzstörung keine Invalidität begründe. Da keine andere Gesundheitsschädigung mit erheblicher Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege, bestehe keine Invalidität mehr; damit entfalle auch der Rentenanspruch. Es kann auf die betreffenden Erwägungen im Entscheid vom 17. März 2014 verwiesen werden (vgl. (IV-Nr. 108, S. 26 f.). Die dagegen erhobene, offensichtlich unbegründete Beschwerde der Beschwerdeführerin hat das Bundesgericht am 3. September 2014 im vereinfachten Verfahren abgewiesen (vgl. IV-Nr. 115).

8. Der angefochtenen Verfügung vom 19. August 2016 liegt folgender medizinischer Sachverhalt (inkl. Stellungnahme BSV vom 27. Juli 2016) zugrunde:

8.1 In dem durch die Beschwerdegegnerin angeforderten Bericht vom 27. Januar 2015 hat Dr. med. I.____ folgende Diagnosen gestellt, die sich auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirkten (IV-Nr. 119):

Die Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit hat Dr. med. I.____ auf 100 % von 2002 bis auf weiteres beziffert und den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin als sich verschlechternd bezeichnet. Den ärztlichen Angaben lässt sich Folgendes entnehmen: Die Anamnese sollte aufgrund der verschiedenen Berichte und Gutachten (recte wohl: Gutachten) bestens bekannt sein. Die Beschwerdeführerin leide seit 2002 an multiplen Schmerzsymptomen, die bis heute trotz adäquater Therapie kaum hätten beeinflusst werden können. Nach dem Unfall sei allmählich eine schwere Fixierung und Chronifizierung der Beschwerden eingetreten. Durch Begutachtungen, Auseinandersetzungen mit der Versicherung und erneuten Gutachten sei die Beschwerdeführerin wieder depressiv geworden. Es träten auch Panikattacken auf. Am 29. März 2014 habe sie erneut als Beifahrerin verschiedene Kontusionen erlitten, die eine längere stationäre Behandlung im K.____ mit anschließendem Aufenthalt auf der psychosomatischen Abteilung zur Folge gehabt hätten; dieses zweite für sie absolut traumatische Erlebnis habe die Beschwerden enorm verstärkt. Wegen der atlanto axialen Dysfunktion sei ihr eine stationäre Behandlung empfohlen worden. Im Dezember 2014 habe sich der körperliche wie auch psychische Zustand der Patientin verschlechtert. Sie sei erneut hospitalisiert worden. Die Patientin klagt über Schmerzen im CWS und LWS, Schwindel und Angstattacken. Sie könne sich nicht konzentrieren, sei vergesslich, habe das Selbstwertgefühl verloren, fühle sich wertlos, habe Angst vor der Zukunft und Schlafstörungen, sei immer müde und habe kein Interesse und keine Freude. Sie sei einfach nicht mehr die Person, die sie früher gewesen sei. Beim Befund hat die Ärztin festgehalten, dass die 46-jährige Patientin übergewichtig und allgemein verlangsamt sei, ansonsten allseits orientiert und bei klarem Bewusstsein. Während des Gesprächs habe die Beschwerdeführerin schmerzbedingt häufig ihre Sitzposition gewechselt. Sie habe geweint und sei offensichtlich verzweifelt. Es bestünden kognitive Beeinträchtigungen (Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen). Der Gedankengang sei formal unauffällig, inhaltlich auf ihre Situation beschränkt. Die Stimmung sei depressiv, verzweifelt und hoffnungslos. Hinweise auf eine Suizidalität lägen keine vor. Dem Beiblatt zum Bericht lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführerin weder die bisherige noch eine andere Tätigkeit zuzumuten sei. Im Übrigen würden sie berufliche Massnahmen vermutlich überfordern. Ihrem Bericht hat Dr. med. I.____ Berichte des K.____, Urologisches Kompetenzzentrum, vom 8. Mai 2014 sowie der AC.____ vom 16. Juni 2014 beigelegt, aus denen verschiedene Diagnosen, nicht jedoch Angaben über die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hervorgehen (IV-Nr. 119).

8.2 Die Frage der Beschwerdegegnerin, wie die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin nach dem erneuten Autounfall vom 29. März 2014 sei, hat Dr. med. B.____ in seinem Bericht vom 3. Februar 2015 wie folgt beantwortet: Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien
zu diagnostizieren.

Im Weiteren hat Dr. med. B.____ der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit seit 2002 bis heute attestiert und ihren Gesundheitszustand als stationär bezeichnet. Auf die Frage, ob die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen verbessert werden könne, hat er Folgendes angeführt: Ein erster stationärer Rehabilitationsaufenthalt in Rheinfelden habe vom 21. Oktober bis 18. November 2003 gedauert und keine Verbesserung gebracht, und zwar weder bezüglich der theoretischen Arbeitsfähigkeit noch im Sinne einer vermehrten Aktivität der Patientin. Nach dem zweiten Unfall vom 29. März 2014 sei die Patientin vom 4. April bis 28. Mai

2014 in der psychosomatischen Klinik im K.____ hospitalisiert gewesen. Durch den Aufenthalt habe eine gewisse Stabilisierung in psychischer Hinsicht erreicht werden können. Schliesslich habe sie wieder nach Hause entlassen werden können. Eine Arbeitsfähigkeit habe aber nicht erreicht werden können. Aktuell sei die Patientin wiederum in der D.____ zur stationären Rehabilitation hospitalisiert. Sie sei bei ihm als Hausarzt seit 2004 in Behandlung, wobei die letzte Untersuchung am 7. November 2014 stattgefunden habe. Bei der Anamnese hat Dr. med. B.____ angegeben, dass sie am 29. März 2014 als Beifahrerin in eine Auffahrkollision verwickelt und im K.____ hospitalisiert worden sei. Es habe eine massive Exazerbation der Schmerzen entlang der ganzen Wirbelsäule gegeben, akzentuiert an der unteren HWS und BWK 5-6. Gleichzeitig sei ein unklares Sensibilitätsniveau Th 6 und ein kompletter Harnverhalt aufgetreten. Die Blasenstörung sei als Blasenatonie bei Verdacht auf spinalen Schock interpretiert worden. Es sei vom 31. März bis 6. Mai 2014 ein Zystofix angelegt worden. Nach der Abklärung während der chirurgischen Hospitalisation vom 29. März bis 4. April 2014, bei der mit multiplen Bildgebungen der HWS keine strukturellen Alterationen, weder des ossären Anteils noch des Myelons, gefunden worden seien, sei die Patientin auf die psychiatrische Abteilung verlegt worden; dort sei sie vom 4. April bis 28. Mai 2014 hospitalisiert gewesen und dann nach Hause entlassen worden. Am 18. Dezember 2014 sei die Patientin erneut in die Klinik eingetreten. Am 12. Januar 2015 sei der Austritt in die D.____ erfolgt. Die Patientin habe sich wegen unerträglichen Schmerzen im Bereiche des Beckens und des rechten Beins gemeldet. Die Beurteilung habe auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gelautet. Die Kollegen der medizinischen Klinik hätten ein erhebliches Invalidisierungspotenzial (!) festgestellt, weshalb sie seine, Dr. med. B.____s, bereits erfolgte Anmeldung an die D.____ bestätigt und die Patientin dorthin entlassen hätten. Die Beschwerdeführerin habe multiple heftige Schmerzen, vor allem im Bereiche von Kopf und Nacken sowie auf Höhe des Kreuzes, angegeben. Es bestünden chronische Müdigkeit und Konzentrationsschwäche sowie eine Unsicherheit beim Gehen. Die Angst vor erneuten Stürzen führe zu einem andauernden Schonverhalten. Bei den erhobenen Befunden und spezialärztlichen Untersuchungen hat der Hausarzt auf diverse, sich in der Beilage befindliche Berichte verwiesen. In Anbetracht der Tatsache, so Dr. med. B.____, dass die Patientin bereits nach dem ersten Unfall von 2002 weitgehend arbeitsunfähig und im Sinne eines chronifizierten ausgeprägten Schmerzsyndroms invalid gewesen sei, bestehe nun nach dem Unfall vom Juli 2014 ein akzentuiertes Beschwerdebild. Zudem sei die Patientin in ihrem Innersten massiv erschüttert, verunsichert und überzeugt, dass sich alle und jeder gegen sie verschworen hätten. Ihr sei seiner Beurteilung nach die bisherige Tätigkeit nicht mehr zuzumuten, hingegen prinzipiell eine Verweistätigkeit, die keine schwere Arbeiten umfasse, am besten in wechselnd sitzender und stehender Position, eventuell auch mit Herumgehen. In welchem Ausmass eine solche Tätigkeit zumutbar sei, hat der Hausarzt offengelassen. Seinem Bericht hat er jene des K.____, Orthopädische Klinik vom 22. Dezember 2014 sowie Medizinische Klinik vom 15. Januar 2015, angefügt (IV-Nr. 123, S. 3 ff.).

8.3 Am 17. Februar 2015 haben die Ärzte des U.____, Intensivmedizin, über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 16./17. Februar 2015 berichtet und dabei folgende Diagnosen gestellt (IV-Nr. 130, S. 5 ff.):

1. Vigilanzminderung unklarer Ätiologie am 16.2.2015

- DD ikthal, DD psychogen

- Labor inkl. Tox-Screen: blande
 - cCT/CTA 16.2.2015: keine ICB, offene Gefässe
 - MRI Schädel angemeldet
 - EEG geplant
2. chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
- aktuell Schmerzexazerbation im Beckenbereich mit Ausstrahlung in die Beine, rechtsbetont nach Auffahrkollision 3/2014
 - St.n. BWS- und HWS- Kontusion 3/2014 bei Autounfall
3. St.n. schwerem Autounfall 2002
seither Kiefer- und Kopfschmerzen, Schwindel
4. rez. Depression (mittelgradige Episode mit Panikattacken)
5. chronisch Obstipation
intermittierend Frischblutabgang ab ano bei Fissur bei chron. Obstipation
- St.n. Sigmoidoskopie 7/2014, Koloskopie 7/2014, Gastroskopie 7/2014: jeweils unauffällig

Zur Beurteilung und zum Verlauf haben die Ärzte festgehalten, die Zuweisung durch das AD. ___ sei bei unklarer Vigilanz(Wachheits-)minderung nach Synkope erfolgt sei. Die Patientin sei bei chronischem Schmerzsyndrom in [...] in der Rehabilitation. Am Mittag sei sie auf dem Weg zum Speisesaal plötzlich kollabiert und anschliessend nicht mehr ansprechbar gewesen. Kurz nach Eintritt auf die Intensivstation habe die Patientin komplikationslos extubiert werden können. Sie sei anschliessend wach und adäquat ansprechbar gewesen. Laborchemisch habe sich ein unauffälliger Befund ohne Hinweise auf einen Infekt oder anderweitige Pathologie als Auslöser für die Vigilanzminderung ergeben. Gemäss Beurteilung durch ihre Kollegen von der Neurologie hätten sich keine Hinweise für fokale urologische Ausfälle ergeben. Radiologisch habe sich im CT Schädel Angio ebenfalls ein unauffälliger Befund gezeigt. Im Gespräch habe die Patientin angegeben, bereits zwei solcher Episoden gehabt zu haben, einmalig im Juni 2014 bei schwerer Erkrankung sowie erneut im November 2014 beim Tod ihrer Mutter. Beide Male sei sie kurzzeitig bewusstlos geworden. Eine weiterführende Abklärung sei nicht erfolgt. Aktuell habe sie als Beschwerden lediglich die chronischen generalisierten Schmerzen im Bereich der BWS/HWS angegeben. In Zusammenschau der Befunde bleibe die Vigilanzminderung der Patientin unklar. Aufgrund der prolongierten Vigilanzminderung sei zum Ausschluss eines ictalen Fokus noch die Durchführung eines EEG und MRI geplant. Nach unauffälliger Überwachung habe die Patientin am 17. Januar 2015 in gutem Allgemeinzustand auf die Abteilung verlegt werden können (IV-Nr. 130, S. 5 ff.).

8.4 Die ärztliche Leitung der D. ___ hat am 28. Februar 2015 über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 12. Januar bis 28. Februar 2015 berichtet und dabei folgende Diagnosen gestellt (IV-Nr. 130, S. 2 ff.):

- chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
- aktuell Schmerzexazerbation im Beckenbereich mit Ausstrahlung in die Beine, rechtsbetont nach Auffahrkollision 3/2014

- Status nach BWS- und HWS-Kontusion 3/14 bei Autounfall
- Vigilanzminderung unklarer Ätiologie am 16.2.15
- DD ikтал, DD psychogen, notfallmässige Verlegung ins U.____ am 16.2.15
- Rückverlegung am 17.2.15
- Labor inklusive Tox-Screen bland
- cCT/CTA 16.2.15: keine ICB, offene Gefässe
- MRI Schädel 17.2.15: ohne pathologischen Befund
- EEG 17.2.15: ohne pathologischen Befund
- Status nach schwerem Autounfall 2002
- seither Kiefer-Schmerzen, Schwindel und Kopfschmerzen
- rezidivierende Depression, mittelgradige Episode mit Panikattacken
- chronische Obstipation
- intermittierend Frischblut ab ano bei Fissur bei chronischer Obstipation
- Status nach Sigmoidoskopie 07/14, Colonoskopie 07/14, Gastroskopie 07/14: jeweils unauffällig

Zum Verlauf hat die Abteilungsärztin ausgeführt, die Patientin habe bei Eintritt über permanente Nackenschmerzen, Schwindel, Kopfschmerzen und rezidivierendes Erbrechen geklagt. Manchmal sei die Kraft in den Beinen plötzlich weg; dies habe schon öfters zu Stürzen geführt. Deswegen würde sie längere Strecken nicht mehr ohne Hilfsmittel gehen oder alleine in der Wohnung sein. Die Belastungsfähigkeit sei aufgrund von Schmerzen auf fünf Minuten Gehen reduziert. Des Weiteren leide sie unter einer chronischen Obstipation, wobei es beim Stuhlgang intermittierend zu messerstichartigen Schmerzen im Rücken komme. Auch leide sie an chronischen Schlafstörungen. Die Patientin sei in ein multimodales Therapieprogramm eingebunden worden. Am 16. Februar 2015 habe sie eine unklar prolongierte Bewusstseinsstörung nach dem Mittagessen erlitten. Die Patientin sei im Flur gestürzt. Es hätten sich keine fokal-neurologischen Ausfälle gefunden, jedoch keine Reaktion auf Schmerzreize. Die Vitalparameter seien immer stabil gewesen. Sie hätten die Patientin bei unklarer Vigilanzminderung nach Synkope mit der Ambulanz ins U.____ überwiesen. Aus dem Bericht des E.____ gehe hervor, dass die Vigilanzminderung der Patientin in der Zusammenschau der Befunde unklar bleibe. Die Bildgebung mittels CT und MRI sowie ein durchgeführtes EEG seien unauffällig geblieben. Nach unauffälliger Überwachung über eine Nacht habe die Patientin am 17. Februar 2015 wieder in die Rehabilitation zurückverlegt werden können. Bis zum Austritt sei sie über zirka 70 Meter am Rollator mit mehreren Stehpausen mobil. Freies Gehen sei unter enger Supervision über zirka 25 Meter möglich, dies stark verlangsamt mit verkürzter Schrittlänge. Das Treppensteigen sei mit Geländer und 50 %-Hilfe über maximal acht Stufen auf- und abwärts möglich. In den ADLs sei sie weitgehend selbstständig. Die Patientin sei am 28. Februar 2015 in verbessertem Allgemeinzustand und verbesserter Mobilität nach Hause entlassen worden (IV-Nr. 130, S. 3 f.).

8.5 Die RAD-Ärztin Dr. med. H.____ hat in ihrer Zusammenfassung vom 19. August 2015 festgehalten, die bis heute anhaltende Verschlechterung des Gesundheitszustands der

Beschwerdeführerin sei durch den Unfall vom 29. März 2014 ausgelöst worden. Bei diesem Unfall habe sie sich eine HWS- und BWS-Kontusion (Prellung), aber keine nachweisbaren strukturellen Verletzungen zugezogen. Dennoch habe sich in der Folge die vorbestehende Schmerzerkrankung und der psychische Zustand deutlich verschlechtert. Verschiedene stationäre Behandlungen seien notwendig geworden. Im Herbst/Winter, nach dem Tod der Mutter der Beschwerdeführerin, sei es zu einer erneuten Schmerzexazerbation, schwerpunktmässig im Beckenbereich mit Ausstrahlungen ins rechte Bein, gekommen. Infolge dieser Schmerzen und schmerzbedingten Kraftlosigkeit in den Beinen sei die Gehfähigkeit nun schwer beeinträchtigt. Die Beschwerdeführerin sei zeitweise auf einen Rollstuhl, später dann auf einen Rollator angewiesen gewesen. Wie sich die geltend gemachte chronische Schmerzerkrankung auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, müsse gutachterlich abgeklärt werden. Sie empfehle ein polydisziplinäres Gutachten gemäss den Richtlinien der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung mit den Disziplinen Psychiatrie, Neurologie und Orthopädie (IV-Nr. 136, S. 3).

8.6 In dem durch die Beschwerdegegnerin veranlassten Gutachten sind die Ärzte der Begutachterstelle N.____ am 8. Januar 2016 ■ gestützt auf die durch die Beschwerdegegnerin zugestellten und die selbst beigebrachten Unterlagen sowie auf die eigenen persönlichen Befragungen und klinischen Untersuchungen ■ zum Schluss gelangt, dass ■ aus der Synthese aller Fachgebiete nach dem Konsens vom 30. Dezember 2015 ■ keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) zu stellen seien. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) haben die Gutachter Folgendes angeführt: Neurasthenie (ICD-10 F48.0), Status nach Comotio cerebri (11.8.2002), Status nach Distorsion der Halswirbelsäule (11.8.2002), Status nach möglicher Comotio cerebri (29.3.2014), Status nach Distorsion der Halswirbelsäule (29.3.2014), funktionelle Gangstörungen, Z. n. rezidivierenden Präsynkopen und Synkopen bei Verdacht auf orthostatische und vasovagale Genese, Adipositas BMI 31,5 kg/m², Colon irritabile, chronische Obstipation mit rezidivierenden Analblutungen, Reizmagen, Z. n. Bauchhautstraffung 1994, Z. n. Hysterektomie 2010, Z. n. Herpes zoster thoracalis 6/2014 (IV-Nr. 146.1, S. 1, 24).

Der versicherungsmedizinischen Beurteilung der Gutachter lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin zur Abklärung ihrer Arbeitsfähigkeit polydisziplinär untersucht worden sei. In diesem Zusammenhang hätten zahlreiche Diagnosen verifiziert werden können, die sich jedoch auf die Arbeitsfähigkeit als solche nicht auswirkten. Aus internistischer Sicht könnten ■ neben diversen Auffälligkeiten wie beispielsweise einem Übergewicht ■ ein Reizmagen und -darm diagnostiziert werden, wobei sich sämtliche Gesundheitsstörungen weder auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt hätten noch dieses aktuell täten. Die endoskopische Diagnostik habe im Juli 2014 keinerlei Auffälligkeiten gezeigt. Bezüglich des Blutdruckverhaltens fänden sich in der Aktenlage widersprüchliche Äusserungen, auf die im Fachgutachten hingewiesen worden sei. Bei der Untersuchung habe sich eine normotone Kreislaufregulation bei Sinustachykardie gefunden, die sicherlich im Rahmen der Untersuchung als funktionell zu werten sei. Ähnliche Überlegungen gälten auch für das orthopädische Fachgebiet. Auch hier hätten nur marginale Störungen festgestellt werden können, die sich auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht auswirkten und sich auch nicht ausgewirkt hätten. Aus neurologischer Sicht könne festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin nach einer Frontalkollision im Jahre 2002 jegliche auswärtige Arbeitstätigkeit aufgegeben habe. Es sei zu langsam zunehmenden

Einschränkungen gekommen, indem die Beschwerdeführerin heute nicht mehr ohne Rollator laufen könne, über Schmerzen sowohl im Kopf wie im Skelett klage, die von neurologischer Seite her nicht erklärt werden könnten. Eine funktionelle Genese müsse angenommen werden. Der zweite Unfall 2014 habe von neurologischer Seite her zu keinen zusätzlichen Ausfällen geführt, habe aber die Symptomatik weiterhin bestehen lassen und eher verstärkt. Die volle Arbeitsfähigkeit sei erhalten. Vor dem Hintergrund der in den somatischen Fachgebieten festgestellten Widersprüche zwischen den objektivierbaren und von der Beschwerdeführerin geschilderten Symptomen komme der psychiatrischen Begutachtung eine besondere Bedeutung zu. Hierbei habe festgestellt werden können, dass die Beschwerden, die die Beschwerdeführerin hier angegeben habe, durch das Krankheitsbild einer Depression, einer somatoformen Störung, einer Anpassungsstörung und einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht hätten erklärt werden können. Vor allem das Gangbild der Beschwerdeführerin mit der Unmöglichkeit, den Rollator auch nur über eine wenige Millimeter hohe Türschwelle heben zu können, könne durch kein bekanntes Störungsbild ■ ausser durch beispielsweise eine Querschnittslähmung oder den Endzustand einer Multiplen Sklerose, wobei diese Gesundheitsstörungen bei der Beschwerdeführerin erfreulicherweise nicht vorlägen ■ erklärt werden; insbesondere spreche das extrem auffällige Abschneiden im hier durchgeführten Beschwerdevalidierungstest gegen eine relevante Erkrankung aus dem psychiatrischen Fachgebiet, so das hier allenfalls von einer Neurasthenie gesprochen werden könnte, die sich gleichfalls auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht auswirke. Somit habe in keinem der genannten Fachgebiete ein objektivierbarer Befund erhoben werden können, der die Beschwerdeführerin auch nur in die Nähe einer Einschränkung ihrer Arbeitsfähigkeit hätte bringen können. Das Belastungsprofil sei weder aus orthopädisch-traumatologischer, neurologischer, internistischer noch aus psychiatrischer Sicht eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin sei aus Sicht sämtlicher beteiligter Fachgebiete uneingeschränkt belastbar. Wünschenswert wäre allenfalls eine Gewichtsreduktion. Unter Berücksichtigung der Einschätzung sämtlicher beteiligter Fachdisziplinen sei die Arbeitsfähigkeit weder in der bisherigen Tätigkeit noch in einer Verweistätigkeit eingeschränkt. Es könne allenfalls konstatiert werden, dass nach den stattgehabten Unfällen eine kurzfristige Krankschreibung gerechtfertigt gewesen sei. Ähnliche Überlegungen gälten für die Aufenthalte im Krankenhaus. Eine darüber hinausgehende Krankschreibung sei allerdings aus sachverständiger Sicht nicht angezeigt gewesen. Aus sachverständiger Sicht habe sich ■ so halten die Gutachter weiter fest ■ der Zustand der Beschwerdeführerin seit der letzten Begutachtung vom 22. März 2011 ■ die zur Aufhebung der Rente geführt habe, nicht signifikant verändert. Differenzen in den anamnestischen Angaben zwischen den Gutachten beruhen auf subjektiven Aussagen der versicherten Person. Diese Angaben hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und seien deshalb anlässlich eines erneuten Gesprächs bzw. einer erneuten Untersuchung nicht nochmals verifiziert worden (IV-Nr. 146.1, S. 25 ff.; 32).

