

# **SO\_GERICHTE VSBES.2021.163 vom 2. November 2022**

SO Obergericht, 2022-11-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2021.163\\_d20221102](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.163_d20221102)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2021.163 du 2 novembre 2022

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2021.163 del 2 novembre 2022

## **Regeste**

Invalidenrente

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Die vorliegend angefochtene Verfügung erging vor dem 1. Januar 2022. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts sind daher die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar (Urteil des Bundesgerichts 8C\_787/2021 vom 23. März 2022 E. 2.1 mit Hinweisen).

### **E. 2**

2.1 Der revisionsrechtlich massgebende Sachverhalt betrifft die Aufhebung der Invalidenrente per Ende Oktober 2021, weshalb die ab 1. Januar 2012 geltende Rechtslage zu berücksichtigen ist.

2.2 Seit der ab 1. Januar 2012 geltenden Rechtslage (6. IV-Revision) haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

### **E. 3**

3.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

Das Institut der Revision von Invalidenrenten gilt für alle Sozialversicherungen, welche Invalidenrenten ausrichten, und wurde vom Gesetzgeber in Weiterführung der

entsprechenden bisherigen Regelungen übernommen. Da somit keine davon abweichende Ordnung beabsichtigt war, ist auch die dazu entwickelte Rechtsprechung grundsätzlich anwendbar (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 350 und 352 E. 3.5.4).

3.2 Anlass zur Rentenrevision gibt nach der Rechtsprechung jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 125 V 368 E. 2 S. 369). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben; zudem kann auch eine Wandlung des Aufgabenbereichs einen Revisionsgrund darstellen (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349; 117 V 198 E. 3b S. 199; AHI 1997 S. 288 E. 2b).

3.3 Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372, mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 104 E. 3a). Auch eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine Revision des laufenden Rentenanspruchs zum Nachteil des Versicherten (BGE 115 V 308 E. 4a/bb S. 313).

4. Gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin sei vorab festzustellen, dass die Nichtzulassung der Ergänzungsfragen der Beschwerdeführerin im Vorbescheidverfahren eine schwerwiegende Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV und Art. 6 Ziff. 1 EMRK darstelle (vgl. BGE 137 V 210 ff.). Ebenso sei so das Recht der Versicherten auf Beweis nach Art. 152 Abs. 1 ZPO verletzt worden. Sodann sei festzuhalten, dass der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens wesentlich davon abhängt, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema ■ erhebliche Änderung des Sachverhalts ■ beziehe. In der angefochtenen Verfügung vertrete die Beschwerdegegnerin die Ansicht, dass bei der Beschwerdeführerin neu in Form einer «Aggravation» ein Revisionstatbestand vorliegen solle. Diese Behauptung erweise sich klar als aktenwidrig. Der psychiatrische Gutachter der E. \_\_\_ habe keine Aggravation bei der Beschwerdeführerin festgestellt, sondern vielmehr eine Simulation, welche überdies bereits im Jahre 2014 bestanden haben solle. Die Gleichsetzung von Aggravation und Simulation, wie diese von der Beschwerdegegnerin demgegenüber in der angefochtenen Verfügung vorgenommen worden sei, erweise sich somit klar als willkürlich. Zudem müsse nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung die Aggravation (resp. die Simulation) neu hinzugetreten sein, damit sie als revisionsrechtlich relevante Tatsachenänderung Geltung beanspruchen könne. Im Zeitpunkt der Begutachtung habe die Versicherte also noch gar keine Aggravation (resp. Simulation) gezeigt haben dürfen. Nun sage aber der psychiatrische Teilgutachter ausdrücklich, dass die Simulation im Februar 2014 bereits vorgelegen habe. Des Weiteren blende IV-Stelle den Umstand komplett aus, dass die E. \_\_\_-Gutachter eine Veränderung des Gesundheitszustandes bei der Versicherten seit 2011 und damit auch seit dem Referenzjahr 2014 klar verneinten. Bei diesen Aussagen seien die Gutachter zu behaften. Wenn die eigenen Verwaltungsgutachter der IV schrieben, es sei keine Veränderung seit 2011 eingetreten, dann sei eine solche nicht eingetreten und dann könne auch eine angebliche neue «Aggravation» eine solche keinesfalls begründen, was die Beschwerdegegnerin erneut zu verkennen scheine. Somit sei gerichtlich eine Abweichung von einem Gutachten ohne erkennbaren Grund und damit eine offensichtlich unrichtige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes im Sinne von Art. 97 BGG

festzustellen. Sodann hätten die E.\_\_\_\_-Gutachter in Bezug auf die entscheidende Frage der IV-Stelle (Ziff. 8.4) nach dem Vorliegen eines Revisionsstatbestandes einen Vergleich zum gerichtlichen Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ vom 19. März 2014 ■ und nicht einen solchen zum B.\_\_\_\_-Gutachten vom 26. Mai 2011 ■ vornehmen müssen. Dieses bilde zusammen mit dem Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn vom 12. August 2014 den bundesgerichtlich geforderten zeitlichen Referenzpunkt. Somit komme das angerufene Gericht nicht darum herum, eine neue, diesmal gerichtliche Begutachtung anzuordnen. Des Weiteren hätten die E.\_\_\_\_-Gutachter nicht verbindlich festgehalten, ob der Simulation ein krankhafter Prozess zu Grunde liege oder nicht. Diese Frage sei von ihnen nachträglich noch zu beantworten, was hiermit auch ausdrücklich beantragt werde. Denn gemäss Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten vom 16. Juni 2016 sei konsistent nicht gleichbedeutend mit authentisch und inkonsistent sei nicht gleichbedeutend mit nicht-authentisch. Inkonsistenz stelle eine wertfreie Feststellung dar, welche es zuerst gutachterlich zu klären gelte. Konkret habe ein Gutachter zu klären, ob einer festgestellten Inkonsistenz ein krankhafter Prozess zugrunde liege. Gebe es andernfalls keine verbindlichen Vernehmlassungen der Gutachter zu dieser rechtserheblichen Sachverhaltsfrage, könne die IV-Verwaltung aber auch keine gesicherten medizinischen Kenntnisse haben, ihre Überlegungen beruhten deshalb auf Spekulationen, was wiederum eine unverbindliche Tatsachenfeststellung im Sinne von Art. 105 Abs. 1 BGG darstelle. Deshalb wäre die Sache zur Klärung des Sachverhaltes ohnehin an die Vorinstanz zurückzuweisen.

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, gemäss dem E.\_\_\_\_-Gutachten vom 26. September 2020 müsse insgesamt von einem bewussten aggravatorischen Verhalten bis hin zur Simulation ausgegangen werden. Im psychiatrischen Gerichts-Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 19. März 2014 habe dieser wohl ein auffälliges Verhalten sowie mangelnde Kooperation seitens der Beschwerdeführerin beschrieben, ohne jedoch eine Aggravation festzustellen. Das Vorliegen einer solchen im damaligen Zeitpunkt sei somit nicht ausgewiesen. Nach dem Gesagten sei von einer revisionsrechtlich relevanten Tatsachenänderung im Sinne eines früher ■ nämlich im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. med. D.\_\_\_\_ ■ nicht gezeigten Verhaltens auszugehen. Somit sei ein Revisionsgrund nach Art. 17 Abs. 1 ATSG zu bejahen und der Rentenanspruch umfassend («allseitig») zu prüfen. Dass die Gutachter der E.\_\_\_\_ ihre Beurteilung mit dem Gutachten des B.\_\_\_\_ verglichen, ändere nichts am Beweiswert des Gutachtens. Auf eine neue Begutachtung könne deshalb verzichtet werden. Gemäss dem Gutachten der E.\_\_\_\_ liessen sich sowohl in den einzelnen Teilgutachten als auch aus interdisziplinärer Sicht diverse Inkonsistenzen feststellen. Die Abklärungen hätten somit ergeben, dass weder auf somatischem noch auf psychiatrischem Fachgebiet Gesundheitsstörungen hätten festgestellt werden könnten, die relevante funktionelle Beeinträchtigungen begründen könnten. Es sei der Beschwerdeführerin zumutbar, in Ihrer angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiterin sowie in jeglichen anderen Tätigkeiten zu 100 % arbeitstätig zu sein und dabei ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Es bestehe somit keine Invalidität im Sinne des Gesetzes und daher auch kein Anspruch mehr auf eine Invalidenrente. Die ganze Rente werde aufgehoben. Zudem sei zu den Einwänden der Beschwerdeführerin festzuhalten, dass zwar im Gutachten des B.\_\_\_\_ zunächst von einer Verdeutlichung gesprochen werde, in der Stellungnahme fielen dann auch noch die Worte Aggravation und Simulation. Die IV-Stelle habe sich aber darauf gestützt, dass sich die Depression verbessert habe und deshalb ein Revisionsgrund