8.7 Im Austrittsbericht über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 4. Februar 2016 haben die Ärzte des U. ____, Interdisziplinäre Notfallstation, am 4. Februar 2016 folgende Diagnosen gestellt (IV-Nr. 158, S. 6):

1. unklare Synkope und protrahierte Bewusstseinsstörung
- DD psychogen
- Angio-CT Schädel mit Perfusion 4.2.16: unauffällig

- Labor: unauffällig

2. St.n. Schädelhirntrauma

3. Depression

Ihren weiteren Ausführungen lässt sich entnehmen, dass sich auf der Notfallstation eine weiterhin kreislaufstabile Patientin präsentiert habe. Die Pupillen seien isokor und reagibel gewesen. Man habe ihr zur Beurteilung die Lider mit Kraft öffnen müssen. Sie habe nur auf starken Schmerzreiz reagiert. Es sei ein Angio-CT Schädel mit Perfusion gemacht worden, das komplett unauffällig ausgefallen sei. Auch das Blutbild sei komplett blande gewesen. Ein CVI (chronisch-venöse Insuffizienz, auch chronisch venöses Stauungssyndrom, chronische Veneninsuffizienz) habe ausgeschlossen werden können. Im Verlauf sei die Patientin aufgeklärt. Gemäss neurologischem Konsiliar sei auch eine Epilepsie sehr unwahrscheinlich, weil die Patientin immer die Augen zugekniffen und Schutzbewegungen gemacht habe (Arm gehoben und beim Loslassen den Fall abgebremst). In der Zusammenschau der Befunde gehen sie, die Ärzte des U.____, am ehesten von einer psychogenen Synkope mit protrahiertem Bewusstseinsverlust aus. Die Patientin sei vom Dienst-Psychiater beurteilt worden. Bei «adäquater» Patientin und fehlender Gefährdung habe sie gleichentags nach Hause entlassen werden können (IV-Nr. 158, S. 6).

8.8 Am 9. Februar 2016 hat der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. B.____, das Gutachten vom 8. Januar 2016 bezüglich der Frage der psychiatrischen Diagnosen, der Folgen von zwei Auffahrkollisionen und der fehlenden Aspekte sowie seiner Meinung nach inkorrekten Beurteilungen im Gutachten kommentiert. Aus seinen Ausführungen geht im Wesentlichen Folgendes hervor (IV-Nr. 154.1): Als Hausarzt stehe es ihm nicht an zu definieren, welche psychiatrische Diagnose oder Diagnosen vorlägen. Er habe grosse Mühe nachzuvollziehen, wie die psychiatrischen Diagnosen, die im Verlaufe der letzten 13 Jahre von behandelnden Psychiatern oder psychiatrischen Institutionen festgehalten worden seien, aufgrund einer einmaligen Exploration alle verneint würden. Für ihn stehe ausser Frage, dass mit dem im Jahr 2002 erlittenen Unfall eine pathologische psychologische/psychiatrische Entwicklung ihren Beginn genommen habe. Er sehe eine chronische Schmerzstörung und eine Angststörung mit Panikattacken. Er nehme an, dass eine Persönlichkeitsveränderung bereits vorgelegen oder eingetreten sei. Der Unfall vom 11. August 2002, der gemäss biomechanischer Kurzbeurteilung der Arbeitsgruppe für Unfallmechanik bei einer Geschwindigkeit von 20 - 30 km/h erfolgt sei, habe zu mehreren Verletzungen geführt, die wahrscheinlich durch das Nichttragen der Sicherheitsgurte erklärbar seien. Die Patientin habe eine HWS-Distorsion, eine Kontusion des Gesichts temporal occipital links, einen partiellen kochleo-vestibulären Ausfall sowie Zahnverletzungen im Oberkiefer links erlitten. Sie sei von diesem Moment an bis heute arbeitsunfähig geblieben. Da sich mit ambulanten Physiotherapie-Sitzungen keine Verbesserung eingestellt habe, habe er eine stationäre Rehabilitation in [...] (21. Oktober - 18. November 2003) veranlasst. Das intensive multimodale Therapieprogramm während dieser Rehabilitation habe nur zu geringen Therapieerfolgen geführt. Die Beschwerdeführerin sei in minimal stabilisiertem Zustand nach Hause entlassen worden. Er gehe davon aus, dass sie im Zeitpunkt des zweiten Unfalls (2014) konstitutionell und muskulär in einem vulnerablen Zustand gewesen sei. Die seit 2002 eingetretene massive Dekonditionierung und Muskelschwäche sei eine in keinem der Gutachten erwähnte Tatsache; dies werde durch die MR-Untersuchung der HWS und des zervikalen Übergangs vom 2. Dezember 2009 (Institut AE.____, Schmerzklinik [...]) sogar objektiv nachgewiesen:

eine wenig kräftige atrophe Hals- und Rückenmuskulatur im zerviko-thorakalen Übergang. Es sei seines Erachtens gesichert, dass die Beschwerdeführerin beim Verkehrsunfall vom 29. März 2014 mit einer völlig insuffizienten Muskulatur und kaum betastbarem, aber vermehrt vulnerablem muskuloskelettalen Halteapparat ausgerüstet gewesen sei. Die psychologische Beurteilung der stationären Behandlung in [...] fehle. Weiter habe der Patientin wegen einem Harnverhalt eine suprapubische Ableitung während sechs Wochen gelegt werden müssen. Angenommen werde eine Traumatisierung des Rückenmarks (s. Beilage Bericht 16. April 2014, Chirurgische Klinik, K.____). Diese Tatsache werde im Gutachten nicht gewürdigt. In der Synopsis auf S. 24 werde diese Tatsache nicht einmal erwähnt. Einzig der internistische Gutachter erwähne die Harnblasenentleerungsstörung. Es sei erstaunlich, dass die neurologische Gutachterin diese Tatsache nicht erwähne, geschweige denn als Symptom einer möglichen Rückenmarkskontusion diskutiere. Der Harnverhalt könne nicht mit Aggravation oder gar Simulation erklärt werden. Die Tatsache, dass die Patientin über Jahre immer wieder typische nächtliche sowie auch tagsüber auftretende Hyperventilationen zeige, werde im Gutachten und in der Würdigung ausgeblendet. Diese Panikattacken seien unter der aktuellen Medikation mit Cymbalta deutlich weniger häufig aufgetreten. Zu Seite 25, «Der zweite Unfall 2014 hat von neurologischer Seite her zu keinen zusätzlichen Ausfällen geführt»: Dies sei nicht korrekt. Es fehle die vermutete Contusio spinalis mit längerdauerndem Harnverhalt und der Hypästhesie sub Th 12. Diese Folge wiederum stehe wahrscheinlich in Zusammenhang mit der massiven Dekonditionierung. Zu Seite 26, Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit im polydisziplinären Konsens «unter Berücksichtigung der Einschätzung sämtlicher beteiligter Fachdisziplinen ist die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit nicht eingeschränkt»: Er, Dr. med. B.____, könne nicht nachvollziehen, wie die Gutachter zu diesem Fazit kämen. Zu Seite 32: Seiner Ansicht nach habe sich der Zustand der Patientin seit der letzten Begutachtung vom 22. März 2011 deutlich verschlechtert. Zu Seite 45: Er sei der Meinung, dass bei der Patientin eine ängstlich vermeidende, akzentuierte und infantile Persönlichkeit vorliege. Zu Seite 46: Er könne das Schlussfazit von Dr. med. R.____ «bei der Patientin liege schlicht eine Simulation vor» nicht verstehen. Er sehe dies jedoch nicht als Simulation, sondern als Folge der langwierigen Leidensgeschichte und mehrfachen Traumatisierung der Patientin an. Ebenso könne er teilweise nachvollziehen, dass die aktuelle Gangstörung z.T. funktionellen Charakter habe. Aber auch diese Art des Leidens rechtfertige nicht, das ganze Krankheitsbild als Simulation zu qualifizieren (IV-Nr. 154.1).

8.9 Dr. med. I.____ hat am 8. März 2016 zum Gutachten der N.____ im Wesentlichen wie folgt Stellung genommen (IV-Nr. 156): Insgesamt finde sie das Gutachten einseitig und selektiv, sowohl psychopathologisch als auch diagnostisch. Psychodynamische Anteile in der persönlichen Anamnese der Patientin seien praktisch vollständig ausgeblendet worden. Der langwierige Krankheitsverlauf mit schwerer und zum Teil gegenüber diversen Therapieansätzen resistenter Psychopathologie sei ihres Erachtens kaum berücksichtigt worden. Sie habe (wie auch die behandelnden Ärzte der Patientin) grosse Mühe nachzuvollziehen, wie die psychiatrischen Diagnosen, die im Verlauf der letzten 13 Jahre von behandelnden Psychiatern und psychiatrischen Institutionen festgehaltenen worden seien, aufgrund einer einmaligen Exploration (90 Minuten) verneint werden könnten. Die Begutachtung ohne Dolmetscher habe für die Patientin sicher einen grossen Nachteil dargestellt. Die Patientin spreche und verstehe Deutsch, für eine so wichtige psychiatrische Untersuchung jedoch sicher ungenügend; dies sei ihres Erachtens eine Fehleinschätzung

und habe möglicherweise zu falschen Beurteilungen/Einschätzungen geführt. Es sei anzunehmen, dass die Patientin trotz Übersetzung die Fragen, bei denen es auch auf sprachliche Feinheiten ankomme, nicht verstanden habe. Auch die Konzentration und Aufmerksamkeit seien während der Untersuchung reduziert gewesen. Der Gutachter beschreibe depressive Anteile, beurteile diese aber zum Teil als demonstrativ und könne keine ausreichenden Hinweise für die Diagnose einer Depression finden; dies sei ihres Erachtens nicht nachvollziehbar. Hinweise für eine Angststörung, eine somatoforme Störung wie auch für akzentuierte Persönlichkeitsanteile finde er ebenfalls keine, ohne dies näher zu begründen. Demgegenüber würden diese psychiatrischen Diagnosen aber wiederholt und von verschiedenen Fachärzten/Kliniken (wo die Patientin in Behandlung gewesen sei) aufgeführt (s. entsprechende Akten/Unterlagen). Gegenüber den psychopathologischen Befunden im Gutachten stelle sie, Dr. med. I.____, im aktuellen Psychostatus der Patientin folgende Befunde fest: Die erste depressive Episode habe im Jahr 1998 stattgefunden. Es bestehe eine Verminderung des Antriebs, eine Verminderung der Energie mit rascher Ermüdbarkeit, eine deutlich gedrückte Stimmung mit einerseits tiefer Traurigkeit und andererseits unterdrückter Wut, eine reduzierte emotionale Modulationsfähigkeit, eine Motivations- und Interessenlosigkeit, eine Freudlosigkeit und eine mangelnde Fähigkeit, auf freudige Ereignisse emotional zu reagieren. Die Patientin könne unter anderem nur sehr eingeschränkt emotionalen Kontakt mit ihrem Enkelkind aufnehmen. Sie leide an vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, an Scham- und Insuffizienzgefühlen, an Sinn- und Perspektivenlosigkeit. Es bestünden drehende Gedanken, leichte bis mittelgradige Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen. Sie leide immer noch an diversen Ängsten, vor allem alleine nach draussen zu gehen (sie werde immer von jemandem begleitet). Im Weiteren seien Lebensüberdruß, Schlafstörungen, ein Morgentief sowie ein/e soziale/r Rückzug/Isolation gegeben. Ausser ihren Kindern habe sie keine Bezugspersonen. Sie mache keine Ferien, sondern sei nur mit dem Bruder zur Beerdigung ihrer Mutter nach Bosnien gereist (19. November 2014). Ihrer Meinung nach sei aufgrund dieser Befunde bei der Patientin eine rezidivierende, mittlerweile chronifizierte, depressive, gegenwärtig mindestens mittelgradige depressive Störung zu diagnostizieren, dies trotz ausgedehnter psychiatrisch/psychotherapeutischer Behandlung (ICD-10 F33.11). Die ihrerseits festgestellte Diagnose der Depression habe sie mittels Hamilton Depressionsskala (erhoben am 1 März 2016) mit 28 Punkten bestätigt/objektiviert. Die Angststörung (ICD-10 F41.0) sei zum Teil unter aktueller Medikation remittiert. Ausserdem bestünden langandauernde Probleme, verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung im Sinne von Ängstlichkeit, Vermeidungsverhalten/Rückzug, Abhängigkeit von Angehörigen (lebt mit Sohn und Schwiegertochter zusammen, die praktisch sämtliche Alltagsaufgaben für die Patientin übernehmen), kindlich-infantile Anteile (sei unkritisch, leichtgläubig), was die Diagnose «akzentuierte Persönlichkeit (vom ängstlich, verminderten, kindlichen abhängigem Typ)» rechtfertige (ICD-10 Z73.1). Seit dem ersten Unfall leide die Patientin vor allem an therapie-resistenten Kopf-, HWS-, LWS- und Muskelschmerzen. Die vorhergehenden Beschwerden seien ihres Erachtens den chronischen Schmerzstörungen mit somatischen und psychischen Faktoren zuzuordnen (F45.41). Der Schmerz verursache in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen im sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Der Schmerz werde nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht (wie bei der vorgetäuschten Störung oder Simulation). Weiter weise sie, Dr. med. I.____, darauf hin, dass im Gutachten aktenkundige Bewusstseinsverluste nicht

ausreichend im Hinblick auf Sturzursachen (z.B. Synkope) exploriert worden seien. Obwohl hämodynamische Parameter vorlägen, die durchaus zu relevanten medizinischen Diagnosen führen könnten, würden diese in der Schlussbetrachtung nicht einmal erwähnt bzw. medizinisch korrekt in eine Diagnose oder zumindest in eine differentiale Diagnose eingebettet. Das psychische/somatopsychische Leiden dieser Patientin daure bereits seit Jahren; es habe einen chronifizierten Charakter wie auch einen ihres Erachtens klar gegebenen Krankheitswert. Eine verwertbare Arbeitsfähigkeit sei aufgrund dieser Feststellungen/Befunde deshalb seit Jahren und bis auf weiteres nicht gegeben (IV-Nr. 156).

8.10 Am 12. Mai 2016 hat die RAD-Ärztin Dr. med. H.____ zum Gutachten wie folgt Stellung genommen: Das vorliegende polydisziplinäre Gutachten der N.____ vom 8. Januar 2016 sei für die streitigen Belange umfassend und ausführlich. Die Gutachter gingen auf die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin ein. Die fachspezifischen Befunderhebungen seien ausführlich. Die diagnostische Beurteilung erfolge aufgrund der eigenen Untersuchungsbefunde und in Kenntnis der Vorakten. Die Beurteilung der medizinischen Situation sei einleuchtend. Die Schlussfolgerungen bezüglich Arbeitsfähigkeit seien nachvollziehbar. Die Gutachter stellten keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Sie beurteilten die geltend gemachten Beschwerden als Ausdruck einer Neurasthenie, einer funktionellen Gangstörung, Reizdarm- und Reizmagenbeschwerden sowie rezidivierenden Präsynkopen und Synkopen bei Verdacht auf orthostatische Dysregulation und vasovagale Dysfunktion. Einen Zusammenhang der andauernden Beschwerden mit den beiden Autounfällen in den Jahren 2002 und 2014 bestehe nicht. In den gutachterlichen Untersuchungen fänden sich verschiedentlich Hinweise auf Aggravation. Der psychiatrische Gutachter habe zusätzlich eine Beschwerdevalidierung durchgeführt und sei zum Schluss gekommen, dass die Antwortverzerrung über eine Aggravation hinausgehe, was für eine Simulation spreche. Aufgrund dieser Beobachtung, aber auch des geringen funktionellen Schweregrads liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor. Die RAD-Ärztin hat das Gutachten als nachvollziehbar und schlüssig bezeichnet. Ihrer Ansicht nach liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor, der eine Arbeitsunfähigkeit begründen würde. Die Frage, ob die Stellungnahmen des Hausarztes Dr. med. B.____ und der Psychiaterin Dr. med. I.____ sowie des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin Einfluss auf die Beurteilung hätten, hat Dr. med. H.____ wie folgt beantwortet: Die behandelnden Ärzte beurteilten den Krankheitswert der geltend gemachten Beschwerden anders als die versicherungsmedizinischen Gutachter. Neue medizinische Fakten würden aber keine beigebracht, so dass schliesslich eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts vorliege. Der Rechtsvertreter bemängle das Gutachten aus formalen und inhaltlichen Gründen. Zu den inhaltlichen Gründen könne sie, die RAD-Ärztin, wie folgt Stellung nehmen: Die Gutachter seien, entgegen der Auffassung des Rechtsvertreters, sehr wohl auf die Beschwerden der Beschwerdeführerin eingegangen. Aufgrund ihrer anamnestischen Exploration und der fachärztlichen Untersuchungen hätten sie jedoch keine Diagnosen stellen können, die die Arbeitsfähigkeit einschränkten. () Der durch den Rechtsvertreter eingereichte Austrittsbericht der Notfallstation des U.____ vom 4. Februar 2016 bestätige die gutachterliche Beurteilung, dass die Beschwerdeführerin aggraviere: «Ein CVI konnte ausgeschlossen werden. Im Verlauf klarte die Patientin auf. Gemäss neurologischem Konsiliar ist auch eine Epilepsie sehr unwahrscheinlich, weil die Patientin immer die Augen zugekniffen hat und Schutzbewegungen gemacht hatte (Arm gehoben und beim loslassen hat die Patientin den Fall abgebremst). In Zusammenschau der

Befunde gehen wir am ehesten von einer psychogenen Synkope mit protrahiertem Bewusstseinsverlust aus. Sie wurde vom Dienst-Psychiater beurteilt und bei adäquater Patientin und fehlender Gefährdung, konnte sie gleichtags nach Hause entlassen werden.» (IV-Nr. 161, S. 2 f.).

8.11 Vom 6. ■ 25. Juni 2016 hat sich die Beschwerdeführerin in der D.____ in [...] befunden. Dr. med. AF.____ hat im Austrittsbericht vom 29. Juni 2016 folgende Diagnosen gestellt (IV-Nr. 168, S. 3):

- chronische Schmerzstörung
- aktuell Schmerzexacerbation im Lumbalbereich mit Ausstrahlung in die Beine
- St. n. Autounfall 2014, 2002 mit BWS- und HWS-Kontusion
- Kiefer-, Kopfschmerzen und Schwindel seit 2002
- rezidivierende Vigilanzminderung unklarer Ätiologie
- Schwäche-Episode am 9.5.16, neurologisch keine Ausfälle
- CCT/CTA 16.2.2015: keine ICB offene Gefässe (Unispital Basel)
- MRI Schädel 17.2.2015: keine Ischämie, keine Raumforderung
- EEG 17.2.2015 Normalbefund, keine epileptogene Potenziale
- chronische Obstipation
- anamnestisch Frischblut ab Ano bei Fissur bei chronischer Obstipation
- St. N. Sigmoidoskopie, Colonoskopie und OGD 2014 unauffällig
- Depression

Die Patientin sei, so Dr. med. AF.____, zur psychosomatischen Rehabilitation zugewiesen worden. Sie leide seit dem Autounfall im Jahr 2014 unter ständigen Rückenschmerzen in Form von Blockaden und messerstichartiger Beinschwäche beidseits, was bereits zu Stürzen geführt habe. Sie könne nur mit Hilfsmitteln und am Rollator gehen. Des Weiteren habe die Patientin über Kopfschmerzen und starken Schwindel, vor allem über einen Drehschwindel im Liegen berichtet. Ausserdem sei es zur Gewichtszunahme, chronischer Obstipation, Gefühl von Wasser in den Beinen und zu einer allgemeinen Kraftlosigkeit und ständigen Übelkeit gekommen. Sie, die D.____, hätten die Patientin in ein multimodales Therapieprogramm eingebunden. Bis zum Austritt habe die Mobilität verbessert werden können. Bei Austritt habe die Gehstrecke am Rollator zirka 35 m mit zwei Sitzpausen betragen. Die Patientin habe jedoch weiterhin über eine verminderte Belastbarkeit und Ausdauer sowie über Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in die Beine und Schwindel geklagt. Die Beschwerden seien in den Vorhospitalisationen abgeklärt worden, weshalb sie, die D.____, keine erneute Diagnostik veranlasst habe. Psychologisch sei die Patientin durch den Psychologen der D.____ betreut worden. Leider sei es initial immer wieder zu diversen Missverständnissen gekommen, weswegen die Therapeutin im Verlauf gewechselt worden sei. Am 25. Juni 2016 habe die Patientin in teilweise verbessertem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (IV-Nr. 168, S. 3 f.).