vorgelegen habe. Das Gericht habe aber in seinem Urteil vom 12. August 2014 festgehalten, dass das Gutachten des B.\_\_\_\_ keine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes nachzuweisen vermöge, sondern auf einer anderen Beurteilung des im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts beruhe. Somit habe kein Revisionsgrund vorgelegen. Das Gericht habe hingegen auf die Einschätzung von Dr. med. D.\_\_\_\_ abgestellt, welcher den Gesundheitszustand bestätigt habe, welcher bereits der Verfügung vom 29. November 2007 und den Berichten von med. pract. G.\_\_\_\_ zugrunde gelegen habe. Somit sei im Zeitpunkt der letzten rechtskräftig beurteilten materiellen Prüfung des Sachverhaltes klar nicht von einer Aggravation oder Simulation ausgegangen worden. Es sei eine Veränderung des Gesundheitszustandes verneint worden. Die Gutachter der E.\_\_\_\_ hätten nun nach einer neu durchgeführten Begutachtung festgestellt, dass eine Simulation vorliege. Somit handle es sich vorliegend um eine neu hinzugetretene Tatsache, welche von den Gutachtern auch so belegt werde. Dies im Gegensatz zur letzten materiellen Prüfung durch das Gericht. Somit könne diese Tatsache als Revisionsgrund angesehen werden. Des Weiteren betreffe die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente mehr als 15 Jahre bezogen habe, womit grundsätzlich der Eingliederungsbedarf abzuklären wäre. Jedoch sei dem Gutachten der E.\_\_\_\_ vom 26. September 2020 zu entnehmen, dass ein hoher Verdacht auf bewusstes aggravatorisches Verhalten hin bis zur Simulation bestehe. Daher sei davon auszugehen, dass die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt nicht invaliditätsbedingt gewesen und eine Selbsteingliederung daher möglich und zumutbar sei. Entsprechend bestehe kein Anspruch auf berufliche Massnahmen vor der Rentenaufhebung. Sodann verlange die Beschwerdeführerin, dass den Gutachtern der E.\_\_\_\_ Ergänzungsfragen zu stellen seien. Die erste Frage an Dr. med. H.\_\_\_\_ sei jedoch als klarer Schreibfehler zu taxieren. Die Inkonsistenzen ergäben sich bei Durchsicht des Gutachtens aus der Ziffer 7.2.1. Somit erübrige sich eine entsprechende Nachfrage beim Gutachter. Die zweite Frage richte sich an med. pract. F.\_\_\_\_ und betreffe die Simulation. Die Ausführungen im Gutachten unter Ziffer 7.3.1 wie auch Ziffer 6.3 beantworteten die Fragen stringent, weshalb sich auch hier eine entsprechende Rückfrage beim Gutachter erübrige.

5. Strittig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin die Rente der Beschwerdeführerin zu Recht per Ende Oktober 2021 revisionsweise aufgehoben hat.

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich bei einer Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten Rentenverfügung ■ vorliegend am 18. Juni 2012 ■ bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 7. September 2021 (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2). Zwar hob das Versicherungsgericht die letztmalige Rentenverfügung der Beschwerdegegnerin vom 18. Juni 2012 gestützt auf das psychiatrische Gerichtsgutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 19. März 2014 mit Urteil VSBES.2012.206 vom 12. August 2014 auf. Die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildete aber dennoch die Verfügung vom 18. Juni 2012, weshalb diese vorliegend auch den zeitlichen Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet (vgl. auch VSBES.2012.206 vom 12. August 2014 E. 6).

5.1 Im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung vom 18. Juni 2012 sind hinsichtlich des medizinischen Sachverhalts unter anderem das neurologische sowie das

internistische Teilgutachten des B.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2011 (IV-Nr. 81.2) von Belang. Das Versicherungsgericht hat im Urteil VSBES.2012.206 vom 12. August 2014 E. 5.1 dem B.\_\_\_\_-Gutachten denn auch grundsätzlich Beweiswert zuerkannt und Folgendes ausgeführt: «Das Gutachten der B.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2011 (IV-Nr. 83.2) wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (vgl. E. II. 2.6 hiervor) gerecht, soweit es die Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes und der daraus abzuleitenden Arbeitsfähigkeit betrifft. Die Expertise beruht auf vollständigen Grundlagen und gelangt zu schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar hergeleitet werden. Zu den übrigen, abweichenden ärztlichen Stellungnahmen wird Stellung genommen und die Differenzen in Beurteilung werden einleuchtend begründet.» Dagegen kam das Versicherungsgericht zum Schluss, dass dem B.\_\_\_\_-Gutachten insofern keine volle Beweiskraft beigemessen werden könne, soweit es sich zur Frage äussere, inwieweit sich der rechtserhebliche Sachverhalt gegenüber der Situation bei Erlass der Verfügung vom 29. November 2007 verändert habe. Diesbezüglich führte das Versicherungsgericht weiter aus: «Die Gutachter bejahen das Vorliegen einer erheblichen Veränderung mit dem Hinweis, die in den Akten erwähnte mittel- bis zum Teil schwergradige depressive Störung habe sich weitgehend zurückgebildet. Dem Gutachten lässt sich jedoch nicht entnehmen, bei welchen konkreten Befunden und Symptomen die Experten davon ausgehen, dass sie damals vorgelegen hätten, inzwischen aber remittiert seien. Gestützt auf die Ausführungen im Gutachten liess sich die Frage, ob tatsächlich eine erhebliche Veränderung der Symptomatik eingetreten sei oder nicht vielmehr lediglich der im Wesentlichen unverändert gebliebene Gesundheitszustand abweichend bewertet werde, nicht abschliessend und zuverlässig beurteilen.» Damit hat das Versicherungsgericht de facto nur dem psychiatrischen Teilgutachten des B.\_\_\_\_ den Beweiswert aberkannt, weshalb es bei Dr. med. D.\_\_\_\_ (s. E. II. 5.1.3 hiernach) ein psychiatrisches Gerichtsgutachten veranlasste, welchem es in der Folge im vorgenannten Urteil vollen Beweiswert zugesprochen hat. Somit sind vorliegend neben dem psychiatrischen Gerichtsgutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 19. März 2014 das neurologische sowie das internistische Teilgutachten des B.\_\_\_\_ zum Sachverhaltsvergleich beizuziehen.

5.1.1 Im internistischen Teilgutachten des B.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2011 (IV-Nr. 81.2) wurde folgender Status festgehalten: Unauffälliger Allgemein- und leicht adipöser Ernährungszustand mit 70 kg bei 161 cm, BMI 27 kg/m<sup>2</sup>. Blutdruck 120/70 mmHg, Puls 70/min. regelmässig. Untersuchung des Herzens und der Thorax/Lungen unauffällig. Normale Pulspalpation. Druckdolenz im ganzen Abdomen, vor allem im Epigastrium, sonst unauffällige Untersuchung. Normale Pulspalpation. Kopf-Halsregion unauffällig, Lymphknoten nicht palpabel. Haut unauffällig. Wirbelsäule und Nervensystem siehe neurologisches Teilgutachten. Grobe Untersuchung der Gelenke unauffällig. Keine Ödeme, leichte Varikosis links. Labor: Rotes und weisses Blutbild normal mit normaler maschineller Leukozytendifferenzierung. Normale Leber- und Nierenwerte. Harnsäure, HbA1c, BSR und CRP im Normbereich. TSH leicht erhöht mit 5,1 mU/I (0,35-4,5). Nachbestelltes FT3 und FT4 im Normbereich. Gestützt auf diesen erhobenen Status ist es nachvollziehbar, dass der Gutachter auf dem internistischen Fachgebiet keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erhob.

5.1.2 Im neurologischen Teilgutachten des B.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2011 (IV-Nr. 81.2) wurde ein neuropathisches Schmerzsyndrom über der rechten Gesichtshälfte bei Status nach zentrolateraler Mittelgesichtsfraktur rechts mit Impressionsfraktur des Sinus frontalis vom

16. Juni 2002 (ICD-10 502.4) diagnostiziert und zur Beurteilung ausgeführt, bei der Beschwerdeführerin bestehe weiterhin ein schwierig einzuordnendes diffuses Beschwerdebild im Bereich des Gesichts mit Ausbreitung in den ganzen Kopf. Ein wesentliches tendomyopathisches Schmerzsyndrom mit Einbezug der Nacken- und Schultermuskulatur bestehe allerdings nicht. Der gesamte Gesichtsbereich sei rechtsbetont drucküberempfindlich und es sei über der rechten Gesichtshälfte eine ausgeprägte Überempfindlichkeit auf Berührung und Schmerzreize vorhanden, was für eine erhebliche Zentralisierung des Schmerzes im Sinne eines neuropathischen Schmerzsyndroms spreche. Diese Beschwerdeanteile müssten als organisch erklärbar bezeichnet werden. Die erhebliche Symptomausweitung mit Ausbreitung der Schmerzen in den übrigen Körper und den Angaben über eine ausgeprägte Belastungsintoleranz seien damit jedoch nicht erklärbar. Die weitere neurologische Untersuchung ergebe keine Hinweise für eine radikuläre Reiz- bzw. sensomotorische Ausfallsymptomatik. Die Versicherte zeige bei der fokussierten Untersuchung mässige Gleichgewichtsstörungen, welche jedoch bei unauffälliger Beobachtung nicht nachvollziehbar seien. Das ganze Verhalten der Versicherten mit häufigem Stöhnen, ausgeprägter Leidensmiene und den eigenen Berichten über das stark ausgeprägte Schonverhalten sprächen für ein demonstratives Verhalten. Die Tatsache, dass die Versicherte nach dem Unfall ihre Arbeitstätigkeit wieder habe aufnehmen können und trotz der Schmerzen arbeitstätig gewesen sei, sei gut vereinbar mit dem oben geschilderten neurologisch erklärbaren Beschwerdebild. Es müsse jedoch anerkannt werden, dass aufgrund der Schmerzen die Leistungsfähigkeit wahrscheinlich auch bereits damals eingeschränkt gewesen sei. Aus dem oben Gesagten gehe hervor, dass die Versicherte aufgrund des neuropathischen Schmerzsyndroms in ihrer beruflichen Tätigkeit als Hilfsarbeiterin um 20 % leistungsvermindert sei. Dies bei vollzeitigem Arbeitseinsatz.