8.12 Der Stellungnahme des Bundesamts für Sozialversicherungen (BSV) vom 27. Juli 2016 bezüglich Qualität der Begutachtungsstelle N.____, welche der Vertreter der Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 5. Juli 2016 in Frage gestellt hat, lässt sich Folgendes

entnehmen (IV-Nr. 171): Was generell die Qualität der Begutachtungsstelle N.____ und insbesondere die fachliche Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter anbelange, sei festzustellen, dass die Gutachterinnen und Gutachter der N.____ über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügten, auch wenn diese nicht alle in der Schweiz tätig seien. Die allgemein gehaltene und nicht dokumentierte Kritik des Vertreters der Beschwerdeführerin stelle für sie, das BSV, keine Veranlassung dar, an den Qualifikationen der Gutachterinnen und Gutachter der N.____ grundsätzlich zu zweifeln. Im konkreten Einzelfall stünden der Beschwerdeführerin die entsprechenden Rechtsmittel zur Verfügung, um den von der IV-Stelle gefällten Entscheid durch ein unabhängiges Gericht überprüfen zu lassen. Im Vorfeld der Begutachtung habe sie zudem Gelegenheit gehabt, allfällig konkrete Gründe geltend zu machen, die gegen eine Begutachtung durch die vorgesehenen Gutachter gesprochen hätten. Was den konkreten Fall angehe, werde darauf hingewiesen, dass es wohl in der Sache an sich liege, dass der behandelnde Arzt eine andere Sicht einnehme und oftmals eine andere Beurteilung der Auswirkungen eines Gesundheitsschadens auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit einer Person vornehme als der versicherungsmedizinisch tätige Gutachter. Beispielhaft sei diesbezüglich auf das Urteil des Bundesgerichts vom 3. September 2014 und das vorgängig gefällte Urteil des Versicherungsgerichts Solothurn vom 17. März 2014 in gleicher Angelegenheit zu verweisen. In beiden Verfahren hätten die Einschätzungen und Ausführungen der behandelnden Psychiaterin die Richter nicht überzeugen können. Der Entscheid der IV-Stelle ■ basierend auf einem polydisziplinären Gutachten sei von beiden Instanzen geschützt worden (IV-Nr. 171).

8.13 Am 18. August 2016 hat die RAD-Ärztin Dr. med. H.____ zum Austrittsbericht der D.____ vom 29. Juni 2016 wie folgt Stellung genommen: Die Beschwerdeführerin sei vom 6. bis 25. Juni 2016 erneut in der D.____ hospitalisiert gewesen, nachdem sie zur psychosomatischen Rehabilitation zugewiesen worden sei. Da die geklagten Beschwerden gegenüber der Vorhospitalisation im Februar 2015 unverändert gewesen seien, sei auf eine erneute Diagnostik verzichtet worden. Sie sei in ein multimodales Therapieprogramm eingebunden worden. Bis zum Austritt habe nur eine leichte Verbesserung des Allgemeinzustands bewirkt werden können. Die Beschwerdeführerin sei aber weiterhin in ihrer Mobilität stark eingeschränkt gewesen und habe mit zwei Sitzpausen nur zirka 35 m am Rollator zurücklegen können. In den Aktivitäten des täglichen Lebens sei sie weitgehend selbständig gewesen. Aus versicherungsmedizinischer Sicht habe sich ■ so hat die RAD-Ärztin festgestellt ■ der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung vom Januar 2016 nicht verändert. Weder seien zwischenzeitlich neue Diagnosen gestellt worden noch hätten sich die bekannten Leiden relevant verschlechtert. Dass ein erheblicher, subjektiver Leidensdruck bestehe und sich die Beschwerdeführerin deshalb auch immer wieder in ärztliche Behandlung begeben, stehe ausser Diskussion. In der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit müssten die medizinischen Gutachter aber auf die objektivierbaren Befunde abstützen, die in diesem Fall als nicht invalidisierend zu werten seien (IV-Nr. 172).

8.14 Nach Erlass der angefochtenen Verfügung bzw. am 30. Dezember 2016 haben lic. phil. X.____ Dr. med. W.____ auftragsgemäss Bericht über die neuropsychologische Begutachtung der Beschwerdeführerin erstattet (BB-Nr. 3). Als Diagnose haben sie «Vor dem Hintergrund einer schwankenden Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft sowie einer Symptomverdeutlichungstendenz von leicht bis mittelgradig reichende Minderleistungen in attentionalen, mnesticen und exekutiven Teilbereichen» angeführt. Ihrer Beurteilung lässt

sich im Wesentlichen Folgendes entnehmen: Die Beschwerdeführerin erbringe vor dem Hintergrund einer schwankenden Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft sowie Hinweisen auf eine Symptomverdeutlichungstendenz von leicht bis mittelgradig reichenden Minderleistungen in attentionalen, mnestischen und exekutiven Teilbereichen. Durchschnittliche Leistungen zeige sie in jeweils einem attentionalen und exekutiven Teilbereich (Alertness, figurale Fluenz). Des Weiteren fänden sich keine Hinweise auf visuell-räumliche/visuo-konstruktive und sprachliche Defizite. Sie sei während der Untersuchung durch ihre Beschwerden enorm irritiert und abgelenkt gewesen, habe deutlich selbstlimitierendes Verhalten gezeigt, sei auf ihre Einschränkungen fokussiert gewesen und während der ganzen Untersuchung (Gesprächssituation und psychometrische Untersuchung) immer wieder auf die belastenden, sie sehr kränkenden Erfahrungen mit Kliniken, Institutionen und Ärzten zu sprechen gekommen. Das Unvermögen, sich durchgehend adäquat auf die verschiedenen Anforderungen einzulassen, habe sich auch in zwei nonverbalen Symptomvalidierungsverfahren gezeigt, bei denen deutlich auffällige Werte erzielt worden seien. Auch fänden sich in der Untersuchung nicht nachvollziehbare Diskrepanzen zwischen einem beispielsweise durchwegs verlangsamten Arbeitstempo in der psychometrischen Untersuchung und einem schnellen, teilweise überhastet wirkenden Gesprächsverhalten. Aufgrund des Unvermögens, sich von ihrer Beschwerdesituation abzuwenden und sich durchgehend auf eine neuropsychologische Untersuchung zu fokussieren, was sich auch in zwei auffälligen Symptomvalidierungsverfahren widerspiegle, besitze das im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung ermittelte kognitive Testprofil zu wenig Aussagekraft. Die Validität der erhobenen neuropsychologischen Befunde müsse folglich in Frage gestellt werden. Ob authentische kognitive Störungen vorlägen resp. deren Schweregrad könne unter diesen Umständen nicht beurteilt werden. Auch ob eine Intelligenzminderung bestehe, könne nicht beurteilt werden. Im Rahmen des Gutachtens der N.____ werde aufgrund der auffälligen Symptomvalidierung folgender Schluss gezogen: Es () «fanden sich deutliche Hinweise auf das Vorliegen einer Simulation. Eine Aggravation allein ist als Erklärung der genannten Phänomene nicht ausreichend». Ihrer ■ lic. phil. X.____ ■ Meinung nach, könne aus neuropsychologischer Sicht aufgrund eines auffälligen Symptomvalidierungsverfahrens zwar auf eine Aggravation, nicht aber auf eine Simulierung geschlossen werden. Aufgrund der nur partiell validen Befunde könnten allfällige Einschränkungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit nicht beurteilt werden (BB-Nr. 3).

8.15 Ebenfalls nach Erlass der angefochtenen Verfügung bzw. am 5. Januar 2017 hat Dr. med. W.____ im Auftrag der Helsana Rechtsschutz AG ein psychiatrisches Gutachten erstattet (BB-Nr. 2). In ihren Antworten auf die gestellten Fragen hat sie bezüglich Anamnese und psychiatrischen Befunde auf ihre vorangehenden Ausführungen verwiesen. Als Diagnosen hat sie eine Persönlichkeitsstörung mit vorwiegend kindlich abhängigen, vermeidenden und regressiven Zügen (F 60.6 und 60.7 nach ICD-10) und eine Somatisierungsstörung (F 45.0 nach ICD-10) angeführt. Zum Handlungsbedarf aus psychiatrischer Sicht hat sie festgehalten, dass die Beschwerdeführerin seit vielen Jahren in stationärer und ambulanter psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. I.____, der psychiatrischen Klinik im K.____ und der D.____ stehe. Eine relevante Besserung habe dadurch nicht erreicht, sondern es hätten lediglich die intermittierenden Verschlechterungen aufgefangen werden können. Zur Grundlage der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit hat Dr. med. W.____ auf den Abschnitt zur Leistungsfähigkeit (Gutachten S. 55 ■ 59) hingewiesen. Wegen der beschriebenen Hinweise auf Übertreibung mit unbewussten, aber auch

bewussten Anteilen sei eine genaue Einschätzung nicht möglich. Die partiell bewussten Anteile des Verhaltens sprächen für eine partiell erhaltene Leistungsfähigkeit. Ob sie eher in der Grössenordnung von 50 % oder darunter liege, sei leider nicht beurteilbar. Allerdings wären dabei die Einschränkungen der Fähigkeiten, vor allem aufgrund der Persönlichkeitsstörung, zu berücksichtigen. Dass die Beschwerdeführerin mit den Einschränkungen der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Kontaktpflege zu Dritten und der Gruppenfähigkeit, der Planung und Strukturierung von Aufgaben und der Flexibilität und Umstellfähigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt einsetzbar wäre, sei aus psychiatrischer Sicht eher unwahrscheinlich. Hinweise auf Persönlichkeitsauffälligkeiten fänden sich bereits im Untersuchungsbericht von Dr. med. AG.____ im Jahr 2004. Die Beurteilungen der Leistungsfähigkeit in den Gutachten des G.____ sowie der N.____ würden sich auf den psychopathologischen Befund nach AMDP beziehen. Die Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) weise aber selbst darauf hin, dass für die verlässliche Diagnosestellung von Angststörungen, somatoformen Störungen, Persönlichkeitsstörungen etc. die Erhebung mit Hilfe des AMDP-Systems nicht ausreiche (Freyberger und Möller 2004); das heisst, weder die Diagnose der chronischen Schmerzstörung noch der Persönlichkeitsstörung seien ausreichend untersucht und auch in der Beurteilung der Leistungsfähigkeit berücksichtigt worden. Hinzu komme, dass im Gutachten der N.____ die auffälligen Ergebnisse des HAMD und des TOMM als Beleg für Simulation verstanden worden seien. Testpsychologisch sei dies nicht zulässig. Darauf habe auch lic. phil. X.____ in ihrem neuropsychologischen Gutachten hingewiesen. Auffällige Werte in Symptomvalidierungsverfahren liessen lediglich den Schluss zu, dass die Ergebnisse der eingesetzten Tests nicht als zuverlässige Ergebnisse herangezogen werden könnten. Sie erlaubten keine Aussage über die Bewusstseinsnähe oder -ferne des Antwortverhaltens. Darauf wiesen Methodikpublikationen der Psychologie regelmässig hin. Die entsprechenden Hinweise fänden sich auch in der Literatur zur Begutachtung (s. z.B. Dohrenbusch und Schneider 2011, Schneider et al. 2016). Die sehr aufwändige Aktenanalyse und sehr ausführliche Exploration und Mitschrift der Exploration in diesem Gutachten dienten vor allem dazu, die Diagnosen der Somatisierungs- und Persönlichkeitsstörung zu prüfen und zu belegen. Die Schwierigkeit bestehe bei beiden Diagnosen darin, dass die Krankheitseinsicht bei den Betroffenen häufig nicht gegeben sei und zudem Verhaltensweisen, die zu sozialen Konsequenzen führten, hoch schambesetzt seien und deshalb verleugnet würden. Anschliessend hat Dr. med. W.____ die Zusatzfragen gemäss der neuesten Praxis des Bundesgerichts im Fall eines syndromalen Beschwerdebilds beantwortet (BB-Nr. 2).

E. 9

9.1 Die Beschwerdegegnerin hat sich bei ihrer Beurteilung in erster Linie auf das Gutachten der Gutachterstelle N.____ gestützt (IV-Nr. 146.2). Es ist daher zunächst zu prüfen, ob das Gutachten als beweiswertig gelten kann. Die Beschwerdeführerin bestreitet, dass auf dieses Gutachten abgestellt werden könne (A.S. 11).

E. 9.2

9.2.1 Die Beschwerdeführerin macht geltend, der psychiatrische Gutachter habe seine Diagnose, es liege eine Simulation vor, viel zu wenig begründet. Bei einer solchen Diagnose dürfe eine weit umfangreichere Begründung erwartet werden (A.S. 10).

9.2.2 Im psychiatrischen Gutachten zum polydisziplinären Gutachten der N.____, worin vorab die wichtigsten Vorakten angeführt werden, hat Dr. med. R.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zuerst die Ausgangssituation beschrieben, dann eine Anamnese vorgenommen und den psychiatrischen Befund erhoben, um schliesslich zu den Diagnosen und zur Beurteilung zu gelangen (IV-Nr. 146.2, S. 1 ff.). In seiner Beurteilung hat der psychiatrische Gutachter einleitend eine Zusammenfassung der Anamnese und dann eine erklärende Abhandlung zum Thema Simulation gemacht; letztere käme heute gemäss neueren Untersuchungen häufiger vor. Seinen weiteren Ausführungen lässt sich im Wesentlichen Folgendes entnehmen (IV-Nr. 146.2, S. 8 f.): Während es sich bei der Simulation und Aggravation um eine absichtlich, gesteuerte und somit bewusste Beschwerdeschilderung oder Symptomdarbietung handle, bei der die zugrunde liegende Motivation reflektiert sei und einen sekundären Krankheitsgewinn beinhalte, sei die Beschwerdeschilderung oder Symptomdarbietung bei der somatoformen Störung unbeabsichtigt und nicht gesteuert (unbewusst) und habe eine unreflektierte beziehungsweise unbewusste Motivation und somit einen primären Krankheitsgewinn. Auf phänomenologischer Ebene lasse sich in der Regel eine Unterscheidung zwischen Simulation und somatoformen Störungen nicht oder kaum vornehmen. Somit erscheine die Beschwerdeinvalidierung als geeignetes Konzept, zwischen Simulation oder Aggravation auf der einen Seite und tatsächlich vorliegender Erkrankung auf der anderen Seite zu unterscheiden. Aus diesem Grund sei auch im vorliegenden Fall die Durchführung eines Beschwerdeinvalidierungstests erforderlich gewesen. Hierbei habe sich gezeigt, wie bereits ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin bereits im ersten Versuch einen Wert erreicht habe, der unterhalb der Ratenswahrscheinlichkeit liege. Da es sich um einen Test handle, der ohne sprachliche Komponenten auskomme, könne selbst eine Sprachbarriere als Erklärung für das signifikant schlechte Abschneiden der Beschwerdeführerin in diesem Test nicht herangezogen werden. Im Gegensatz zu ihren Angaben im BDI (Beck-Depressions-Inventar) habe die Beschwerdeführerin die Symbole dieses Tests gut erkennen können, was daran deutlich geworden sei, dass sie sie ■ teilweise von sich aus ■ benannt habe, und zwar durchgehend richtig. Als Quintessenz für die interdisziplinäre Beurteilung hat Dr. med. R.____ festgehalten, dass die Beschwerden, die die Beschwerdeführerin angegeben habe, durch das Krankheitsbild einer Depression, einer somatoformen Störung, einer Anpassungsstörung und einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht erklärt werden könnten; insbesondere spreche das extrem auffällige Abschneiden im hier durchgeführten Beschwerdeinvalidierungstest gegen eine relevante Erkrankung aus dem psychiatrischen Fachgebiet, so dass hier allenfalls von einer Neurasthenie gesprochen werden könnte. Die Diagnose einer Neurasthenie sei jedoch nicht dazu geeignet, eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Hinsicht zu erklären. Bei der Würdigung der Akten falle auf, dass bei der Beschwerdeführerin gerade in der Anfangszeit diverse Diagnosen genannt worden seien, die sich teilweise ausschlossen; dies gelte beispielsweise für eine Depression und eine Anpassungsstörung. Hinsichtlich der Anpassungsstörung sei anzumerken, dass die diesbezüglichen Beschwerden per definitionem nicht länger als zwei Jahre anhalten könnten. Es überrasche insoweit, dass eine Verbesserung der entsprechenden Symptomatik trotz therapeutischer Intervention nicht eingetreten sein solle; dies sei aus psychiatrischer Sicht insoweit nicht nachzuvollziehen (vgl. dazu insbesondere Bericht D.____ vom 28. Februar 2015, IV-Nr. 130, S. 3). Die Diagnose einer posttraumatischen Anpassungsreaktion sei nicht ICD-10-konform, sondern vielmehr deskriptiv, wobei von einem Trauma im engeren Sinne nicht gesprochen werden

könne. Aus diesem Grund könne auch die geäußerte Verdachtsdiagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung aus sachverständiger Sicht nicht nachvollzogen werden, weil es insoweit bereits an einem A-Kriterium fehle. Der Einschätzung des behandelnden Psychiaters werde insoweit entgegengetreten, als es bei der Beschwerdeführerin nicht zu einem Krankheitsbild gekommen sei, das einer Verbesserung entgegenstehe. Es sei vielmehr im Arztbericht aus dem Jahre 2014 des K. ___ von einer Teilremission die Rede. Sämtliche Behandler hätten, was ihnen selbstverständlich als Behandler nicht vorzuwerfen sei, die Möglichkeit einer Aggravation beziehungsweise Simulation nicht in Betracht gezogen; dies sei nun hier nachgeholt worden und habe zu den beschriebenen Auffälligkeiten geführt. Den Behandlern der Beschwerdeführerin werde daher insoweit entgegengetreten, als sie die Beschwerden der Beschwerdeführerin offenbar unkritisch übernommen hätten, und eine Validierung der Beschwerden nicht stattgefunden habe. Schliesslich hat der psychiatrische Gutachter dargelegt, dass die Arbeitsfähigkeit im retrospektiven Verlauf weder in der bisherigen noch in einer leidensadaptierten Tätigkeit eingeschränkt gewesen sei. Seiner Meinung nach sei die Prognose davon abhängig, ob die Beschwerdeführerin ihre Einstellung zum Arbeitsprozess verändern könne; möglicherweise gelinge ihr dies mit therapeutischer Hilfe. Die Prognose sei aus rein psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt (IV-Nr. 146.2, S. 8 f.).

9.2.3 Die Ausführungen von Dr. med. R. ___ basieren auf den vollständigen Vorakten (vgl. IV-Nr. 146.1, S. 3 ff.) und den persönlichen Untersuchungen, die am 3. Dezember 2015 stattgefunden haben; dabei haben die Beteiligten insbesondere festgestellt, dass die Beschwerdeführerin der deutschen Sprache ausreichend mächtig gewesen ist (vgl. Vorbemerkung betreffend professioneller Übersetzerin; IV-Nr. 146.2, S. 1). Auf dieser Basis ist Dr. med. R. ___ zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, die er widerspruchsfrei und in nachvollziehbarer Weise hergeleitet und begründet hat. Der Gutachter hat zu den Angaben der Beschwerdeführerin Stellung genommen und sich damit auseinandergesetzt. Das psychiatrische Teilgutachten wird damit den allgemeinen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (vgl. E. II 4.2 hiervor) gerecht. Dr. med. R. ___ hat namentlich schlüssig dargelegt, warum er ■ entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (A. S. 11) ■ keine krankheitswertige, psychiatrische Diagnose stellen kann; liegt keine solche vor, erübrigen sich denn auch ■ wiederum entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (A.S. 11) ■ Ausführungen darüber, warum die Diagnose nicht stimmen sollte. Auch entgegenzutreten ist dem Vorwurf der Beschwerdeführerin, die Diagnose (recte: Beurteilung), es liege eine Simulation vor, sei unzureichend begründet. So hat der Gutachter ausführlich dargestellt, weshalb er zu diesem Schluss gelangt ist. Namentlich hat er dazu festgehalten, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen der zusätzlich durchgeführten Untersuchungen (TOMM) bereits im ersten Versuch mehr Fehler gemacht habe, als es der Zufallsbereich wahrscheinlich machen würde. Somit fänden sich deutliche Hinweise auf das Vorliegen einer Simulation. Eine Aggravation allein sei als Erklärung für die genannten Phänomene nicht ausreichend (IV-Nr. 146.2, S. 7). In diese Richtung lassen sich ferner die anlässlich der Untersuchung vom 4. Februar 2016 im U. ___ gemachten Schutzbewegungen deuten, wonach die Ärzte den Arm der Patientin gehoben hätten und diese beim Loslassen den Fall abgebremst habe (IV-Nr. 158, S. 6); dies hat die RAD-Ärztin Dr. med. H. ___ (als Fachärztin Neurologie) als Bestätigung der Gutachter bezeichnet, dass die Beschwerdeführerin aggraviere (IV-Nr. 161, S. 3). Sie hat im Übrigen das Gutachten der Gutachterstelle N. ___ als umfassend, ausführlich, nachvollziehbar und schlüssig bezeichnet. Namentlich hat sie festgestellt, dass die

Beurteilung, es sei von einer Aggravation oder gar Simulation auszugehen, auch dem Gesamteindruck der somatischen Gutachter entspreche (IV-Nr. 161, S. 2). In der Tat finden sich dazu in den Teilgutachten mehrere Hinweise. So hat der orthopädische Gutachter zusammenfassend festgehalten, dass sich der Beschwerdevortrag der Beschwerdeführerin nicht mit korrelierenden, orthopädisch-pathologischen Organbefunden in Einklang bringen lasse; Unstimmigkeiten lassen sich insbesondere dem orthopädischen Lokalbefund entnehmen (IV-Nr. 146.3, S. 4 und 7). Auch für den neurologischen Gutachter können die Gangstörung und die sensiblen Störungen nicht mit organischen Ausfällen erklärt werden. Es müsse eine funktionelle Genese angenommen werden (IV-Nr. 146.4, S. 7). Weitere Hinweise in diese Richtung bzw. bezüglich Dramatisierung von Beschwerden sowie aggravatorischen und widersprüchlichen Tendenzen finden sich bereits in den Ausführungen von Dr. med. Y.____ sowie von Dr. med. AA.____ vom 22. März 2011 (vgl. E. II 7.1 hiervor). Wenn die Beschwerdeführerin vorgetragen hat, den Psychiatern stünden auch die Möglichkeit von Fremd-anamnesen sowie Untersuchungen des Blutspiegels zur Überprüfung der Compliance beim Medikamentenkonsum zur Verfügung (A.S. 10 f.), ist Folgendes festzustellen: Dr. med. R.____ hat eine Fremdanamnese als nicht notwendig erachtet (IV-Nr. 146.2, S. 5). Generell liegt denn auch das Einholen fremdanamnestischer Auskünfte im Ermessen des Gutachters (Urteil des Bundesgerichts 9C_65/2012 vom 28. Februar 2012 E. 4.3 mit weiteren Hinweisen). Dr. med. R.____ ist folglich nicht verpflichtet gewesen, mit den behandelnden Ärzten Rücksprache zu nehmen, wenn er dies nicht für notwendig gehalten hat, zumal entsprechende Arztberichte vorlagen. Was die Medikamenteneinnahme anbelangt, hat die Beschwerdeführerin angegeben, Cymbalta einzunehmen (IV-Nr. 146.2, S. 4; BB-Nr. 2, S. 27). Zwar haben die Gutachter der Gutachterstelle N.____ offensichtlich keine diesbezüglichen Laboruntersuchungen unternommen, was denn auch mit Blick auf das Ergebnis ihrer Beurteilung unterbleiben kann. Wohl geht aus dem Gutachten von Dr. med. W.____ hervor, aufgrund der Laboruntersuchungen gäbe es Hinweise, dass die Beschwerdeführerin das Antidepressivum Cymbalta einnehme. Allerdings hat sich die Untersuchung auf die Blutspiegelbestimmung des Duloxetine (Medikament zur Behandlung der generalisierten Angststörung wie der weiblichen Belastungsinkontinenz) beschränkt (BB-Nr. 2, S. 39). Damit hat es sein Bewenden, zumal die Beschwerdeführerin dazu nichts Konkretes vorgebracht hat und die allfällige Medikamenteneinnahme an den gut begründeten Schlussfolgerungen des Gutachters nichts geändert hätte.

9.2.4 Im Weiteren wird in der Beschwerde angeführt, der psychiatrische Gutachter habe sich nicht oder zu wenig mit den unisono abweichenden Stellungnahmen der behandelnden Ärzte auseinandergesetzt. In der Tat weichen die Beurteilungen von Dr. med. I.____ und Dr. med. B.____ markant von jener der N.____-Gutachter ab. Der Hausarzt wie auch die behandelnde Psychiaterin haben der Beschwerdeführerin seit Jahren eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % und mehr attestiert (IV-Nr. 108, S. 11, 15; 119 ff.), und damit schon vor der Rentenaufhebung im Jahr 2012. Allerdings hat sich der psychiatrische Gutachter mit den abweichenden Beurteilungen im Rahmen der Aktenwürdigung befasst; es kann auf die Ausführungen in Erwägung 9.2.2 hiervor verwiesen werden. Zu erinnern ist in diesem Zusammenhang daran, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und die Rechtsprechung der begutachtenden Person deshalb praktisch einen gewissen Spielraum gewährt, innerhalb dessen verschiedene medizinische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern dabei lege artis vorgegangen worden ist. Behandelnde und begutachtende Psychiater können, mit der

gleichen Person als Patientin oder Explorandin in verschiedenen Zeitpunkten und Situationen konfrontiert, zu ganz unterschiedlichen Beurteilungen der psychischen Beeinträchtigungen und ■ invalidenversicherungsrechtlich entscheidend ■ deren Schweregrades mitsamt den sich daraus ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gelangen. Diese in der Natur der Sache begründete, weitgehend fehlende Validierbarkeit («Reliabilität») psychiatrischer Diagnosen, namentlich im depressiven Formenkreis sowie bei den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen gemäss ICD-10, kann nicht automatisch zu Beweisweiterungen bei sich widersprechenden psychiatrischen Berichten und Expertisen führen (Urteil des Bundesgerichts 9C_661/2009 vom 29. September 2009 E. 3.2). Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; Urteil des Bundesgerichts I 701/05 vom 5. Januar 2007 E. 2 in fine, mit Hinweisen) kann eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise nicht stets in Frage gestellt und zum Anlass weiterer Abklärungen genommen werden, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn diese objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts 8C_558/2010 vom 27. Dezember 2010 E. 2.2.2, 8C_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1 und Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 51/06 vom 19. September 2006 E. 3.1.2). Derartige Aspekte finden sich in den Berichten von Dr. med. I.____ nicht. Vielmehr hat sie bspw. die Aussage, die Beschwerdeführerin sei wieder depressiv geworden, am 27. Januar 2015 einzig mit dem Hinweis auf Begutachtungen, Auseinandersetzungen mit der Versicherung und neue Gutachten begründet (IV-Nr. 119, S. 2). Sie (wie auch die behandelnden Ärzte) bekunde, so lässt sich ihrer Stellungnahme vom 8. März 2016 entnehmen, grosse Mühe damit, wie die in den letzten 13 Jahren durch behandelnde Psychiater und psychiatrische Institutionen gestellte psychiatrische Diagnose (ohne diese allerdings näher zu substantiieren) aufgrund einer einmaligen Exploration verneint werden könne; davon abweichend ist jedoch festzuhalten, dass zumindest im Zeitpunkt der hier massgebenden Verfügung vom 20. September 2012 keine invalidisierende Gesundheitsschädigung mehr vorgelegen hat. Was die Berichte des Hausarztes Dr. med. B.____ anbelangt, ist festzuhalten, dass einerseits die Psychiatrie nicht zu seinen Fachgebieten gehört, ist er doch Facharzt für Innere Medizin FMH. Andererseits gilt es zu berücksichtigen, dass das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, wonach Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b cc, 122 V 160 E. 1c); dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso ■ wie im vorliegenden Fall bezüglich Dr. med. I.____ wie im Übrigen auch die Ärzte der D.____ ■ für die behandelnden Spezialärzte und erst recht für die schmerztherapeutisch tätigen Ärzte mit ihrem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidg. Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m. Hinw.).

9.2.5 Folglich vermögen die Berichte von Dres. med. I.____ und B.____ die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Ergebnisse des psychiatrischen Administrativgutachtens nicht in Frage zu stellen. Weitere medizinische Abklärungen sind nicht erforderlich, da eine taugliche Beurteilungsgrundlage vorliegt.

9.3 Zu beantworten bleibt die Frage, wie es sich mit der durch die V.____ Rechtsschutz AG veranlasste und durch die Beschwerdeführerin eingereichte, im Sinne der Erwägung II 1.2 hiervor zu prüfenden Beurteilung von Dr. med. W.____ vom 5. Januar 2017 (BB-Nr. 2) verhält.

9.3.1 Die Beschwerdeführerin lässt dazu am 2. Februar 2017 im Wesentlichen geltend machen, dass Dr. med. W.____, in Abweichung zu den Gutachtern der N.____, zum Schluss gekommen sei, bei der Beschwerdeführerin liege eine Somatisierungs- und eine Persönlichkeitsstörung vor und die Leistungsfähigkeit betrage zirka 50 %. Diese Schlussfolgerungen würden im Gutachten ausführlich begründet (A.S. 34 ff.). Die Beschwerdegegnerin äussert sich dazu am 13. März 2017 in dem Sinne, dass sie am Antrag auf Abweisung der Beschwerde vollumfänglich festhalte (A.S. 38).

9.3.2 Dr. med. W.____ ist als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH zweifellos qualifiziert, die sich vorliegend stellenden Fragen zu beantworten. Ihr Gutachten ist sehr ausführlich gehalten (insgesamt 62 Seiten). Es beruht neben den Vorakten auf Explorationsgesprächen, inklusive Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumenten, sowie fremdanamnestischen Angaben der Tochter der Beschwerdeführerin, des Hausarztes und der behandelnden Psychiaterin; dazu kommt ■ als Bestandteil des Gutachtens ■ ein neuropsychologisches Teilgutachten. Die Gutachterin hat sich somit grundsätzlich auf eine umfassende Grundlage abstützen können. Unabhängig davon lässt sich nicht übersehen, dass die Gutachterin ihre Beurteilung im Wesentlichen aus den Angaben der Beschwerdeführerin (wie z.B. die Fülle von Klagen ; Seite 49) und ihrer Tochter sowie den Einschätzungen der behandelnden Ärzte und über weite Strecken aus dem Verlauf seit August 2002 ableitet. Auch bei der Umschreibung der Diagnosen stehen als Grundlage die Aussagen der Beschwerdeführerin im Vordergrund und beziehen sich teilweise auf Zeiträume (z.B. S. 51), die längst rechtskräftig beurteilt worden sind (vgl. IV-Nr. 108). Schliesslich bleibt die Gutachterin bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sehr vage; ob diese eher in der Grössenordnung von 50 % oder darunter liege, sei leider nicht beurteilbar (vgl. S. 60). Vor diesem Hintergrund bildet das das Privatgutachten keine taugliche Grundlage, um den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu beurteilen. Dieses Gutachten wird den Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Grundlage nicht gerecht, weil es an der Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse und der Begründung der gezogenen Schlussfolgerungen sowie an einer inhaltlichen Auseinandersetzung mit dem Vorgutachten mangelt; dies schliesst allerdings nicht aus, dass das Gutachten geeignet sein könnte, die Beweiskraft des Administrativgutachtens der Gutachterstelle N.____ zu erschüttern, indem aufgezeigt würde, dass dieses relevante inhaltliche Mängel aufweist (vgl. E. 4.5 hiervor).

Zu allfälligen Abweichungen der Beurteilung der Privatgutachterin mit den bisherigen Beurteilungen hat Dr. med. W.____ angeführt, dass sich Hinweise bereits im Untersuchungsbericht von Dr. med. AG.____ aus dem Jahr 2004 fänden. Die Beurteilungen der Leistungsfähigkeit in den Gutachten des G.____ wie der N.____ würden sich auf den psychopathologischen Befund nach AMDP beziehen. Die Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) weise aber selbst darauf hin, dass für die verlässliche Diagnosestellung von Angststörungen, somatoformen Störungen, Persönlichkeitsstörungen etc. die Erhebung mit Hilfe des AMDP-Systems nicht ausreiche (Freyberger und Möller 2004). Das heisse, weder die Diagnose der chronischen Schmerzstörung noch der Persönlichkeitsstörung seien ausreichend untersucht und

entsprechend auch in der Beurteilung der Leistungsfähigkeit nicht berücksichtigt worden. Hinzu komme, dass im Gutachten des SMAB die auffälligen Ergebnisse des HAMD und des TOMM als Beleg für Simulation verstanden worden seien, was testpsychologisch dies nicht zulässig sei und worauf auch lic. phil. X. ___ in ihrem neuropsychologischen Gutachten hingewiesen habe. Auffällige Werte in Symptomvalidierungsverfahren liessen lediglich den Schluss zu, dass die Ergebnisse der eingesetzten Tests nicht als zuverlässige Ergebnisse herangezogen werden könnten. Sie erlaubten keine Aussage über die Bewusstseinsnähe oder -ferne des Antwortverhaltens; darauf wiesen Methodikpublikationen der Psychologie regelmässig hin (BB-Nr. 2, S. 60). Diesen Aussagen ist die nachvollziehbare Erklärung der RAD-Ärztin Dr. med. H. ___ vom 12. Mai 2016 entgegenzuhalten, wonach die Gutachter ihre Beurteilung der Aggravation oder gar Simulation nicht alleine auf die beiden erwähnten Testuntersuchungen (TOMM und BDI) gestützt hätten (IV-Nr. 161, S. 2); dazu lässt sich dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. R. ___ insbesondere Folgendes entnehmen: Die Beschwerdeführerin habe (bezüglich TOMM [Test of Memory Malinger]) bereits im ersten Versuch mehr Fehler gemacht, als es der Zufallsbereich wahrscheinlich machen würde. Somit hätten sich deutliche Hinweise auf das Vorliegen einer Simulation gefunden. Eine Aggravation allein sei als Erklärung für die genannten Phänomene nicht ausreichend. Zum Beck-Depressionsinventar (BDI) hat der Gutachter ausgeführt, dass sich die Beschwerdeführerin hier als schwer depressiv beschrieben habe, wobei aufgefallen sei, dass faktisch durchgehend das jeweils schwerwiegendste Item angekreuzt worden sei. Der Test sei insoweit leicht zu durchschauen. Zu den beiden Untersuchungsmethoden TOMM und BDI hat der Gutachter u.a. erklärt, dass der von Tombaugh (TOMM) im Jahr 1996 entwickelte Test einer der am weitesten verbreiteten und am besten untersuchten Beschwerdevalidierungstests sei, wozu mehrere Testdurchgänge durchgeführt würden. Das BDI stelle ein Instrument zur Beurteilung der Schwere der Depression bei psychiatrisch diagnostizierten Jugendlichen ab 13 Jahren und Erwachsenen dar (IV-Nr. 146.2, S. 7). Die Ergebnisse dieser Tests deckten sich ■ so die RAD-Ärztin weiter ausgeführt ■ aber mit dem Eindruck, den die somatischen Gutachter aufgrund der Beschwerdepräsentation der Beschwerdeführerin und den inkonsistenten Untersuchungsbefunden unabhängig von der psychiatrischen Beurteilung beschrieben hätten. Der psychiatrische Befund erscheine oberflächlich; dieser sei jedoch gemäss den AMDP-Richtlinien erhoben worden (IV-Nr. 161, S. 2), die nach wie vor Bestand zu haben scheinen. Dazu kommt, dass der psychiatrische Gutachter im Rahmen seiner Beurteilung ■ entgegen der Auffassung von Dr. med. W. ___ ■ nicht alleine auf die Testergebnisse abgestellt hat, sondern das Störungsbild einer allenfalls anzunehmenden Neurasthenie nach den anerkannten ICD-10-Kriterien geprüft hat (IV-Nr. 146.2, S. 9 f.). Im Übrigen scheint alleine die Privatgutachterin der Meinung zu sein, es könne nicht auf den Befund nach ADMP abgestellt werden. Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. I. ___ hat diese Methode bislang nicht in Frage gestellt; insofern sich ihre Kritik auch auf die Erkenntnisse des seinerzeitigen G. ___-Gutachtens bezieht, ist festzuhalten, dass das VSG SO diesem uneingeschränkten Beweiswert zugemessen hat (IV-Nr. 108, S. 21). Im Weiteren hat die Privatgutachterin zu Thema allfälliger Abweichungen darauf hingewiesen, dass die sehr aufwändige Aktenanalyse und die sehr ausführliche Exploration und Mitschrift der Exploration in diesem Gutachten vor allem dazu dienen, die Diagnosen der Somatisierungs- und der Persönlichkeitsstörung zu prüfen und zu belegen. Die Schwierigkeit bestehe bei beiden Diagnosen darin, dass die Krankheitseinsicht bei den Betreffenden häufig nicht gegeben sei und zudem Verhaltensweisen, die zu sozialen

Konsequenzen führten, hoch schambesetzt seien und deshalb verleugnet würden (BB-Nr. 2, S. 60). Zu diesen Aussagen kann auf den vorstehenden Absatz bzw. auf die Ausführungen über den Beweiswert des Privatgutachtens verwiesen werden. Zu ergänzen bleibt, dass sich die Problematik auch bei der neuropsychologischen Untersuchung von lic. phil. X.____ gezeigt habe (BB-Nr. 3, S. 6 f.).

9.3.3 Zusammenfassend bildet das Privatgutachten von Dr. med. W.____ vom 5. Januar 2017 keinen Anlass, an der Zuverlässigkeit der Beurteilung durch die N.____-Gutachter zu zweifeln. Für eine Verschlechterung des Gesundheitszustands zwischen dem Begutachtungszeitpunkt und dem Erlass der angefochtenen Verfügung bestehen keine Anhaltspunkte; dies lässt sich nämlich ■ wie bereits angeführt ■ unzweifelhaft der Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. H.____ zum nachgereichten Austrittsbericht der D.____ vom 29. Juni 2016 entnehmen (IV-Nr. 172). Dem Gutachten der N.____-Ärzte vom 8. Januar 2016, das nebst den Gutachtern auch zwei weitere Ärzte sowie der Geschäftsführer der N.____ unterzeichnet haben, ist daher für den gesamten hier zu beurteilenden Zeitraum voller Beweiswert zuzumessen. Weitere Abklärungen sind ■ entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin ■ nicht erforderlich. Ihr ist aus medizinisch-theoretischer Sicht zuzumuten, seit der letzten Begutachtung vom 22. März 2011 grundsätzlich die bisherige Tätigkeit oder eine Verweistätigkeit uneingeschränkt ganztags auszuüben (vgl. IV-Nr. 146.1, S. 26, 32) und dabei ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Schliesslich haben die Gutachter bei der Prognose im polydisziplinären Konsens klar zum Ausdruck gebracht, dass eine Behandlung der Beschwerdeführerin nicht erforderlich sei. Sie stehe dem Arbeitsprozess ab sofort uneingeschränkt zur Verfügung. Eine Prognose sei aus polydisziplinärer Sicht nicht eingeschränkt. Es sei vielmehr davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin, die ihren eigenen Angaben zufolge ihrer Arbeit immer sehr viel Positives habe abgewinnen können, eine Steigerung des Selbstwertgefühls durch die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit erleben werde; letzteres scheint die Beschwerdeführerin seit der letzten richterlichen Beurteilung im Jahr 2014 unversucht gelassen zu haben und nachvollziehbar Ursache dafür zu sein, dass sie ■ so lässt sich den Ausführungen ihres Hausarztes entnehmen (vgl. E. II 8.8 hiervor) ■ bereits seit 2002 unter einer massiven Dekonditionierung leidet.

10. Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Entscheid den Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen verneint, ohne dies zu begründen (IV-Nr. 173). Die Beschwerdeführerin hat dazu in ihrer Beschwerde nichts vorgetragen lassen. Nachdem sie jedoch aufgrund des medizinischen Beweisergebnisses in ihrer bisherigen Tätigkeit wie auch in einer Verweistätigkeit zumindest seit März 2011 zu 100 % arbeitsfähig ist (IV-Nr.146.1, S. 26, 32), besteht kein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen. Unabhängig davon wäre im vorliegenden Fall von einer subjektiven Eingliederungsunfähigkeit auszugehen und die Voraussetzungen zur Gewährung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen auch aus diesem Grund zu verneinen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_966/2011 vom 4. Mai 2012 E. 3.2 mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Folglich ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen verneint hat.

11. Zusammenfassend ist festzustellen, dass der Beschwerdeführerin zumindest seit März 2011 medizinisch-theoretisch zuzumuten ist, ihre bisherige Tätigkeit oder eine Verweistätigkeit uneingeschränkt und ganztags auszuüben, um dabei ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Ein Anspruch auf

Eingliederungsmassnahmen besteht nicht. Folglich erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb diese abzuweisen ist.