5.1.3 Dr. med. D.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem psychiatrischen Gerichtsgutachten vom 19. März 2014 (IV-Nr. 113) eine chronifizierte depressive Störung mittelgradigen Ausmasses, eine Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren sowie eine Persönlichkeitsänderung durch psychische Krankheit (ICD-10: F62.1). In der Beurteilung führte Dr. med. D.\_\_\_\_ aus, der Feststellung der B.\_\_\_\_, die Beschwerdeführerin sei kognitiv nicht beeinträchtigt, könne er nicht beipflichten. Bei depressiven Störungen werde oft eine so genannte «Pseudodemenz» festgestellt, was nichts anderes heisse, als dass sich bei Remission der depressiven Störung die defizitären Gedächtnisleistungen wieder normalisieren könnten. Es sei deshalb durchaus denkbar, dass bei einer Depression Gedächtnisstörungen auftreten könnten. Die Annahme, es liege diesbezüglich eine Simulation vor, vermöge angesichts der jahrelangen Geschichte und des konstanten Verlaufs nicht zu überzeugen. Das im Vorgutachten beschriebene auffällige Verhalten könnte insofern bestätigt werden, als die Explorandin vordergründig sehr leidend und dramatisierend gewirkt habe, was möglicherweise auch als histrionisch anmutend bezeichnet werden könne. Derartige histrionische Verhaltensweisen fänden sich oft bei ängstlich geprägtem Verhalten. Es falle auf, wie die Stimmlage sich kaum moduliere und durchwegs ein gleiches, klagendes Verhalten bestehe, auch zeige sich eine deutlich verschobene Gestik und Mimik in einseitiger Richtung, sie wirke durchwegs besorgt und depressiv verstimmt, zeige durchaus ab und zu ein schmerzverzerrtes Gesicht, doch könne nie eine Entspannung im Gesichtsbereich beobachtet werden, auch kein Lächeln. Die Explorandin wirke durchwegs gequält und leidend. Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung könne nicht bestätigt werden, da sie voraussetze, dass die

Körperbeschwerden aus somatischer Sicht nicht erklärt werden könnten. Die Beschwerden seien aber zumindest teilweise erklärbar, wenn auch nicht im subjektiv angegebenen Ausmass. Diagnostiziert werden könne daher einzig eine Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren. Die psychischen Faktoren dürften durch die depressive Störung und die mögliche Persönlichkeitsänderung begründet sein, auch sei mit grosser Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin den Unfall fehlverarbeitet habe. Für das etwas histrionisch anmutende Verhalten der Explorandin sei nach Meinung des Gutachters nicht eine eigentliche akzentuierte Persönlichkeitsstruktur verantwortlich, sondern eine ausgesprochene Fehlverarbeitung und mittlerweile Chronifizierung der Beschwerden, welche schliesslich zu einer Persönlichkeitsänderung geführt habe. Es bestehe eine hochgradige Abhängigkeit sowie grosse Anspruchs- und Erwartungshaltung gegenüber der Umgebung respektive der Familie und eine unkorrigierbare Überzeugung, durch den Unfall verändert und dadurch krank geworden zu sein. Die Explorandin sei nicht mehr in der Lage, vertrauensvolle persönliche und tragende Beziehungen aufzunehmen und beizubehalten, sie isoliere sich sozial und ziehe sich zurück, halte Kontakte gar nicht mehr aus. Sie sei nicht mehr in der Lage, sich sinnvoll zu beschäftigen, sie verrichte nicht mehr selbständig Aktivitäten, helfe praktisch nicht mehr mit im Haushalt, es bestünden keine Interessen mehr, sie vernachlässige alles. Sie klage ständig über ihre Krankheit, auch im familiären Rahmen, es bestehe ein hypochondrisches Verhalten, eine durchwegs dysphorische und labile Stimmung. Die Wahrnehmung, die Beziehungsfähigkeit und das Denken seien nicht mehr adäquat. Die Persönlichkeitsänderung sei derart ausgeprägt, dass sie als unflexibel und unangepasst eingestuft werden müsse. Es bestehe eine massive Beeinträchtigung der sozialen alltäglichen Funktionsfähigkeit, sowie auch ein subjektives Leiden, negative Auswirkungen auf die Familie und die soziale Umgebung. Die Störung bestehe nun schon länger als zwei Jahre. Somit seien eindeutig die meisten Kriterien für eine andauernde Persönlichkeitsänderung erfüllt. Eine solche müsse deshalb als wahrscheinlichste Diagnose und Erklärung für den heutigen Zustand angenommen werden. Zur Arbeitsfähigkeit führt Dr. med. D.\_\_\_\_ aus, die Explorandin sei nicht in der Lage, ihr Verhalten genügend zu steuern, es bestünden massive kognitive und psychomotorische Beeinträchtigungen, sie könne ihre Verhaltensweisen nicht mehr adäquat kontrollieren und verhalte sich unflexibel und unangepasst, wodurch sie auch keine vernünftige Leistung in der freien Wirtschaft erbringen und einem potenziellen Arbeitgeber nicht zugemutet werden könne. Es sei deshalb weiterhin von einer vollen Arbeitsunfähigkeit für jede Tätigkeit auszugehen, und zwar schon seit Jahren. Seit der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 29. November 2007 könne keine objektivierbare Verbesserung festgestellt werden.