E. 11

ff.). 7.2 Zusammenfassend stellte das VSG SO fest, dass die somatoforme Schmerzstörung keine Invalidität begründe. Da keine andere Gesundheitsschädigung mit erheblicher Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege, bestehe keine Invalidität mehr; damit entfalle auch der Rentenanspruch. Es kann auf die betreffenden Erwägungen im Entscheid vom 17. März 2014 verwiesen werden (vgl. (IV-Nr. 108, S. 26 f.). Die dagegen erhobene, offensichtlich unbegründete Beschwerde der Beschwerdeführerin hat das Bundesgericht am 3. September 2014 im vereinfachten Verfahren abgewiesen (vgl. IV-Nr. 115). 8. Der angefochtenen Verfügung vom 19. August 2016 liegt folgender medizinischer Sachverhalt (inkl. Stellungnahme BSV vom 27. Juli 2016) zugrunde: 8.1 In dem durch die Beschwerdegegnerin angeforderten Bericht vom 27. Januar 2015 hat Dr. med. I.____ folgende Diagnosen gestellt, die sich auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirkten (IV-Nr. 119): - «chronische Schmerzstörung mit somatisch und psychischen Faktoren (F45.41) - Unfall vom 11.08.2002: HWS-Distorsion mit folgendem Cerviko-Cephalo Syndrom Contusio-capitis, mit part.chochleo.vestib. Ausfall links, Tinnitus links, Zahnverletzung Oberkiefer links, Kontusion Knie links - 2. Unfall vom 29.03.2014: Kontusion HWS und LWS infolge Unfall vom 29.03.2014, mit Hamverhakt, suprabub. Ableitung vorübergehend - rezidivierende Depression, mittelgradige Episode (F33.1) mit Panikattacken (F41.0)» Die Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit hat Dr. med. I.____ auf 100 % von 2002 bis auf weiteres beziffert und den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin als sich verschlechternd bezeichnet. Den ärztlichen Angaben lässt sich Folgendes entnehmen: Die Anamnese sollte aufgrund der verschiedenen Berichte und Gutachten (recte wohl: Gutachten) bestens bekannt sein. Die Beschwerdeführerin leide seit 2002 an multiplen Schmerzsymptomen, die bis heute trotz adäquater Therapie kaum hätten beeinflusst werden können. Nach dem Unfall sei allmählich eine schwere Fixierung und Chronifizierung der Beschwerden eingetreten. Durch Begutachtungen, Auseinandersetzungen mit der Versicherung und erneuten Gutachten sei die Beschwerdeführerin wieder depressiv geworden. Es träten auch Panikattacken auf. Am 29. März 2014 habe sie erneut als Beifahrerin verschiedene Kontusionen erlitten, die eine längere stationäre Behandlung im K.____ mit anschliessendem Aufenthalt auf der psychosomatischen Abteilung zur Folge gehabt hätten; dieses zweite für sie absolut traumatische Erlebnis habe die Beschwerden enorm verstärkt. Wegen der atlantoaxialen Dysfunktion sei ihr eine stationäre Behandlung empfohlen worden. Im Dezember 2014 habe sich der körperliche wie auch psychische Zustand der Patientin verschlechtert. Sie sei erneut hospitalisiert worden. Die Patientin klagt über Schmerzen im CWS und LWS, Schwindel und Angstattacken. Sie könne sich nicht konzentrieren, sei vergesslich, habe das Selbstwertgefühl verloren, fühle sich wertlos, habe Angst vor der Zukunft und Schlafstörungen, sei immer müde und habe kein Interesse und keine Freude. Sie sei einfach nicht mehr die Person, die sie früher gewesen sei. Beim Befund hat die Ärztin festgehalten, dass die 46-jährige Patientin übergewichtig und allgemein verlangsamt sei, ansonsten allseits orientiert und bei klarem Bewusstsein. Während des Gesprächs habe die Beschwerdeführerin schmerzbedingt häufig ihre Sitzposition gewechselt. Sie habe geweint und sei offensichtlich verzweifelt. Es bestünden kognitive Beeinträchtigungen (Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen). Der Gedankengang sei formal unauffällig, inhaltlich auf ihre Situation beschränkt. Die Stimmung sei depressiv, verzweifelt und hoffnungslos.

Hinweise auf eine Suizidalität lägen keine vor. Dem Beiblatt zum Bericht lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführerin weder die bisherige noch eine andere Tätigkeit zuzumuten sei. Im Übrigen würden sie berufliche Massnahmen vermutlich überfordern. Ihrem Bericht hat Dr. med. I. ___ Berichte des K. ___, Urologisches Kompetenzzentrum, vom 8. Mai 2014 sowie der AC. ___ vom 16. Juni 2014 beigelegt, aus denen verschiedene Diagnosen, nicht jedoch Angaben über die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hervorgehen (IV-Nr. 119).

8.2 Die Frage der Beschwerdegegnerin, wie die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin nach dem erneuten Autounfall vom 29. März 2014 sei, hat Dr. med. B. ___ in seinem Bericht vom 3. Februar 2015 wie folgt beantwortet: Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien - eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) - cerviko-cephales Syndrom infolge Contusio capitis, HWS-Distorsion bei Unfall 11.8.2002 - mit part. cochleo-vestib. Ausfall links, Tinnitus links, Zahnverletzung Oberkiefer links, Kontusion Knie links - Kontusion HWS und LWS infolge Unfall vom 29.3.2014, mit Harnverhalt, suprapub. Ableitung passager - eine rezidivierende Depression, mittelgradige Episode (F33.1) mit Panikattacken - chronifiziert mit Invalidisierung seit Unfall 2002 - rezidivierende Synkopen zu diagnostizieren. Im Weiteren hat Dr. med. B. ___ der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit seit 2002 bis heute attestiert und ihren Gesundheitszustand als stationär bezeichnet. Auf die Frage, ob die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen verbessert werden könne, hat er Folgendes angeführt: Ein erster stationärer Rehabilitationsaufenthalt in Rheinfeldern habe vom 21. Oktober bis 18. November 2003 gedauert und keine Verbesserung gebracht, und zwar weder bezüglich der theoretischen Arbeitsfähigkeit noch im Sinne einer vermehrten Aktivität der Patientin. Nach dem zweiten Unfall vom 29. März 2014 sei die Patientin vom 4. April bis 28. Mai 2014 in der psychosomatischen Klinik im K. ___ hospitalisiert gewesen. Durch den Aufenthalt habe eine gewisse Stabilisierung in psychischer Hinsicht erreicht werden können. Schliesslich habe sie wieder nach Hause entlassen werden können. Eine Arbeitsfähigkeit habe aber nicht erreicht werden können. Aktuell sei die Patientin wiederum in der D. ___ zur stationären Rehabilitation hospitalisiert. Sie sei bei ihm als Hausarzt seit 2004 in Behandlung, wobei die letzte Untersuchung am 7. November 2014 stattgefunden habe. Bei der Anamnese hat Dr. med. B. ___ angegeben, dass sie am 29. März 2014 als Beifahrerin in eine Auffahrkollision verwickelt und im K. ___ hospitalisiert worden sei. Es habe eine massive Exazerbation der Schmerzen entlang der ganzen Wirbelsäule gegeben, akzentuiert an der unteren HWS und BWK 5-6. Gleichzeitig sei ein unklares Sensibilitätsniveau Th 6 und ein kompletter Harnverhalt aufgetreten. Die Blasenstörung sei als Blasenatonie bei Verdacht auf spinalen Schock interpretiert worden. Es sei vom 31. März bis 6. Mai 2014 ein Zystofix angelegt worden. Nach der Abklärung während der chirurgischen Hospitalisation vom 29. März bis 4. April 2014, bei der mit multiplen Bildgebungen der HWS keine strukturellen Alterationen, weder des ossären Anteils noch des Myelons, gefunden worden seien, sei die Patientin auf die psychiatrische Abteilung verlegt worden; dort sei sie vom 4. April bis 28. Mai 2014 hospitalisiert gewesen und dann nach Hause entlassen worden. Am 18. Dezember 2014 sei die Patientin erneut in die Klinik eingetreten. Am 12. Januar 2015 sei der Austritt in die D. ___ erfolgt. Die Patientin habe sich wegen unerträglichen Schmerzen im Bereiche des Beckens und des rechten Beins gemeldet. Die Beurteilung habe auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gelaute. Die Kollegen der medizinischen Klinik hätten ein erhebliches Invalidisierungspotenzial (!) festgestellt, weshalb sie seine, Dr. med.

B.____'s, bereits erfolgte Anmeldung an die D.____ bestätigt und die Patientin dorthin entlassen hätten. Die Beschwerdeführerin habe multiple heftige Schmerzen, vor allem im Bereiche von Kopf und Nacken sowie auf Höhe des Kreuzes, angegeben. Es bestünden chronische Müdigkeit und Konzentrationsschwäche sowie eine Unsicherheit beim Gehen. Die Angst vor erneuten Stürzen führe zu einem andauernden Schonverhalten. Bei den erhobenen Befunden und spezialärztlichen Untersuchungen hat der Hausarzt auf diverse, sich in der Beilage befindliche Berichte verwiesen. In Anbetracht der Tatsache, so Dr. med. B.____, dass die Patientin bereits nach dem ersten Unfall von 2002 weitgehend arbeitsunfähig und im Sinne eines chronifizierten ausgeprägten Schmerzsyndroms invalid gewesen sei, bestehe nun nach dem Unfall vom Juli 2014 ein akzentuiertes Beschwerdebild. Zudem sei die Patientin in ihrem Innersten massiv erschüttert, verunsichert und überzeugt, dass sich alle und jeder gegen sie verschworen hätten. Ihr sei seiner Beurteilung nach die bisherige Tätigkeit nicht mehr zuzumuten, hingegen prinzipiell eine Verweistätigkeit, die keine schwere Arbeiten umfasse, am besten in wechselnd sitzender und stehender Position, eventuell auch mit Herumgehen. In welchem Ausmass eine solche Tätigkeit zumutbar sei, hat der Hausarzt offengelassen. Seinem Bericht hat er jene des K.____, Orthopädische Klinik vom 22. Dezember 2014 sowie Medizinische Klinik vom 15. Januar 2015, angefügt (IV-Nr. 123, S. 3 ff.).

8.3 Am 17. Februar 2015 haben die Ärzte des U.____, Intensivmedizin, über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 16./17. Februar 2015 berichtet und dabei folgende Diagnosen gestellt (IV-Nr. 130, S. 5 ff.):

1. Vigilanzminderung unklarer Ätiologie am 16.2.2015 - DD iktal, DD psychogen - Labor inkl. Tox-Screen: blande - cCT/CTA 16.2.2015: keine ICB, offene Gefässe - MRI Schädel angemeldet - EEG geplant
2. chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - aktuell Schmerzexazerbation im Beckenbereich mit Ausstrahlung in die Beine, rechtsbetont nach Auffahrkollision 3/2014 - St.n. BWS- und HWS- Kontusion 3/2014 bei Autounfall
3. St.n. schwerem Autounfall 2002 seither Kiefer- und Kopfschmerzen, Schwindel
4. rez. Depression (mittelgradige Episode mit Panikattacken)
5. chronisch Obstipation intermittierend Frischblutabgang ab ano bei Fissur bei chron. Obstipation - St.n. Sigmoidoskopie 7/2014, Koloskopie 7/2014, Gastroskopie 7/2014: jeweils unauffällig

Zur Beurteilung und zum Verlauf haben die Ärzte festgehalten, die Zuweisung durch das AD.____ sei bei unklarer Vigilanz(Wachheits-)minderung nach Synkope erfolgt sei. Die Patientin sei bei chronischem Schmerzsyndrom in [...] in der Rehabilitation. Am Mittag sei sie auf dem Weg zum Speisesaal plötzlich kollabiert und anschliessend nicht mehr ansprechbar gewesen. Kurz nach Eintritt auf die Intensivstation habe die Patientin komplikationslos extubiert werden können. Sie sei anschliessend wach und adäquat ansprechbar gewesen. Laborchemisch habe sich ein unauffälliger Befund ohne Hinweise auf einen Infekt oder anderweitige Pathologie als Auslöser für die Vigilanzminderung ergeben. Gemäss Beurteilung durch ihre Kollegen von der Neurologie hätten sich keine Hinweise für fokale urologische Ausfälle ergeben. Radiologisch habe sich im CT Schädel Angio ebenfalls ein unauffälliger Befund gezeigt. Im Gespräch habe die Patientin angegeben, bereits zwei solcher Episoden gehabt zu haben, einmalig im Juni 2014 bei schwerer Erkrankung sowie erneut im November 2014 beim Tod ihrer Mutter. Beide Male sei sie kurzzeitig bewusstlos geworden. Eine weiterführende Abklärung sei nicht erfolgt. Aktuell habe sie als Beschwerden lediglich die chronischen generalisierten Schmerzen im Bereich der BWS/HWS angegeben. In Zusammenschau der Befunde bleibe die Vigilanzminderung der Patientin unklar. Aufgrund der prolongierten Vigilanzminderung sei zum Ausschluss eines ikталen Fokus noch die Durchführung eines EEG und MRI geplant.

Nach unauffälliger Überwachung habe die Patientin am 17. Januar 2015 in gutem Allgemeinzustand auf die Abteilung verlegt werden können (IV-Nr. 130, S. 5 ff.). 8.4 Die ärztliche Leitung der D.____ hat am 28. Februar 2015 über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 12. Januar bis 28. Februar 2015 berichtet und dabei folgende Diagnosen gestellt (IV-Nr. 130, S. 2 ff.): - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - aktuell Schmerzexazerbation im Beckenbereich mit Ausstrahlung in die Beine, rechtsbetont nach Auffahrkollision 3/2014 - Status nach BWS- und HWS-Kontusion 3/14 bei Autounfall - Vigilanzminderung unklarer Ätiologie am 16.2.15 - DD ikтал, DD psychogen, notfallmässige Verlegung ins U.____ am 16.2.15 - Rückverlegung am 17.2.15 - Labor inklusive Tox-Screen bland - cCT/CTA 16.2.15: keine ICB, offene Gefässe - MRI Schädel 17.2.15: ohne pathologischen Befund - EEG 17.2.15: ohne pathologischen Befund - Status nach schwerem Autounfall 2002 - seither Kiefer-Schmerzen, Schwindel und Kopfschmerzen - rezidivierende Depression, mittelgradige Episode mit Panikattacken - chronische Obstipation - intermittierend Frischblut ab ano bei Fissur bei chronischer Obstipation - Status nach Sigmoidoskopie 07/14, Colonoskopie 07/14, Gastroskopie 07/14: jeweils unauffällig Zum Verlauf hat die Abteilungsärztin ausgeführt, die Patientin habe bei Eintritt über permanente Nackenschmerzen, Schwindel, Kopfschmerzen und rezidivierendes Erbrechen geklagt. Manchmal sei die Kraft in den Beinen plötzlich weg; dies habe schon öfters zu Stürzen geführt. Deswegen würde sie längere Strecken nicht mehr ohne Hilfsmittel gehen oder alleine in der Wohnung sein. Die Belastungsfähigkeit sei aufgrund von Schmerzen auf fünf Minuten Gehen reduziert. Des Weiteren leide sie unter einer chronischen Obstipation, wobei es beim Stuhlgang intermittierend zu messerstichartigen Schmerzen im Rücken komme. Auch leide sie an chronischen Schlafstörungen. Die Patientin sei in ein multimodales Therapieprogramm eingebunden worden. Am 16. Februar 2015 habe sie eine unklar prolongierte Bewusstseinsstörung nach dem Mittagessen erlitten. Die Patientin sei im Flur gestürzt. Es hätten sich keine fokal-neurologischen Ausfälle gefunden, jedoch keine Reaktion auf Schmerzreize. Die Vitalparameter seien immer stabil gewesen. Sie hätten die Patientin bei unklarer Vigilanzminderung nach Synkope mit der Ambulanz ins U.____ überwiesen. Aus dem Bericht des E.____ gehe hervor, dass die Vigilanzminderung der Patientin in der Zusammenschau der Befunde unklar bleibe. Die Bildgebung mittels CT und MRI sowie ein durchgeführtes EEG seien unauffällig geblieben. Nach unauffälliger Überwachung über eine Nacht habe die Patientin am 17. Februar 2015 wieder in die Rehabilitation zurückverlegt werden können. Bis zum Austritt sei sie über zirka 70 Meter am Rollator mit mehreren Stehpausen mobil. Freies Gehen sei unter enger Supervision über zirka 25 Meter möglich, dies stark verlangsamt mit verkürzter Schrittlänge. Das Treppensteigen sei mit Geländer und 50 %-Hilfe über maximal acht Stufen auf- und abwärts möglich. In den ADLs sei sie weitgehend selbstständig. Die Patientin sei am 28. Februar 2015 in verbessertem Allgemeinzustand und verbesserter Mobilität nach Hause entlassen worden (IV-Nr. 130, S. 3 f.). 8.5 Die RAD-Ärztin Dr. med. H.____ hat in ihrer Zusammenfassung vom 19. August 2015 festgehalten, die bis heute anhaltende Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin sei durch den Unfall vom 29. März 2014 ausgelöst worden. Bei diesem Unfall habe sie sich eine HWS- und BWS-Kontusion (Prellung), aber keine nachweisbaren strukturellen Verletzungen zugezogen. Dennoch habe sich in der Folge die vorbestehende Schmerzerkrankung und der psychische Zustand deutlich verschlechtert. Verschiedene stationäre Behandlungen seien notwendig geworden. Im Herbst/Winter, nach dem Tod der Mutter der Beschwerdeführerin,

sei es zu einer erneuten Schmerzexazerbation, schwerpunktmässig im Beckenbereich mit Ausstrahlungen ins rechte Bein, gekommen. Infolge dieser Schmerzen und schmerzbedingter Kraftlosigkeit in den Beinen sei die Gehfähigkeit nun schwer beeinträchtigt. Die Beschwerdeführerin sei zeitweise auf einen Rollstuhl, später dann auf einen Rollator angewiesen gewesen. Wie sich die geltend gemachte chronische Schmerzerkrankung auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, müsse gutachterlich abgeklärt werden. Sie empfehle ein polydisziplinäres Gutachten gemäss den Richtlinien der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung mit den Disziplinen Psychiatrie, Neurologie und Orthopädie (IV-Nr. 136, S. 3).

8.6 In dem durch die Beschwerdegegnerin veranlassten Gutachten sind die Ärzte der Begutachterstelle N.____ am 8. Januar 2016 – gestützt auf die durch die Beschwerdegegnerin zugestellten und die selbst beigebrachten Unterlagen sowie auf die eigenen persönlichen Befragungen und klinischen Untersuchungen – zum Schluss gelangt, dass – aus der Synthese aller Fachgebiete nach dem Konsens vom 30. Dezember 2015 – keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) zu stellen seien. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) haben die Gutachter Folgendes angeführt: Neurasthenie (ICD-10 F48.0), Status nach Commotio cerebri (11.8.2002), Status nach Distorsion der Halswirbelsäule (11.8.2002), Status nach möglicher Commotio cerebri (29.3.2014), Status nach Distorsion der Halswirbelsäule (29.3.2014), funktionelle Gangstörungen, Z. n. rezidivierenden Präsynkopen und Synkopen bei Verdacht auf orthostatische und vasovagale Genese, Adipositas BMI 31,5 kg/m², Colon irritabile, chronische Obstipation mit rezidivierenden Analblutungen, Reizmagen, Z. n. Bauchhautstraffung 1994, Z. n. Hysterektomie 2010, Z. n. Herpes zoster thoracalis 6/2014 (IV-Nr. 146.1, S. 1, 24). Der versicherungsmedizinischen Beurteilung der Gutachter lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin zur Abklärung ihrer Arbeitsfähigkeit polydisziplinär untersucht worden sei. In diesem Zusammenhang hätten zahlreiche Diagnosen verifiziert werden können, die sich jedoch auf die Arbeitsfähigkeit als solche nicht auswirkten. Aus internistischer Sicht könnten – neben diversen Auffälligkeiten wie beispielsweise einem Übergewicht – ein Reizmagen und -darm diagnostiziert werden, wobei sich sämtliche Gesundheitsstörungen weder auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt hätten noch dieses aktuell täten. Die endoskopische Diagnostik habe im Juli 2014 keinerlei Auffälligkeiten gezeigt. Bezüglich des Blutdruckverhaltens fänden sich in der Aktenlage widersprüchliche Äusserungen, auf die im Fachgutachten hingewiesen worden sei. Bei der Untersuchung habe sich eine normotone Kreislaufregulation bei Sinustachykardie gefunden, die sicherlich im Rahmen der Untersuchung als funktionell zu werten sei. Ähnliche Überlegungen gälten auch für das orthopädische Fachgebiet. Auch hier hätten nur marginale Störungen festgestellt werden können, die sich auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht auswirkten und sich auch nicht ausgewirkt hätten. Aus neurologischer Sicht könne festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin nach einer Frontalkollision im Jahre 2002 jegliche auswärtige Arbeitstätigkeit aufgegeben habe. Es sei zu langsam zunehmenden Einschränkungen gekommen, indem die Beschwerdeführerin heute nicht mehr ohne Rollator laufen könne, über Schmerzen sowohl im Kopf wie im Skelett klage, die von neurologischer Seite her nicht erklärt werden könnten. Eine funktionelle Genese müsse angenommen werden. Der zweite Unfall 2014 habe von neurologischer Seite her zu keinen zusätzlichen Ausfällen geführt, habe aber die Symptomatik weiterhin bestehen lassen und eher verstärkt. Die volle Arbeitsfähigkeit sei erhalten. Vor dem Hintergrund der in den somatischen Fachgebieten festgestellten Widersprüche zwischen den objektivierbaren und von der Beschwerdeführerin

geschilderten Symptomen komme der psychiatrischen Begutachtung eine besondere Bedeutung zu. Hierbei habe festgestellt werden können, dass die Beschwerden, die die Beschwerdeführerin hier angegeben habe, durch das Krankheitsbild einer Depression, einer somatoformen Störung, einer Anpassungsstörung und einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht hätten erklärt werden können. Vor allem das Gangbild der Beschwerdeführerin mit der Unmöglichkeit, den Rollator auch nur über eine wenige Millimeter hohe Türschwelle heben zu können, könne durch kein bekanntes Störungsbild – ausser durch beispielsweise eine Querschnittslähmung oder den Endzustand einer Multiplen Sklerose, wobei diese Gesundheitsstörungen bei der Beschwerdeführerin erfreulicherweise nicht vorlägen – erklärt werden; insbesondere spreche das extrem auffällige Abschneiden im hier durchgeführten Beschwerdevalidierungstest gegen eine relevante Erkrankung aus dem psychiatrischen Fachgebiet, so das hier allenfalls von einer Neurasthenie gesprochen werden könnte, die sich gleichfalls auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht auswirke. Somit habe in keinem der genannten Fachgebiete ein objektivierbarer Befund erhoben werden können, der die Beschwerdeführerin auch nur in die Nähe einer Einschränkung ihrer Arbeitsfähigkeit hätte bringen können. Das Belastungsprofil sei weder aus orthopädisch-traumatologischer, neurologischer, internistischer noch aus psychiatrischer Sicht eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin sei aus Sicht sämtlicher beteiligter Fachgebiete uneingeschränkt belastbar. Wünschenswert wäre allenfalls eine Gewichtsreduktion. Unter Berücksichtigung der Einschätzung sämtlicher beteiligter Fachdisziplinen sei die Arbeitsfähigkeit weder in der bisherigen Tätigkeit noch in einer Verweistätigkeit eingeschränkt. Es könne allenfalls konstatiert werden, dass nach den stattgehabten Unfällen eine kurzfristige Krankschreibung gerechtfertigt gewesen sei. Ähnliche Überlegungen gälten für die Aufenthalte im Krankenhaus. Eine darüber hinausgehende Krankschreibung sei allerdings aus sachverständiger Sicht nicht angezeigt gewesen. Aus sachverständiger Sicht habe sich – so halten die Gutachter weiter fest – der Zustand der Beschwerdeführerin seit der letzten Begutachtung vom 22. März 2011, die zur Aufhebung der Rente geführt habe, nicht signifikant verändert. Differenzen in den anamnestischen Angaben zwischen den Gutachten beruhten auf subjektiven Aussagen der versicherten Person. Diese Angaben hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und seien deshalb anlässlich eines erneuten Gesprächs bzw. einer erneuten Untersuchung nicht nochmals verifiziert worden (IV-Nr. 146.1, S. 25 ff.; 32).