5.2 Bei Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 7. September 2021 präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

5.2.1 Im polydisziplinären Gutachten (Fachrichtungen Psychiatrie, Neuropsychologie, Rheumatologie / Orthopädie, Neurologie sowie Allgemeine Innere Medizin) der E.\_\_\_\_, vom 26. September 2020 (IV-Nr. 153.1) wurde in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung festgehalten, trotz der angegebenen vielfältigen Beschwerden hätten letztlich weder auf somatischem, noch auf psychiatrischem Fachgebiet Gesundheitsstörungen festgestellt werden können, die relevante funktionelle Beeinträchtigungen begründen könnten. Eine genaue Beurteilung der kognitiven Leistungsfähigkeit sei letztlich wegen mangelnder Mitarbeit in der neuropsychologischen Untersuchung nicht möglich gewesen. Entgegen der Vorberichterstattung (Obergutachten Dr. D.\_\_\_\_) habe zudem aktuell eine

Persönlichkeitsstörung im eigentlichen Sinne ausgeschlossen werden können. Sowohl in den einzelnen Teilgutachten als auch aus interdisziplinärer Sicht seien multiple Inkonsistenzen festzustellen gewesen. Zusammenfassend und besonders zu erwähnen seien die folgenden Inkonsistenzen: Für die angegebenen, erheblichen körperlichen Beschwerden habe sich, unter Würdigung der Vorberichterstattung inklusive der bisher durchgeführten bildgebenden Diagnostik und aufgrund der aktuellen körperlichen und laborchemischen Untersuchung, kein Korrelat gefunden. Die Explorandin habe z.B. im Rahmen der internistischen Untersuchung bei jeder Berührung mit sanftem Druck auf mehrere, willkürlich ausgesuchte Körperstellen mit der Angabe von heftigsten Schmerzen reagiert. Die Explorandin habe sich durchgehend jammernd, stöhnend, leidend und insgesamt sehr theatralisch präsentiert. Im Rahmen der rheumatologisch-orthopädischen Untersuchung hätten sich keinerlei Auffälligkeiten gefunden. Der angegebene ausgeprägte Hustenreiz sei z.T. bei der Befragung und damit bei «Erinnerung an den Husten» stark ausgeprägt, im Rahmen der Untersuchung dann deutlich weniger ausgeprägt. Lungenfachärztliche Abklärungen hätten diesbezüglich bisher keine Klärung gebracht. Die beklagte Schwindelsymptomatik und die beschriebenen wiederkehrenden Wahrnehmungsstörungen seien neurologisch nicht zu erklären. Inkonsistenzen zeigten sich auch vor dem Hintergrund der durchgeführten Laboruntersuchungen. Hier sei abzuleiten gewesen, dass die Versicherte die Medikation nicht in der Art und Weise eingenommen haben könne, wie von ihr angegeben worden sei. Eine depressive Entwicklung, wie in den Vorberichten angegeben, habe aktuell nicht festgestellt werden können, auch keine Pseudodemenz im Rahmen einer depressiven Symptomatik, wie von Herrn Dr. med. D. \_\_\_ festgestellt. Auch die von Dr. D. \_\_\_ festgestellte Persönlichkeitsstörung habe zum jetzigen Zeitpunkt ausgeschlossen werden können. Die Testergebnisse im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung seien aufgrund einer mangelnden Mitarbeit letztlich nicht valide / auswertbar. Es habe sich ein deutlich überlagertes Bild, mit wiederholt mangelnder Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft gezeigt. Von einer bewussten negativen Antwortverzerrung habe ausgegangen werden müssen. Der erhobene IQ-Wert von 73 sei nicht mit dem Bildungsniveau auf Tertiärstufe vereinbar gewesen. Ein Leistungsabfall im IQ wäre jedoch, bei nicht vorhandener schwerer Hirnschädigung, nicht nachvollziehbar. Die erhaltenden Befunde aus der Visuokonstruktion seien nicht plausibel und nachvollziehbar gewesen, ebenfalls nicht die Ergebnisse der formalisierten kognitiven Beschwerdevalidierung. Aus rein psychiatrischer und auch aus interdisziplinärer Sicht müsse insgesamt von Simulation ausgegangen werden. Letztlich seien keine Gesundheitsstörungen auf somatischem oder psychiatrischem Fachgebiet feststellbar gewesen, die die angegebenen Beschwerden, das angegebene erheblich reduzierte Aktivitätenniveau und auch das Verhalten in der Untersuchung hätten rechtfertigen können. Abschliessend hielten die Gutachter zur Frage der Beschwerdegegnerin zu einer allfälligen Veränderung des Gesundheitszustandes fest, im Vorgutachten vom 26. Mai 2011 (B. \_\_\_) sei eine nur gering eingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 20 % aufgrund des neuropathischen Schmerzsyndroms festgestellt worden. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei seitdem nicht eingetreten. Insbesondere aus psychiatrischer Sicht sei aktuell keine Veränderung des Gesundheitszustandes seit 2011 festzustellen. Das 2011 festgestellte neuropathische Schmerzsyndrom habe aktuell aus neurologischer Sicht nicht nachvollzogen werden können, da diffuse Schmerzen im Bereich des gesamten Körpers beklagt worden seien.