8.7 Im Austrittsbericht über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 4. Februar 2016 haben die Ärzte des U.____, Interdisziplinäre Notfallstation, am 4. Februar 2016 folgende Diagnosen gestellt (IV-Nr. 158, S. 6): 1. unklare Synkope und protrahierte Bewusstseinsstörung - DD psychogen - Angio-CT Schädel mit Perfusion 4.2.16: unauffällig - Labor: unauffällig 2. St.n. Schädelhirntrauma 3. Depression Ihren weiteren Ausführungen lässt sich entnehmen, dass sich auf der Notfallstation eine weiterhin kreislaufstabile Patientin präsentiert habe. Die Pupillen seien isokor und reagibel gewesen. Man habe ihr zur Beurteilung die Lider mit Kraft öffnen müssen. Sie habe nur auf starken Schmerzreiz reagiert. Es sei ein Angio-CT Schädel mit Perfusion gemacht worden, das komplett unauffällig ausgefallen sei. Auch das Blutbild sei komplett blande gewesen. Ein CVI (chronisch-venöse Insuffizienz, auch chronisch venöses Stauungssyndrom, chronische Veneninsuffizienz) habe ausgeschlossen werden können. Im Verlauf sei die Patientin aufgeklärt. Gemäss neurologischem Konsiliar sei auch eine Epilepsie sehr unwahrscheinlich, weil die Patientin immer die Augen zugekniffen und Schutzbewegungen gemacht habe (Arm gehoben und beim Loslassen den Fall abgebrems). In der

Zusammenschau der Befunde gehen sie, die Ärzte des U.____, am ehesten von einer psychogenen Synkope mit protrahiertem Bewusstseinsverlust aus. Die Patientin sei vom Dienst-Psychiater beurteilt worden. Bei «adäquater» Patientin und fehlender Gefährdung habe sie gleichentags nach Hause entlassen werden können (IV-Nr. 158, S. 6). 8.8 Am 9. Februar 2016 hat der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. B.____, das Gutachten vom 8. Januar 2016 bezüglich der Frage der psychiatrischen Diagnosen, der Folgen von zwei Auffahrkollisionen und der fehlenden Aspekte sowie seiner Meinung nach inkorrekten Beurteilungen im Gutachten kommentiert. Aus seinen Ausführungen geht im Wesentlichen Folgendes hervor (IV-Nr. 154.1): Als Hausarzt stehe es ihm nicht an zu definieren, welche psychiatrische Diagnose oder Diagnosen vorlägen. Er habe grosse Mühe nachzuvollziehen, wie die psychiatrischen Diagnosen, die im Verlaufe der letzten 13 Jahre von behandelnden Psychiatern oder psychiatrischen Institutionen festgehalten worden seien, aufgrund einer einmaligen Exploration alle verneint würden. Für ihn stehe ausser Frage, dass mit dem im Jahr 2002 erlittenen Unfall eine pathologische psychologische/psychiatrische Entwicklung ihren Beginn genommen habe. Er sehe eine chronische Schmerzstörung und eine Angststörung mit Panikattacken. Er nehme an, dass eine Persönlichkeitsveränderung bereits vorgelegen oder eingetreten sei. Der Unfall vom 11. August 2002, der gemäss biomechanischer Kurzbeurteilung der Arbeitsgruppe für Unfallmechanik bei einer Geschwindigkeit von 20 - 30 km/h erfolgt sei, habe zu mehreren Verletzungen geführt, die wahrscheinlich durch das Nichttragen der Sicherheitsgurte erklärbar seien. Die Patientin habe eine HWS-Distorsion, eine Kontusion des Gesichts temporal occipital links, einen partiellen kochleo-vestibulären Ausfall sowie Zahnverletzungen im Oberkiefer links erlitten. Sie sei von diesem Moment an bis heute arbeitsunfähig geblieben. Da sich mit ambulanten Physiotherapie-Sitzungen keine Verbesserung eingestellt habe, habe er eine stationäre Rehabilitation in [...] (21. Oktober - 18. November 2003) veranlasst. Das intensive multimodale Therapieprogramm während dieser Rehabilitation habe nur zu geringen Therapieerfolgen geführt. Die Beschwerdeführerin sei in minimal stabilisiertem Zustand nach Hause entlassen worden. Er gehe davon aus, dass sie im Zeitpunkt des zweiten Unfalls (2014) konstitutionell und muskulär in einem vulnerablen Zustand gewesen sei. Die seit 2002 eingetretene massive Dekonditionierung und Muskelschwäche sei eine in keinem der Gutachten erwähnte Tatsache; dies werde durch die MR-Untersuchung der HWS und des zervikalen Übergangs vom 2. Dezember 2009 (Institut AE.____, Schmerzklinik [...]) sogar objektiv nachgewiesen: eine wenig kräftige atrophe Hals- und Rückenmuskulatur im zerviko-thorakalen Übergang. Es sei seines Erachtens gesichert, dass die Beschwerdeführerin beim Verkehrsunfall vom 29. März 2014 mit einer völlig insuffizienten Muskulatur und kaum betastbarem, aber vermehrt vulnerablem muskuloskelettalen Halteapparat ausgerüstet gewesen sei. Die psychologische Beurteilung der stationären Behandlung in [...] fehle. Weiter habe der Patientin wegen einem Harnverhalt eine suprapubische Ableitung während sechs Wochen gelegt werden müssen. Angenommen werde eine Traumatisierung des Rückenmarks (s. Beilage Bericht 16. April 2014, Chirurgische Klinik, K.____). Diese Tatsache werde im Gutachten nicht gewürdigt. In der Synopsis auf S. 24 werde diese Tatsache nicht einmal erwähnt. Einzig der internistische Gutachter erwähne die Harnblasenentleerungsstörung. Es sei erstaunlich, dass die neurologische Gutachterin diese Tatsache nicht erwähne, geschweige denn als Symptom einer möglichen Rückenmarkskontusion diskutiere. Der Harnverhalt könne nicht mit Aggravation oder gar Simulation erklärt werden. Die Tatsache, dass die Patientin über Jahre immer wieder typische nächtliche sowie auch tagsüber auftretende Hyperventilationen

zeige, werde im Gutachten und in der Würdigung ausgeblendet. Diese Panikattacken seien unter der aktuellen Medikation mit Cymbalta deutlich weniger häufig aufgetreten. Zu Seite 25, «Der zweite Unfall 2014 hat von neurologischer Seite her zu keinen zusätzlichen Ausfällen geführt»: Dies sei nicht korrekt. Es fehle die vermutete Contusio spinalis mit längerdauerndem Harnverhalt und der Hypästhesie sub Th 12. Diese Folge wiederum stehe wahrscheinlich in Zusammenhang mit der massiven Dekonditionierung. Zu Seite 26, Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit im polydisziplinären Konsens «unter Berücksichtigung der Einschätzung sämtlicher beteiligter Fachdisziplinen ist die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit nicht eingeschränkt»: Er, Dr. med. B.____, könne nicht nachvollziehen, wie die Gutachter zu diesem Fazit kämen. Zu Seite 32: Seiner Ansicht nach habe sich der Zustand der Patientin seit der letzten Begutachtung vom 22. März 2011 deutlich verschlechtert. Zu Seite 45: Er sei der Meinung, dass bei der Patientin eine ängstlich vermeidende, akzentuierte und infantile Persönlichkeit vorliege. Zu Seite 46: Er könne das Schlussfazit von Dr. med. R.____ «bei der Patientin liege schlicht eine Simulation vor» nicht verstehen. Er sehe dies jedoch nicht als Simulation, sondern als Folge der langwierigen Leidensgeschichte und mehrfachen Traumatisierung der Patientin an. Ebenso könne er teilweise nachvollziehen, dass die aktuelle Gangstörung z.T. funktionellen Charakter habe. Aber auch diese Art des Leidens rechtfertige nicht, das ganze Krankheitsbild als Simulation zu qualifizieren (IV-Nr. 154.1). 8.9 Dr. med. I.____ hat am 8. März 2016 zum Gutachten der N.____ im Wesentlichen wie folgt Stellung genommen (IV-Nr. 156): Insgesamt finde sie das Gutachten einseitig und selektiv, sowohl psychopathologisch als auch diagnostisch. Psychodynamische Anteile in der persönlichen Anamnese der Patientin seien praktisch vollständig ausgeblendet worden. Der langwierige Krankheitsverlauf mit schwerer und zum Teil gegenüber diversen Therapieansätzen resistenter Psychopathologie sei ihres Erachtens kaum berücksichtigt worden. Sie habe (wie auch die behandelnden Ärzte der Patientin) grosse Mühe nachzuvollziehen, wie die psychiatrischen Diagnosen, die im Verlauf der letzten 13 Jahre von behandelnden Psychiatern und psychiatrischen Institutionen festgehaltenen worden seien, aufgrund einer einmaligen Exploration (90 Minuten) verneint werden könnten. Die Begutachtung ohne Dolmetscher habe für die Patientin sicher einen grossen Nachteil dargestellt. Die Patientin spreche und verstehe Deutsch, für eine so wichtige psychiatrische Untersuchung jedoch sicher ungenügend; dies sei ihres Erachtens eine Fehleinschätzung und habe möglicherweise zu falschen Beurteilungen/Einschätzungen geführt. Es sei anzunehmen, dass die Patientin trotz Übersetzung die Fragen, bei denen es auch auf sprachliche Feinheiten ankomme, nicht verstanden habe. Auch die Konzentration und Aufmerksamkeit seien während der Untersuchung reduziert gewesen. Der Gutachter beschreibe depressive Anteile, beurteile diese aber zum Teil als demonstrativ und könne keine ausreichenden Hinweise für die Diagnose einer Depression finden; dies sei ihres Erachtens nicht nachvollziehbar. Hinweise für eine Angststörung, eine somatoforme Störung wie auch für akzentuierte Persönlichkeitsanteile finde er ebenfalls keine, ohne dies näher zu begründen. Demgegenüber würden diese psychiatrischen Diagnosen aber wiederholt und von verschiedenen Fachärzten/Kliniken (wo die Patientin in Behandlung gewesen sei) aufgeführt (s. entsprechende Akten/Unterlagen). Gegenüber den psychopathologischen Befunden im Gutachten stelle sie, Dr. med. I.____, im aktuellen Psychostatus der Patientin folgende Befunde fest: Die erste depressive Episode habe im Jahr 1998 stattgefunden. Es bestehe eine Verminderung des Antriebs, eine Verminderung der Energie mit rascher Ermüdbarkeit, eine deutlich gedrückte Stimmung mit einerseits tiefer Traurigkeit und

andererseits unterdrückter Wut, eine reduzierte emotionale Modulationsfähigkeit, eine Motivations- und Interessenlosigkeit, eine Freudlosigkeit und eine mangelnde Fähigkeit, auf freudige Ereignisse emotional zu reagieren. Die Patientin könne unter anderem nur sehr eingeschränkt emotionalen Kontakt mit ihrem Enkelkind aufnehmen. Sie leide an vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, an Scham- und Insuffizienzgefühlen, an Sinn- und Perspektivenlosigkeit. Es bestünden drehende Gedanken, leichte bis mittelgradige Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen. Sie leide immer noch an diversen Ängsten, vor allem alleine nach draussen zu gehen (sie werde immer von jemandem begleitet). Im Weiteren seien Lebensüberdruß, Schlafstörungen, ein Morgentief sowie ein/e soziale/r Rückzug/Isolation gegeben. Ausser ihren Kindern habe sie keine Bezugspersonen. Sie mache keine Ferien, sondern sei nur mit dem Bruder zur Beerdigung ihrer Mutter nach Bosnien gereist (19. November 2014). Ihrer Meinung nach sei aufgrund dieser Befunde bei der Patientin eine rezidivierende, mittlerweile chronifizierte, depressive, gegenwärtig mindestens mittelgradige depressive Störung zu diagnostizieren, dies trotz ausgedehnter psychiatrisch/psychotherapeutischer Behandlung (ICD-10 F33.11). Die ihrerseits festgestellte Diagnose der Depression habe sie mittels Hamilton Depressionsskala (erhoben am 1 März 2016) mit 28 Punkten bestätigt/objektiviert. Die Angststörung (ICD-10 F41.0) sei zum Teil unter aktueller Medikation remittiert. Ausserdem bestünden langandauernde Probleme, verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung im Sinne von Ängstlichkeit, Vermeidungsverhalten/Rückzug, Abhängigkeit von Angehörigen (lebt mit Sohn und Schwiegertochter zusammen, die praktisch sämtliche Alltagsaufgaben für die Patientin übernehmen), kindlich-infantile Anteile (sei unkritisch, leichtgläubig), was die Diagnose «akzentuierte Persönlichkeit (vom ängstlich, vermindernden, kindlichen abhängigem Typ)» rechtfertige (ICD-10 Z73.1). Seit dem ersten Unfall leide die Patientin vor allem an therapie-resistenten Kopf-, HWS-, LWS- und Muskelschmerzen. Die vorhergehenden Beschwerden seien ihres Erachtens den chronischen Schmerzstörungen mit somatischen und psychischen Faktoren zuzuordnen (F45.41). Der Schmerz verursache in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen im sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Der Schmerz werde nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht (wie bei der vorgetäuschten Störung oder Simulation). Weiter weise sie, Dr. med. I. ____, darauf hin, dass im Gutachten aktenkundige Bewusstseinsverluste nicht ausreichend im Hinblick auf Sturzursachen (z.B. Synkope) exploriert worden seien. Obwohl hämodynamische Parameter vorlägen, die durchaus zu relevanten medizinischen Diagnosen führen könnten, würden diese in der Schlussbetrachtung nicht einmal erwähnt bzw. medizinisch korrekt in eine Diagnose oder zumindest in eine differentiale Diagnose eingebettet. Das psychische/somatopsychische Leiden dieser Patientin daure bereits seit Jahren; es habe einen chronifizierten Charakter wie auch einen ihres Erachtens klar gegebenen Krankheitswert. Eine verwertbare Arbeitsfähigkeit sei aufgrund dieser Feststellungen/Befunde deshalb seit Jahren und bis auf weiteres nicht gegeben (IV-Nr. 156). 8.10 Am 12. Mai 2016 hat die RAD-Ärztin Dr. med. H. ____ zum Gutachten wie folgt Stellung genommen: Das vorliegende polydisziplinäre Gutachten der N. ____ vom 8. Januar 2016 sei für die streitigen Belange umfassend und ausführlich. Die Gutachter gingen auf die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin ein. Die fachspezifischen Befunderhebungen seien ausführlich. Die diagnostische Beurteilung erfolge aufgrund der eigenen Untersuchungsbefunde und in Kenntnis der Vorakten. Die Beurteilung der medizinischen Situation sei einleuchtend. Die Schlussfolgerungen bezüglich

Arbeitsfähigkeit seien nachvollziehbar. Die Gutachter stellten keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Sie beurteilten die geltend gemachten Beschwerden als Ausdruck einer Neurasthenie, einer funktionellen Gangstörung, Reizdarm- und Reizmagenbeschwerden sowie rezidivierenden Präsynkopen und Synkopen bei Verdacht auf orthostatische Dysregulation und vasovagale Dysfunktion. Einen Zusammenhang der andauernden Beschwerden mit den beiden Autounfällen in den Jahren 2002 und 2014 bestehe nicht. In den gutachterlichen Untersuchungen fänden sich verschiedentlich Hinweise auf Aggravation. Der psychiatrische Gutachter habe zusätzlich eine Beschwerdevalidierung durchgeführt und sei zum Schluss gekommen, dass die Antwortverzerrung über eine Aggravation hinausgehe, was für eine Simulation spreche. Aufgrund dieser Beobachtung, aber auch des geringen funktionellen Schweregrads liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor. Die RAD-Ärztin hat das Gutachten als nachvollziehbar und schlüssig bezeichnet. Ihrer Ansicht nach liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor, der eine Arbeitsunfähigkeit begründen würde. Die Frage, ob die Stellungnahmen des Hausarztes Dr. med. B.____ und der Psychiaterin Dr. med. I.____ sowie des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin Einfluss auf die Beurteilung hätten, hat Dr. med. H.____ wie folgt beantwortet: Die behandelnden Ärzte beurteilten den Krankheitswert der geltend gemachten Beschwerden anders als die versicherungsmedizinischen Gutachter. Neue medizinische Fakten würden aber keine beigebracht, so dass schliesslich eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts vorliege. Der Rechtsvertreter bemängle das Gutachten aus formalen und inhaltlichen Gründen. Zu den inhaltlichen Gründen könne sie, die RAD-Ärztin, wie folgt Stellung nehmen: Die Gutachter seien, entgegen der Auffassung des Rechtsvertreters, sehr wohl auf die Beschwerden der Beschwerdeführerin eingegangen. Aufgrund ihrer anamnestischen Exploration und der fachärztlichen Untersuchungen hätten sie jedoch keine Diagnosen stellen können, die die Arbeitsfähigkeit einschränkten. (...) Der durch den Rechtsvertreter eingereichte Austrittsbericht der Notfallstation des U.____ vom 4. Februar 2016 bestätige die gutachterliche Beurteilung, dass die Beschwerdeführerin aggraviere: «Ein CVI konnte ausgeschlossen werden. Im Verlauf klarte die Patientin auf. Gemäss neurologischem Konsiliar ist auch eine Epilepsie sehr unwahrscheinlich, weil die Patientin immer die Augen zugekniffen hat und Schutzbewegungen gemacht hatte (Arm gehoben und beim loslassen hat die Patientin den Fall abgebremst). In Zusammenschau der Befunde gehen wir am ehesten von einer psychogenen Synkope mit protrahiertem Bewusstseinsverlust aus. Sie wurde vom Dienst-Psychiater beurteilt und bei adäquater Patientin und fehlender Gefährdung, konnte sie gleichtags nach Hause entlassen werden.» (IV-Nr. 161, S. 2 f.). 8.11 Vom 6. – 25. Juni 2016 hat sich die Beschwerdeführerin in der D.____ in [...] befunden. Dr. med. AF.____ hat im Austrittsbericht vom 29. Juni 2016 folgende Diagnosen gestellt (IV-Nr. 168, S. 3): - chronische Schmerzstörung - aktuell Schmerzexacerbation im Lumbalbereich mit Ausstrahlung in die Beine - St. n. Autounfall 2014, 2002 mit BWS- und HWS-Kontusion - Kiefer-, Kopfschmerzen und Schwindel seit 2002 - rezidivierende Vigilanzminderung unklarer Ätiologie - Schwäche-Episode am 9.5.16, neurologisch keine Ausfälle - CCT/CTA 16.2.2015: keine ICB offene Gefässe (Unispital Basel) - MRI Schädel 17.2.2015: keine Ischämie, keine Raumforderung - EEG 17.2.2015 Normalbefund, keine epileptogene Potenziale - chronische Obstipation - anamnestisch Frischblut ab Ano bei Fissur bei chronischer Obstipation - St. N. Sigmoidoskopie, Colonoskopie und OGD 2014 unauffällig - Depression Die Patientin sei, so Dr. med. AF.____, zur psychosomatischen Rehabilitation zugewiesen worden. Sie leide seit dem Autounfall im Jahr 2014 unter ständigen Rückenschmerzen in Form von

Blockaden und messerstichartiger Beinschwäche beidseits, was bereits zu Stürzen geführt habe. Sie könne nur mit Hilfsmitteln und am Rollator gehen. Des Weiteren habe die Patientin über Kopfschmerzen und starken Schwindel, vor allem über einen Drehschwindel im Liegen berichtet. Ausserdem sei es zur Gewichtszunahme, chronischer Obstipation, Gefühl von Wasser in den Beinen und zu einer allgemeinen Kraftlosigkeit und ständigen Übelkeit gekommen. Sie, die D.____, hätten die Patientin in ein multimodales Therapieprogramm eingebunden. Bis zum Austritt habe die Mobilität verbessert werden können. Bei Austritt habe die Gehstrecke am Rollator zirka 35 m mit zwei Sitzpausen betragen. Die Patientin habe jedoch weiterhin über eine verminderte Belastbarkeit und Ausdauer sowie über Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in die Beine und Schwindel geklagt. Die Beschwerden seien in den Vorhospitalisationen abgeklärt worden, weshalb sie, die D.____, keine erneute Diagnostik veranlasst habe. Psychologisch sei die Patientin durch den Psychologen der D.____ betreut worden. Leider sei es initial immer wieder zu diversen Missverständnissen gekommen, weswegen die Therapeutin im Verlauf gewechselt worden sei. Am 25. Juni 2016 habe die Patientin in teilweise verbessertem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (IV-Nr. 168, S. 3 f.).

8.12 Der Stellungnahme des Bundesamts für Sozialversicherungen (BSV) vom 27. Juli 2016 bezüglich Qualität der Begutachtungsstelle N.____, welche der Vertreter der Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 5. Juli 2016 in Frage gestellt hat, lässt sich Folgendes entnehmen (IV-Nr. 171): Was generell die Qualität der Begutachtungsstelle N.____ und insbesondere die fachliche Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter anbelange, sei festzustellen, dass die Gutachterinnen und Gutachter der N.____ über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügten, auch wenn diese nicht alle in der Schweiz tätig seien. Die allgemein gehaltene und nicht dokumentierte Kritik des Vertreters der Beschwerdeführerin stelle für sie, das BSV, keine Veranlassung dar, an den Qualifikationen der Gutachterinnen und Gutachter der N.____ grundsätzlich zu zweifeln. Im konkreten Einzelfall stünden der Beschwerdeführerin die entsprechenden Rechtsmittel zur Verfügung, um den von der IV-Stelle gefällten Entscheid durch ein unabhängiges Gericht überprüfen zu lassen. Im Vorfeld der Begutachtung habe sie zudem Gelegenheit gehabt, allfällig konkrete Gründe geltend zu machen, die gegen eine Begutachtung durch die vorgesehenen Gutachter gesprochen hätten. Was den konkreten Fall angehe, werde darauf hingewiesen, dass es wohl in der Sache an sich liege, dass der behandelnde Arzt eine andere Sicht einnehme und oftmals eine andere Beurteilung der Auswirkungen eines Gesundheitsschadens auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit einer Person vornehme als der versicherungsmedizinisch tätige Gutachter. Beispielhaft sei diesbezüglich auf das Urteil des Bundesgerichts vom 3. September 2014 und das vorgängig gefällte Urteil des Versicherungsgerichts Solothurn vom 17. März 2014 in gleicher Angelegenheit zu verweisen. In beiden Verfahren hätten die Einschätzungen und Ausführungen der behandelnden Psychiaterin die Richter nicht überzeugen können. Der Entscheid der IV-Stelle – basierend auf einem polydisziplinären Gutachten sei von beiden Instanzen geschützt worden (IV-Nr. 171).

8.13 Am 18. August 2016 hat die RAD-Ärztin Dr. med. H.____ zum Austrittsbericht der D.____ vom 29. Juni 2016 wie folgt Stellung genommen: Die Beschwerdeführerin sei vom 6. bis 25. Juni 2016 erneut in der D.____ hospitalisiert gewesen, nachdem sie zur psychosomatischen Rehabilitation zugewiesen worden sei. Da die geklagten Beschwerden gegenüber der Vorhospitalisation im Februar 2015 unverändert gewesen seien, sei auf eine erneute Diagnostik verzichtet worden. Sie sei in ein multimodales Therapieprogramm eingebunden worden. Bis zum Austritt habe nur eine leichte Verbesserung des Allgemeinzustands bewirkt werden können. Die

Beschwerdeführerin sei aber weiterhin in ihrer Mobilität stark eingeschränkt gewesen und habe mit zwei Sitzpausen nur zirka 35 m am Rollator zurücklegen können. In den Aktivitäten des täglichen Lebens sei sie weitgehend selbständig gewesen. Aus versicherungsmedizinischer Sicht habe sich – so hat die RAD-Ärztin festgestellt – der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung vom Januar 2016 nicht verändert. Weder seien zwischenzeitlich neue Diagnosen gestellt worden noch hätten sich die bekannten Leiden relevant verschlechtert. Dass ein erheblicher, subjektiver Leidensdruck bestehe und sich die Beschwerdeführerin deshalb auch immer wieder in ärztliche Behandlung begeben, stehe ausser Diskussion. In der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit müssten die medizinischen Gutachter aber auf die objektivierbaren Befunde abstützen, die in diesem Fall als nicht invalidisierend zu werten seien (IV-Nr. 172).

8.14 Nach Erlass der angefochtenen Verfügung bzw. am 30. Dezember 2016 haben lic. phil. X.____ Dr. med. W.____ auftragsgemäss Bericht über die neuropsychologische Begutachtung der Beschwerdeführerin erstattet (BB-Nr. 3). Als Diagnose haben sie «Vor dem Hintergrund einer schwankenden Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft sowie einer Symptomverdeutlichungstendenz von leicht bis mittelgradig reichende Minderleistungen in attentionalen, mnestischen und exekutiven Teilbereichen» angeführt. Ihrer Beurteilung lässt sich im Wesentlichen Folgendes entnehmen: Die Beschwerdeführerin erbringe vor dem Hintergrund einer schwankenden Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft sowie Hinweisen auf eine Symptomverdeutlichungstendenz von leicht bis mittelgradig reichenden Minderleistungen in attentionalen, mnestischen und exekutiven Teilbereichen. Durchschnittliche Leistungen zeige sie in jeweils einem attentionalen und exekutiven Teilbereich (Alertness, figurale Fluenz). Des Weiteren fänden sich keine Hinweise auf visuell-räumliche/visuo-konstruktive und sprachliche Defizite. Sie sei während der Untersuchung durch ihre Beschwerden enorm irritiert und abgelenkt gewesen, habe deutlich selbstlimitierendes Verhalten gezeigt, sei auf ihre Einschränkungen fokussiert gewesen und während der ganzen Untersuchung (Gesprächssituation und psychometrische Untersuchung) immer wieder auf die belastenden, sie sehr kränkenden Erfahrungen mit Kliniken, Institutionen und Ärzten zu sprechen gekommen. Das Unvermögen, sich durchgehend adäquat auf die verschiedenen Anforderungen einzulassen, habe sich auch in zwei nonverbalen Symptomvalidierungsverfahren gezeigt, bei denen deutlich auffällige Werte erzielt worden seien. Auch fänden sich in der Untersuchung nicht nachvollziehbare Diskrepanzen zwischen einem beispielsweise durchwegs verlangsamten Arbeitstempo in der psychometrischen Untersuchung und einem schnellen, teilweise überhastet wirkenden Gesprächsverhalten. Aufgrund des Unvermögens, sich von ihrer Beschwerdesituation abzuwenden und sich durchgehend auf eine neuropsychologische Untersuchung zu fokussieren, was sich auch in zwei auffälligen Symptomvalidierungsverfahren widerspiegeln, besitze das im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung ermittelte kognitive Testprofil zu wenig Aussagekraft. Die Validität der erhobenen neuropsychologischen Befunde müsse folglich in Frage gestellt werden. Ob authentische kognitive Störungen vorlägen resp. deren Schweregrad könne unter diesen Umständen nicht beurteilt werden. Auch ob eine Intelligenzminderung bestehe, könne nicht beurteilt werden. Im Rahmen des Gutachtens der N.____ werde aufgrund der auffälligen Symptomvalidierung folgender Schluss gezogen: Es () «fänden sich deutliche Hinweise auf das Vorliegen einer Simulation. Eine Aggravation allein ist als Erklärung der genannten Phänomene nicht ausreichend». Ihrer – lic. phil. X.____ – Meinung nach, könne aus neuropsychologischer Sicht aufgrund eines auffälligen Symptomvalidierungsverfahrens zwar auf eine

Aggravation, nicht aber auf eine Simulierung geschlossen werden. Aufgrund der nur partiell validen Befunde könnten allfällige Einschränkungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit nicht beurteilt werden (BB-Nr. 3). 8.15 Ebenfalls nach Erlass der angefochtenen Verfügung bzw. am 5. Januar 2017 hat Dr. med. W.____ im Auftrag der Helsana Rechtsschutz AG ein psychiatrisches Gutachten erstattet (BB-Nr. 2). In ihren Antworten auf die gestellten Fragen hat sie bezüglich Anamnese und psychiatrischen Befunde auf ihre vorangehenden Ausführungen verwiesen. Als Diagnosen hat sie eine Persönlichkeitsstörung mit vorwiegend kindlich abhängigen, vermeidenden und regressiven Zügen (F 60.6 und 60.7 nach ICD-10) und eine Somatisierungsstörung (F 45.0 nach ICD-10) angeführt. Zum Handlungsbedarf aus psychiatrischer Sicht hat sie festgehalten, dass die Beschwerdeführerin seit vielen Jahren in stationärer und ambulanter psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. I.____, der psychiatrischen Klinik im K.____ und der D.____ stehe. Eine relevante Besserung habe dadurch nicht erreicht, sondern es hätten lediglich die intermittierenden Verschlechterungen aufgefangen werden können. Zur Grundlage der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit hat Dr. med. W.____ auf den Abschnitt zur Leistungsfähigkeit (Gutachten S. 55 – 59) hingewiesen. Wegen der beschriebenen Hinweise auf Übertreibung mit unbewussten, aber auch bewussten Anteilen sei eine genaue Einschätzung nicht möglich. Die partiell bewussten Anteile des Verhaltens sprächen für eine partiell erhaltene Leistungsfähigkeit. Ob sie eher in der Grössenordnung von 50 % oder darunter liege, sei leider nicht beurteilbar. Allerdings wären dabei die Einschränkungen der Fähigkeiten, vor allem aufgrund der Persönlichkeitsstörung, zu berücksichtigen. Dass die Beschwerdeführerin mit den Einschränkungen der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Kontaktpflege zu Dritten und der Gruppenfähigkeit, der Planung und Strukturierung von Aufgaben und der Flexibilität und Umstellfähigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt einsetzbar wäre, sei aus psychiatrischer Sicht eher unwahrscheinlich. Hinweise auf Persönlichkeitsauffälligkeiten fänden sich bereits im Untersuchungsbericht von Dr. med. AG.____ im Jahr 2004. Die Beurteilungen der Leistungsfähigkeit in den Gutachten des G.____ sowie der N.____ würden sich auf den psychopathologischen Befund nach AMDP beziehen. Die Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) weise aber selbst darauf hin, dass für die verlässliche Diagnosestellung von Angststörungen, somatoformen Störungen, Persönlichkeitsstörungen etc. die Erhebung mit Hilfe des AMDP-Systems nicht ausreiche (Freyberger und Möller 2004); das heisst, weder die Diagnose der chronischen Schmerzstörung noch der Persönlichkeitsstörung seien ausreichend untersucht und auch in der Beurteilung der Leistungsfähigkeit berücksichtigt worden. Hinzu komme, dass im Gutachten der N.____ die auffälligen Ergebnisse des HAMD und des TOMM als Beleg für Simulation verstanden worden seien. Testpsychologisch sei dies nicht zulässig. Darauf habe auch lic. phil. X.____ in ihrem neuropsychologischen Gutachten hingewiesen. Auffällige Werte in Symptomvalidierungsverfahren liessen lediglich den Schluss zu, dass die Ergebnisse der eingesetzten Tests nicht als zuverlässige Ergebnisse herangezogen werden könnten. Sie erlaubten keine Aussage über die Bewusstseinsnähe oder -ferne des Antwortverhaltens. Darauf wiesen Methodikpublikationen der Psychologie regelmässig hin. Die entsprechenden Hinweise fänden sich auch in der Literatur zur Begutachtung (s. z.B. Dohrenbusch und Schneider 2011, Schneider et al. 2016). Die sehr aufwändige Aktenanalyse und sehr ausführliche Exploration und Mitschrift der Exploration in diesem Gutachten dienten vor allem dazu, die Diagnosen der Somatisierungs- und Persönlichkeitsstörung zu prüfen und zu belegen. Die Schwierigkeit bestehe bei beiden

Diagnosen darin, dass die Krankheitseinsicht bei den Betroffenen häufig nicht gegeben sei und zudem Verhaltensweisen, die zu sozialen Konsequenzen führten, hoch schambesetzt seien und deshalb verleugnet würden. Anschliessend hat Dr. med. W.____ die Zusatzfragen gemäss der neuesten Praxis des Bundesgerichts im Fall eines syndromalen Beschwerdebilds beantwortet (BB-Nr. 2). 9. 9.1 Die Beschwerdegegnerin hat sich bei ihrer Beurteilung in erster Linie auf das Gutachten der Gutachterstelle N.____ gestützt (IV-Nr. 146.2). Es ist daher zunächst zu prüfen, ob das Gutachten als beweismässig gelten kann. Die Beschwerdeführerin bestreitet, dass auf dieses Gutachten abgestellt werden könne (A.S. 11). 9.2 9.2.1 Die Beschwerdeführerin macht geltend, der psychiatrische Gutachter habe seine Diagnose, es liege eine Simulation vor, viel zu wenig begründet. Bei einer solchen Diagnose dürfe eine weit umfangreichere Begründung erwartet werden (A.S. 10). 9.2.2 Im psychiatrischen Gutachten zum polydisziplinären Gutachten der N.____, worin vorab die wichtigsten Vorakten angeführt werden, hat Dr. med. R.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zuerst die Ausgangssituation beschrieben, dann eine Anamnese vorgenommen und den psychiatrischen Befund erhoben, um schliesslich zu den Diagnosen und zur Beurteilung zu gelangen (IV-Nr. 146.2, S. 1 ff.). In seiner Beurteilung hat der psychiatrische Gutachter einleitend eine Zusammenfassung der Anamnese und dann eine erklärende Abhandlung zum Thema Simulation gemacht; letztere käme heute gemäss neueren Untersuchungen häufiger vor. Seinen weiteren Ausführungen lässt sich im Wesentlichen Folgendes entnehmen (IV-Nr. 146.2, S. 8 f.): Während es sich bei der Simulation und Aggravation um eine absichtlich, gesteuerte und somit bewusste Beschwerdeschilderung oder Symptomdarbietung handle, bei der die zugrunde liegende Motivation reflektiert sei und einen sekundären Krankheitsgewinn beinhalte, sei die Beschwerdeschilderung oder Symptomdarbietung bei der somatoformen Störung unbeabsichtigt und nicht gesteuert (unbewusst) und habe eine unreflektierte beziehungsweise unbewusste Motivation und somit einen primären Krankheitsgewinn. Auf phänomenologischer Ebene lasse sich in der Regel eine Unterscheidung zwischen Simulation und somatoformen Störungen nicht oder kaum vornehmen. Somit erscheine die Beschwerdenuchtung als geeignetes Konzept, zwischen Simulation oder Aggravation auf der einen Seite und tatsächlich vorliegender Erkrankung auf der anderen Seite zu unterscheiden. Aus diesem Grund sei auch im vorliegenden Fall die Durchführung eines Beschwerdenuchtungstests erforderlich gewesen. Hierbei habe sich gezeigt, wie bereits ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin bereits im ersten Versuch einen Wert erreicht habe, der unterhalb der Ratenswahrscheinlichkeit liege. Da es sich um einen Test handle, der ohne sprachliche Komponenten auskomme, könne selbst eine Sprachbarriere als Erklärung für das signifikant schlechte Abschneiden der Beschwerdeführerin in diesem Test nicht herangezogen werden. Im Gegensatz zu ihren Angaben im BDI (Beck-Depressions-Inventar) habe die Beschwerdeführerin die Symbole dieses Tests gut erkennen können, was daran deutlich geworden sei, dass sie sie – teilweise von sich aus – benannt habe, und zwar durchgehend richtig. Als Quintessenz für die interdisziplinäre Beurteilung hat Dr. med. R.____ festgehalten, dass die Beschwerden, die die Beschwerdeführerin angegeben habe, durch das Krankheitsbild einer Depression, einer somatoformen Störung, einer Anpassungsstörung und einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht erklärt werden könnten; insbesondere spreche das extrem auffällige Abschneiden im hier durchgeführten Beschwerdenuchtungstest gegen eine relevante Erkrankung aus dem psychiatrischen Fachgebiet, so dass hier allenfalls von einer Neurasthenie gesprochen werden könnte. Die Diagnose einer Neurasthenie sei jedoch nicht

dazu geeignet, eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Hinsicht zu erklären. Bei der Würdigung der Akten falle auf, dass bei der Beschwerdeführerin gerade in der Anfangszeit diverse Diagnosen genannt worden seien, die sich teilweise ausschlossen; dies gelte beispielsweise für eine Depression und eine Anpassungsstörung. Hinsichtlich der Anpassungsstörung sei anzumerken, dass die diesbezüglichen Beschwerden per definitionem nicht länger als zwei Jahre anhalten könnten. Es überrasche insoweit, dass eine Verbesserung der entsprechenden Symptomatik trotz therapeutischer Intervention nicht eingetreten sein sollte; dies sei aus psychiatrischer Sicht insoweit nicht nachzuvollziehen (vgl. dazu insbesondere Bericht D.____ vom 28. Februar 2015, IV-Nr. 130, S. 3). Die Diagnose einer posttraumatischen Anpassungsreaktion sei nicht ICD-10-konform, sondern vielmehr deskriptiv, wobei von einem Trauma im engeren Sinne nicht gesprochen werden könne. Aus diesem Grund könne auch die geäußerte Verdachtsdiagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung aus sachverständiger Sicht nicht nachvollzogen werden, weil es insoweit bereits an einem A-Kriterium fehle. Der Einschätzung des behandelnden Psychiaters werde insoweit entgegengetreten, als es bei der Beschwerdeführerin nicht zu einem Krankheitsbild gekommen sei, das einer Verbesserung entgegenstehe. Es sei vielmehr im Arztbericht aus dem Jahre 2014 des K.____ von einer Teilremission die Rede. Sämtliche Behandler hätten, was ihnen selbstverständlich als Behandler nicht vorzuwerfen sei, die Möglichkeit einer Aggravation beziehungsweise Simulation nicht in Betracht gezogen; dies sei nun hier nachgeholt worden und habe zu den beschriebenen Auffälligkeiten geführt. Den Behandlern der Beschwerdeführerin werde daher insoweit entgegengetreten, als sie die Beschwerden der Beschwerdeführerin offenbar unkritisch übernommen hätten, und eine Validierung der Beschwerden nicht stattgefunden habe. Schliesslich hat der psychiatrische Gutachter dargelegt, dass die Arbeitsfähigkeit im retrospektiven Verlauf weder in der bisherigen noch in einer leidensadaptierten Tätigkeit eingeschränkt gewesen sei. Seiner Meinung nach sei die Prognose davon abhängig, ob die Beschwerdeführerin ihre Einstellung zum Arbeitsprozess verändern könne; möglicherweise gelinge ihr dies mit therapeutischer Hilfe. Die Prognose sei aus rein psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt (IV-Nr. 146.2, S. 8 f.).

9.2.3 Die Ausführungen von Dr. med. R.____ basieren auf den vollständigen Vorakten (vgl. IV-Nr. 146.1, S. 3 ff.) und den persönlichen Untersuchungen, die am 3. Dezember 2015 stattgefunden haben; dabei haben die Beteiligten insbesondere festgestellt, dass die Beschwerdeführerin der deutschen Sprache ausreichend mächtig gewesen ist (vgl. Vorbemerkung betreffend professioneller Übersetzerin; IV-Nr. 146.2, S. 1). Auf dieser Basis ist Dr. med. R.____ zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, die er widerspruchsfrei und in nachvollziehbarer Weise hergeleitet und begründet hat. Der Gutachter hat zu den Angaben der Beschwerdeführerin Stellung genommen und sich damit auseinandergesetzt. Das psychiatrische Teilgutachten wird damit den allgemeinen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (vgl. E. II 4.2 hiervor) gerecht. Dr. med. R.____ hat namentlich schlüssig dargelegt, warum er – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (A. S. 11) – keine krankheitswertige, psychiatrische Diagnose stellen kann; liegt keine solche vor, erübrigen sich denn auch – wiederum entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (A.S. 11) – Ausführungen darüber, warum die Diagnose nicht stimmen sollte. Auch entgegenzutreten ist dem Vorwurf der Beschwerdeführerin, die Diagnose (recte: Beurteilung), es liege eine Simulation vor, sei unzureichend begründet. So hat der Gutachter ausführlich dargestellt, weshalb er zu diesem Schluss gelangt ist. Namentlich hat er dazu festgehalten, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen der zusätzlich durchgeführten Untersuchungen (TOMM) bereits im ersten Versuch

mehr Fehler gemacht habe, als es der Zufallsbereich wahrscheinlich machen würde. Somit fänden sich deutliche Hinweise auf das Vorliegen einer Simulation. Eine Aggravation allein sei als Erklärung für die genannten Phänomene nicht ausreichend (IV-Nr. 146.2, S. 7). In diese Richtung lassen sich ferner die anlässlich der Untersuchung vom 4. Februar 2016 im U.____ gemachten Schutzbewegungen deuten, wonach die Ärzte den Arm der Patientin gehoben hätten und diese beim Loslassen den Fall abgebremst habe (IV-Nr. 158, S. 6); dies hat die RAD-Ärztin Dr. med. H.____ (als Fachärztin Neurologie) als Bestätigung der Gutachter bezeichnet, dass die Beschwerdeführerin aggraviere (IV-Nr. 161, S. 3). Sie hat im Übrigen das Gutachten der Gutachterstelle N.____ als umfassend, ausführlich, nachvollziehbar und schlüssig bezeichnet. Namentlich hat sie festgestellt, dass die Beurteilung, es sei von einer Aggravation oder gar Simulation auszugehen, auch dem Gesamteindruck der somatischen Gutachter entspreche (IV-Nr. 161, S. 2). In der Tat finden sich dazu in den Teilgutachten mehrere Hinweise. So hat der orthopädische Gutachter zusammenfassend festgehalten, dass sich der Beschwerdevortrag der Beschwerdeführerin nicht mit korrelierenden, orthopädisch-pathologischen Organbefunden in Einklang bringen lasse; Unstimmigkeiten lassen sich insbesondere dem orthopädischen Lokalbefund entnehmen (IV-Nr. 146.3, S. 4 und 7). Auch für den neurologischen Gutachter können die Gangstörung und die sensiblen Störungen nicht mit organischen Ausfällen erklärt werden. Es müsse eine funktionelle Genese angenommen werden (IV-Nr. 146.4, S. 7). Weitere Hinweise in diese Richtung bzw. bezüglich Dramatisierung von Beschwerden sowie aggravatorischen und widersprüchlichen Tendenzen finden sich bereits in den Ausführungen von Dr. med. Y.____ sowie von Dr. med. AA.____ vom 22. März 2011 (vgl. E. II 7.1 hiervor). Wenn die Beschwerdeführerin vorgetragen hat, den Psychiatern stünden auch die Möglichkeit von Fremd-anamnesen sowie Untersuchungen des Blutspiegels zur Überprüfung der Compliance beim Medikamentenkonsum zur Verfügung (A.S. 10 f.), ist Folgendes festzustellen: Dr. med. R.____ hat eine Fremdanamnese als nicht notwendig erachtet (IV-Nr. 146.2, S. 5). Generell liegt denn auch das Einholen fremdanamnestischer Auskünfte im Ermessen des Gutachters (Urteil des Bundesgerichts 9C_65/2012 vom 28. Februar 2012 E. 4.3 mit weiteren Hinweisen). Dr. med. R.____ ist folglich nicht verpflichtet gewesen, mit den behandelnden Ärzten Rücksprache zu nehmen, wenn er dies nicht für notwendig gehalten hat, zumal entsprechende Arztberichte vorlagen. Was die Medikamenteneinnahme anbelangt, hat die Beschwerdeführerin angegeben, Cymbalta einzunehmen (IV-Nr. 146.2, S. 4; BB-Nr. 2, S. 27). Zwar haben die Gutachter der Gutachterstelle N.____ offensichtlich keine diesbezüglichen Laboruntersuchungen unternommen, was denn auch mit Blick auf das Ergebnis ihrer Beurteilung unterbleiben kann. Wohl geht aus dem Gutachten von Dr. med. W.____ hervor, aufgrund der Laboruntersuchungen gäbe es Hinweise, dass die Beschwerdeführerin das Antidepressivum Cymbalta einnehme. Allerdings hat sich die Untersuchung auf die Blutspiegelbestimmung des Duloxetine (Medikament zur Behandlung der generalisierten Angststörung wie der weiblichen Belastungsinkontinenz) beschränkt (BB-Nr. 2, S. 39). Damit hat es sein Bewenden, zumal die Beschwerdeführerin dazu nichts Konkretes vorgebracht hat und die allfällige Medikamenteneinnahme an den gut begründeten Schlussfolgerungen des Gutachters nichts geändert hätte.

9.2.4 Im Weiteren wird in der Beschwerde angeführt, der psychiatrische Gutachter habe sich nicht oder zu wenig mit den unisono abweichenden Stellungnahmen der behandelnden Ärzte auseinandergesetzt. In der Tat weichen die Beurteilungen von Dr. med. I.____ und Dr. med. B.____ markant von jener der N.____-Gutachter ab. Der Hausarzt wie auch die behandelnde Psychiaterin haben der

Beschwerdeführerin seit Jahren eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % und mehr attestiert (IV-Nr. 108, S. 11, 15; 119 ff.), und damit schon vor der Rentenaufhebung im Jahr 2012. Allerdings hat sich der psychiatrische Gutachter mit den abweichenden Beurteilungen im Rahmen der Aktenwürdigung befasst; es kann auf die Ausführungen in Erwägung 9.2.2 hiervor verwiesen werden. Zu erinnern ist in diesem Zusammenhang daran, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und die Rechtsprechung der begutachtenden Person deshalb praktisch einen gewissen Spielraum gewährt, innerhalb dessen verschiedene medizinische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern dabei lege artis vorgegangen worden ist. Behandelnde und begutachtende Psychiater können, mit der gleichen Person als Patientin oder Explorandin in verschiedenen Zeitpunkten und Situationen konfrontiert, zu ganz unterschiedlichen Beurteilungen der psychischen Beeinträchtigungen und – invalidenversicherungsrechtlich entscheidend – deren Schweregrades mitsamt den sich daraus ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gelangen. Diese in der Natur der Sache begründete, weitgehend fehlende Validierbarkeit («Reliabilität») psychiatrischer Diagnosen, namentlich im depressiven Formenkreis sowie bei den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen gemäss ICD-10, kann nicht automatisch zu Beweisweiterungen bei sich widersprechenden psychiatrischen Berichten und Expertisen führen (Urteil des Bundesgerichts 9C_661/2009 vom 29. September 2009 E. 3.2). Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; Urteil des Bundesgerichts I 701/05 vom 5. Januar 2007 E. 2 in fine, mit Hinweisen) kann eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise nicht stets in Frage gestellt und zum Anlass weiterer Abklärungen genommen werden, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn diese objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts 8C_558/2010 vom 27. Dezember 2010 E. 2.2.2, 8C_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1 und Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 51/06 vom 19. September 2006 E. 3.1.2). Derartige Aspekte finden sich in den Berichten von Dr. med. I.____ nicht. Vielmehr hat sie bspw. die Aussage, die Beschwerdeführerin sei wieder depressiv geworden, am 27. Januar 2015 einzig mit dem Hinweis auf Begutachtungen, Auseinandersetzungen mit der Versicherung und neue Gutachten begründet (IV-Nr. 119, S. 2). Sie (wie auch die behandelnden Ärzte) bekunde, so lässt sich ihrer Stellungnahme vom 8. März 2016 entnehmen, grosse Mühe damit, wie die in den letzten 13 Jahren durch behandelnde Psychiater und psychiatrische Institutionen gestellte psychiatrische Diagnose (ohne diese allerdings näher zu substantiieren) aufgrund einer einmaligen Exploration verneint werden könne; davon abweichend ist jedoch festzuhalten, dass zumindest im Zeitpunkt der hier massgebenden Verfügung vom 20. September 2012 keine invalidisierende Gesundheitsschädigung mehr vorgelegen hat. Was die Berichte des Hausarztes Dr. med. B.____ anbelangt, ist festzuhalten, dass einerseits die Psychiatrie nicht zu seinen Fachgebieten gehört, ist er doch Facharzt für Innere Medizin FMH. Andererseits gilt es zu berücksichtigen, dass das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, wonach Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b cc, 122 V 160 E. 1c); dies gilt nicht nur für den

allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso – wie im vorliegenden Fall bezüglich Dr. med. I.____ wie im Übrigen auch die Ärzte der D.____ – für die behandelnden Spezialärzte und erst recht für die schmerztherapeutisch tätigen Ärzte mit ihrem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidg. Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m. Hinw.). 9.2.5 Folglich vermögen die Berichte von Dres. med. I.____ und B.____ die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Ergebnisse des psychiatrischen Administrativgutachtens nicht in Frage zu stellen. Weitere medizinische Abklärungen sind nicht erforderlich, da eine taugliche Beurteilungsgrundlage vorliegt. 9.3 Zu beantworten bleibt die Frage, wie es sich mit der durch die V.____ Rechtsschutz AG veranlasste und durch die Beschwerdeführerin eingereichte, im Sinne der Erwägung II 1.2 hiervor zu prüfenden Beurteilung von Dr. med. W.____ vom 5. Januar 2017 (BB-Nr. 2) verhält. 9.3.1 Die Beschwerdeführerin lässt dazu am 2. Februar 2017 im Wesentlichen geltend machen, dass Dr. med. W.____, in Abweichung zu den Gutachtern der N.____, zum Schluss gekommen sei, bei der Beschwerdeführerin liege eine Somatisierungs- und eine Persönlichkeitsstörung vor und die Leistungsfähigkeit betrage zirka 50 %. Diese Schlussfolgerungen würden im Gutachten ausführlich begründet (A.S. 34 ff.). Die Beschwerdegegnerin äussert sich dazu am 13. März 2017 in dem Sinne, dass sie am Antrag auf Abweisung der Beschwerde vollumfänglich festhalte (A.S. 38). 9.3.2 Dr. med. W.____ ist als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH zweifellos qualifiziert, die sich vorliegend stellenden Fragen zu beantworten. Ihr Gutachten ist sehr ausführlich gehalten (insgesamt 62 Seiten). Es beruht neben den Vorakten auf Explorationsgesprächen, inklusive Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumenten, sowie fremdanamnestischen Angaben der Tochter der Beschwerdeführerin, des Hausarztes und der behandelnden Psychiaterin; dazu kommt – als Bestandteil des Gutachtens – ein neuropsychologisches Teilgutachten. Die Gutachterin hat sich somit grundsätzlich auf eine umfassende Grundlage abstützen können. Unabhängig davon lässt sich nicht übersehen, dass die Gutachterin ihre Beurteilung im Wesentlichen aus den Angaben der Beschwerdeführerin (wie z.B. die Fülle von Klagen ...; Seite 49) und ihrer Tochter sowie den Einschätzungen der behandelnden Ärzte und über weite Strecken aus dem Verlauf seit August 2002 ableitet. Auch bei der Umschreibung der Diagnosen stehen als Grundlage die Aussagen der Beschwerdeführerin im Vordergrund und beziehen sich teilweise auf Zeiträume (z.B. S. 51), die längst rechtskräftig beurteilt worden sind (vgl. IV-Nr. 108). Schliesslich bleibt die Gutachterin bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sehr vage; ob diese eher in der Grössenordnung von 50 % oder darunter liege, sei leider nicht beurteilbar (vgl. S. 60). Vor diesem Hintergrund bildet das das Privatgutachten keine taugliche Grundlage, um den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu beurteilen. Dieses Gutachten wird den Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Grundlage nicht gerecht, weil es an der Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse und der Begründung der gezogenen Schlussfolgerungen sowie an einer inhaltlichen Auseinandersetzung mit dem Vorgutachten mangelt; dies schliesst allerdings nicht aus, dass das Gutachten geeignet sein könnte, die Beweiskraft des Administrativgutachtens der Gutachterstelle N.____ zu erschüttern, indem aufgezeigt würde, dass dieses relevante inhaltliche Mängel aufweist (vgl. E. 4.5 hiervor). Zu allfälligen Abweichungen der Beurteilung der Privatgutachterin mit den bisherigen Beurteilungen hat Dr. med. W.____ angeführt, dass sich Hinweise bereits im Untersuchungsbericht von Dr. med. AG.____ aus dem Jahr 2004 fänden. Die Beurteilungen der Leistungsfähigkeit in den Gutachten des G.____ wie der N.____ würden sich auf den

psychopathologischen Befund nach AMDP beziehen. Die Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) weist aber selbst darauf hin, dass für die verlässliche Diagnosestellung von Angststörungen, somatoformen Störungen, Persönlichkeitsstörungen etc. die Erhebung mit Hilfe des AMDP-Systems nicht ausreiche (Freyberger und Möller 2004). Das heisse, weder die Diagnose der chronischen Schmerzstörung noch der Persönlichkeitsstörung seien ausreichend untersucht und entsprechend auch in der Beurteilung der Leistungsfähigkeit nicht berücksichtigt worden. Hinzu komme, dass im Gutachten des SMAB die auffälligen Ergebnisse des HAMD und des TOMM als Beleg für Simulation verstanden worden seien, was testpsychologisch dies nicht zulässig sei und worauf auch lic. phil. X. ___ in ihrem neuropsychologischen Gutachten hingewiesen habe. Auffällige Werte in Symptomvalidierungsverfahren liessen lediglich den Schluss zu, dass die Ergebnisse der eingesetzten Tests nicht als zuverlässige Ergebnisse herangezogen werden könnten. Sie erlaubten keine Aussage über die Bewusstseinsnähe oder -ferne des Antwortverhaltens; darauf wiesen Methodikpublikationen der Psychologie regelmässig hin (BB-Nr. 2, S. 60). Diesen Aussagen ist die nachvollziehbare Erklärung der RAD-Ärztin Dr. med. H. ___ vom 12. Mai 2016 entgegenzuhalten, wonach die Gutachter ihre Beurteilung der Aggravation oder gar Simulation nicht alleine auf die beiden erwähnten Testuntersuchungen (TOMM und BDI) gestützt hätten (IV-Nr. 161, S. 2); dazu lässt sich dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. R. ___ insbesondere Folgendes entnehmen: Die Beschwerdeführerin habe (bezüglich TOMM [Test of Memory Malinger]) bereits im ersten Versuch mehr Fehler gemacht, als es der Zufallsbereich wahrscheinlich machen würde. Somit hätten sich deutliche Hinweise auf das Vorliegen einer Simulation gefunden. Eine Aggravation allein sei als Erklärung für die genannten Phänomene nicht ausreichend. Zum Beck-Depressionsinventar (BDI) hat der Gutachter ausgeführt, dass sich die Beschwerdeführerin hier als schwer depressiv beschrieben habe, wobei aufgefallen sei, dass faktisch durchgehend das jeweils schwerwiegendste Item angekreuzt worden sei. Der Test sei insoweit leicht zu durchschauen. Zu den beiden Untersuchungsmethoden TOMM und BDI hat der Gutachter u.a. erklärt, dass der von Tombaugh (TOMM) im Jahr 1996 entwickelte Test einer der am weitesten verbreiteten und am besten untersuchten Beschwerdevalidierungstests sei, wozu mehrere Testdurchgänge durchgeführt würden. Das BDI stelle ein Instrument zur Beurteilung der Schwere der Depression bei psychiatrisch diagnostizierten Jugendlichen ab 13 Jahren und Erwachsenen dar (IV-Nr. 146.2, S. 7). Die Ergebnisse dieser Tests deckten sich – so die RAD-Ärztin weiter ausgeführt – aber mit dem Eindruck, den die somatischen Gutachter aufgrund der Beschwerdepräsentation der Beschwerdeführerin und den inkonsistenten Untersuchungsbefunden unabhängig von der psychiatrischen Beurteilung beschrieben hätten. Der psychiatrische Befund erscheine oberflächlich; dieser sei jedoch gemäss den AMDP-Richtlinien erhoben worden (IV-Nr. 161, S. 2), die nach wie vor Bestand zu haben scheinen. Dazu kommt, dass der psychiatrische Gutachter im Rahmen seiner Beurteilung – entgegen der Auffassung von Dr. med. W. ___ – nicht alleine auf die Testergebnisse abgestellt hat, sondern das Störungsbild einer allenfalls anzunehmenden Neurasthenie nach den anerkannten ICD-10-Kriterien geprüft hat (IV-Nr. 146.2, S. 9 f.). Im Übrigen scheint alleine die Privatgutachterin der Meinung zu sein, es könne nicht auf den Befund nach ADMP abgestellt werden. Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. I. ___ hat diese Methode bislang nicht in Frage gestellt; insofern sich ihre Kritik auch auf die Erkenntnisse des seinerzeitigen G. ___-Gutachtens bezieht, ist festzuhalten, dass das VSG SO diesem uneingeschränkten Beweiswert zugemessen hat (IV-Nr. 108, S. 21). Im

Weiteren hat die Privatgutachterin zu Thema allfälliger Abweichungen darauf hingewiesen, dass die sehr aufwändige Aktenanalyse und die sehr ausführliche Exploration und Mitschrift der Exploration in diesem Gutachten vor allem dazu dienen, die Diagnosen der Somatisierungs- und der Persönlichkeitsstörung zu prüfen und zu belegen. Die Schwierigkeit bestehe bei beiden Diagnosen darin, dass die Krankheitseinsicht bei den Betreffenden häufig nicht gegeben sei und zudem Verhaltensweisen, die zu sozialen Konsequenzen führten, hoch schambesetzt seien und deshalb verleugnet würden (BB-Nr. 2, S. 60). Zu diesen Aussagen kann auf den vorstehenden Absatz bzw. auf die Ausführungen über den Beweiswert des Privatgutachtens verwiesen werden. Zu ergänzen bleibt, dass sich die Problematik auch bei der neuropsychologischen Untersuchung von lic. phil. X.____ gezeigt habe (BB-Nr. 3, S. 6 f.). 9.3.3 Zusammenfassend bildet das Privatgutachten von Dr. med. W.____ vom 5. Januar 2017 keinen Anlass, an der Zuverlässigkeit der Beurteilung durch die N.____-Gutachter zu zweifeln. Für eine Verschlechterung des Gesundheitszustands zwischen dem Begutachtungszeitpunkt und dem Erlass der angefochtenen Verfügung bestehen keine Anhaltspunkte; dies lässt sich nämlich – wie bereits angeführt – unzweifelhaft der Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. H.____ zum nachgereichten Austrittsbericht der D.____ vom 29. Juni 2016 entnehmen (IV-Nr. 172). Dem Gutachten der N.____-Ärzte vom 8. Januar 2016, das nebst den Gutachtern auch zwei weitere Ärzte sowie der Geschäftsführer der N.____ unterzeichnet haben, ist daher für den gesamten hier zu beurteilenden Zeitraum voller Beweiswert zuzumessen. Weitere Abklärungen sind – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin – nicht erforderlich. Ihr ist aus medizinisch-theoretischer Sicht zuzumuten, seit der letzten Begutachtung vom 22. März 2011 grundsätzlich die bisherige Tätigkeit oder eine Verweistätigkeit uneingeschränkt ganztags auszuüben (vgl. IV-Nr. 146.1, S. 26, 32) und dabei ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Schliesslich haben die Gutachter bei der Prognose im polydisziplinären Konsens klar zum Ausdruck gebracht, dass eine Behandlung der Beschwerdeführerin nicht erforderlich sei. Sie stehe dem Arbeitsprozess ab sofort uneingeschränkt zur Verfügung. Eine Prognose sei aus polydisziplinärer Sicht nicht eingeschränkt. Es sei vielmehr davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin, die ihren eigenen Angaben zufolge ihrer Arbeit immer sehr viel Positives habe abgewinnen können, eine Steigerung des Selbstwertgefühls durch die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit erleben werde; letzteres scheint die Beschwerdeführerin seit der letzten richterlichen Beurteilung im Jahr 2014 unversucht gelassen zu haben und nachvollziehbar Ursache dafür zu sein, dass sie – so lässt sich den Ausführungen ihres Hausarztes entnehmen (vgl. E. II 8.8 hiervor) – bereits seit 2002 unter einer massiven Dekonditionierung leidet. 10. Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Entscheid den Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen verneint, ohne dies zu begründen (IV-Nr. 173). Die Beschwerdeführerin hat dazu in ihrer Beschwerde nichts vorgetragen lassen. Nachdem sie jedoch aufgrund des medizinischen Beweisergebnisses in ihrer bisherigen Tätigkeit wie auch in einer Verweistätigkeit zumindest seit März 2011 zu 100 % arbeitsfähig ist (IV-Nr.146.1, S. 26, 32), besteht kein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen. Unabhängig davon wäre im vorliegenden Fall von einer subjektiven Eingliederungsunfähigkeit auszugehen und die Voraussetzungen zur Gewährung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen auch aus diesem Grund zu verneinen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_966/2011 vom 4. Mai 2012 E. 3.2 mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Folglich ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen verneint hat. 11.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass der Beschwerdeführerin zumindest seit März 2011 medizinisch-theoretisch zuzumuten ist, ihre bisherige Tätigkeit oder eine Verweistätigkeit uneingeschränkt und ganztags auszuüben, um dabei ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht nicht. Folglich erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb diese abzuweisen ist.

E. 12

12.1 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht grundsätzlich kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

12.2 Trotz des fehlenden Anspruchs auf eine Parteientschädigung kann der Beschwerde führenden Person unter Umständen der Ersatz von Kosten eines während des gerichtlichen Beschwerdeverfahrens eingeholten Privatgutachtens zugesprochen werden. Die entsprechenden Voraussetzungen beurteilen sich analog zur Regelung im Verwaltungsverfahren (Art. 45 Abs. 1 ATSG).

12.2.1 Nach Art. 45 Abs. 1 ATSG übernimmt der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden. Diese Bestimmung bezieht sich auf alle Verwaltungsverfahren, die vom ATSG geregelt werden (Ueli Kieser: ATSG-Kommentar, 3. Aufl., 2015, Art. 45, Rz 15).

12.2.2 Die infrage stehende Massnahme ist zur Beurteilung des Anspruchs unerlässlich, wenn dieselbe Massnahme im Rahmen der Untersuchungspflicht ebenfalls anzuordnen gewesen wäre, was jedoch ■ etwa wegen Verletzung des Gebots des raschen Handelns ■ nicht erfolgt ist. Nicht verlangt ist indessen, dass mit der Massnahme neue, von den bisherigen Resultaten abweichende Ergebnisse gewonnen werden; vielmehr reicht es aus, wenn die so gewonnenen Erkenntnisse für die Abklärung «verwendbar» sind. Von Bedeutung ist ferner, dass eine Kostenübernahme nicht voraussetzt, dass in der Folge eine Leistungszusprache erfolgt; denn es ist einzig verlangt, dass die Massnahme zur Beurteilung des Leistungsanspruchs unerlässlich gewesen ist. Nach der Rechtsprechung sind denn auch unter dem Titel Parteientschädigung die Kosten privat eingeholter Gutachten zu vergüten, soweit die Parteipexpertise für die Entscheidungsfindung unerlässlich war. Zudem hält die Rechtsprechung fest, dass dieser Grundsatz für das Verwaltungsverfahren ausdrücklich in Art. 45 Abs. 1 ATSG festgehalten ist (Kieser, a.a.O., Rz 19 ff.).

12.2.3 Die Beschwerdeführerin hat geltend gemacht, die Beschwerdegegnerin habe ihr die durch das Einholen des Gutachtens von Dr. med. W. ___ vom 5. Januar 2017 entstandenen Kosten von CHF 11'455.00 (BB-Nr. 4) zu ersetzen. Aufgrund der vorstehenden Erwägungen (E. II 9.3) steht fest, dass das Gutachten von Dr. med. W. ___ den vorliegenden Entscheid weder beeinflusst hat noch gar unerlässlich gewesen wäre. Folglich besteht auch kein Anspruch auf Kostenersatz.

13. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu

bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

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

Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb 30 Tagen seit 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 Zwischenentscheidungen (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin	Der Gerichtsschreiber
Weber-Probst	Häfliger

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