5.2.2 Mit Bericht vom 21. Dezember 2020 führte med. pract. G. \_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, aus, seit Juni 2002 leide die Versicherte an einer

anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. In diesem Rahmen sei es zu einer depressiven Entwicklung gekommen. Seit 2004 leide die Versicherte an einer mittelschweren bis schweren depressiven Störung. Bereits zu Behandlungsbeginn in 2008 habe es sich schon um ein chronifiziertes therapieresistentes Zustandsbild gehandelt. Die Beschwerdeführerin sei sicher seit Juni 2008 wegen ihrer Ganzkörperschmerzen, ihrer ausgeprägten Nervosität und Gereiztheit sowie ihrer depressionsbedingten massiven Antriebsminderung anhaltend zu 100 % arbeitsunfähig für sämtliche Tätigkeiten auf dem freien Arbeitsmarkt. Im polydisziplinären IV-Gutachten vom 26. September 2020 schlussfolgerte der beurteilende Psychiater, med. pract. F.\_\_\_\_, dass keine Antriebsminderung vorliege, vor allem weil die Beschwerdeführerin regelmässig mit ihrer Familie in ihr Heimatland Mazedonien reise. Tatsache diesbezüglich sei, dass die Beschwerdeführerin nicht aus eigenem Antrieb in ihr Heimatland gehe, sondern von ihrer Familie sozusagen mitgeschleppt werde, weil sie wegen ihrer desolaten psychischen Verfassung nicht allzu lange allein gelassen werden könne.

5.2.3 Dr. med. C.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, stellte in seinem Bericht vom 4. Februar 2021 (IV-Nr. 176, S. 4) folgende Diagnosen:

Weiter führte Dr. med. C.\_\_\_\_ aus, er betreue die Beschwerdeführerin in hausärztlicher Funktion seit vielen Jahren und habe die allgemeine Verschlechterung in somatischer und psychischer Hinsicht miterlebt. Mit Hilfe der Familie könne sie in ihrem äusserst bescheidenen Alltag knapp über Wasser gehalten werden, aber die Lebensqualität sei sehr schlecht. Sie sei nachweislich immer sehr bemüht, wo immer möglich ihren Beitrag zur Verbesserung zu leisten (Physiotherapie, Psychotherapie, Compliance bei der Medikation). Leider habe sich der Gesamtzustand in den letzten Jahren nicht verbessert, das Gegenteil sei der Fall. Die Beschwerdeführerin sei müde geworden, gegen die immer gleichen Beschwerden anzukämpfen. Bezüglich des Gutachtens sei festzuhalten, dass der Umfang eindrücklich und erdrückend und der Outcome enorm bescheiden sei. Den schriftlich formulierten Vorwurf des «bewussten aggravatorischen Verhaltens bis hin zur Simulation» verurteile er, Dr. med. C.\_\_\_\_, in aller Form. Es gehe der Beschwerdeführerin so schlecht, dass ihr Verhalten in der Tat auffallend sei. Das sei aber nicht gespielt oder übertrieben, sondern Ausdruck ihrer Verzweiflung.

5.2.4 Mit Verlaufsbericht vom 19. Februar 2021 (IV-Nr. 178) führte med. pract. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, aus, sie sehe die Beschwerdeführerin bei langjährig chronifiziertem Zustandsbild einmal pro Monat. Das letzte Gespräch sei am 17. Februar 2021 erfolgt. Der Gesundheitszustand der Versicherten sei unverändert schlecht. Sie beklage weiterhin Nervosität, Gereiztheit, Freudlosigkeit sowie Ganzkörperschmerzen. Vorbestehende soziale Ängste hätten sich verstärkt, insbesondere die Angst, dass man ihr ihr Leiden nicht glauben und sie für eine Simulantin halten könnte. Das bereite ihr zusätzlich schlaflose Nächte. Es bestehe weiterhin eine depressive Stimmungslage bei ausgeprägter Antriebsminderung. Die Arbeitsunfähigkeit sei weiterhin 100 % für sämtliche Tätigkeiten auf dem freien Arbeitsmarkt.

6. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung vom 7. September 2021 im Wesentlichen auf das Gutachten der E.\_\_\_\_ vom 26. September 2020 ab, weshalb nachfolgend dessen Beweiswert zu prüfen ist.

6.1 Im internistischen Teilgutachten vom 11. August 2020 (IV-Nr. 153.4) wurde ausgeführt, rentenrelevante Diagnosen auf allgemein-ärztlichem oder internistischem

Fachgebiet bestünden nicht. Von der Explorandin angegeben seien letztlich multiple Schmerzen und psychische Störungen, die entsprechend in den jeweiligen Teilgutachten weiter abgeklärt würden. Die derzeit durchgeführte medikamentöse Schmerztherapie, mit u.a. Acetylsalicylsäure, anderen nichtsteroidalen Antirheumatika, mit Metamizol, mit Tramadol, mit Paracetamol und aktuell auch mit Prednisolon sei so nicht nachzuvollziehen, insbesondere auch aufgrund der Angaben der Explorandin, dass die Medikation keinerlei positiven Effekt habe. Die angegebenen wiederkehrenden epigastrischen Beschwerden seien durchaus auf eine NSAR-induzierte Gastritis zurückzuführen. Aus medizinischer Sicht wäre eine gastroscopische Abklärung sinnvoll. Bei angegebenem Reizhusten habe die Explorandin auch während der Untersuchung und Exploration mehrfach gehustet. Vor dem Hintergrund der zuletzt laut Explorandin erfolgten unauffälligen lungenfachärztlichen Abklärung sei differentialdiagnostisch ein psychogen induzierter Reizhusten zu vermuten. Gestützt auf die vorgehenden Ausführungen und die Befunderhebung vermag sodann die gutachterliche Schlussfolgerung zu überzeugen, wonach aufgrund der bisherigen aktenkundigen Untersuchungen auf internistischem und allgemeinärztlichem Fachgebiet, aufgrund der aktuell erfolgten laborchemischen Diagnostik und aufgrund der aktuellen klinischen Untersuchungen, keine Gesundheitsstörungen auf internistischem Fachgebiet festzustellen seien, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken könnten.

6.2 Im neurologischen Teilgutachten 28. August 2020 (IV-Nr. 153.5) erhob der Gutachter im Wesentlichen folgende Befunde: Riechen und Schmecken seien subjektiv ungestört. Regelrechte Blickfolge- und Blickhalte-Funktionen. Keine pathologischen Nystagmen. Unauffällige Kopfpulstest und Sakkadenprüfung. Der Visus sei bei orientierender Untersuchung unauffällig (mit Lesebrille versorgt). Auf dem rechten Auge würden schwarze Punkte angegeben und ab und zu ein nebliges, verschwommenes Sehen. Die Pupillen seien isokor mit prompter direkter und indirekter Lichtreaktion beidseits und unauffälliger Konvergenzreaktion. Die Lidspalten seien seitengleich. Fingerperimetrisch unauffällige Gesichtsfelder. Die Sensibilität sei im Gesicht regelrecht. Die Masseteren seien seitengleich innerviert. Die faciale Motorik sei ungestört und ohne Seitendifferenz. Das Hören sei orientierend ebenfalls ungestört (Fingerreiben). Das Gaumensegel stehe mittig und werde bei Phonation symmetrisch gehoben. Unauffälliger Würgereflex beidseits. Anamnestisch keine Schluckstörungen. Unauffällige Funktion der Mm. sternocleidomastoidei. Die Zunge sei in alle Richtungen frei beweglich und zeige weder Atrophien noch Faszikulationen. Es bestehe keine Dysarthrie. Kein Meningismus. Der Tonus der Muskulatur sei allseits regelrecht. Es fänden sich keine Atrophien und keine Faszikulationen. In den Arm- und Beinhalteversuchen erfolge kein Absinken und kein Pronieren. Es bestünden keine Tremores. Bei der Kraftprüfung würden alle Muskelgruppen minderinnerviert im Sinne von Nachgeben mit forciertem Ausatmen als Ausdruck der Erschöpfung. Wendebewegungen der Unterarme (Diadochokinese) und Fingerfeinmotorik seien ungestört, ebenso das Fusstapping. Zehen- und Fersengang sei unauffällig. Die Muskeleigenreflexe seien einschliesslich Achillessehnenreflex seitengleich mittelbhaft erhältlich. Es fänden sich keine Fusskloni. Keine pathologischen Reflexe, insbesondere negatives Zeichen nach Babinski beidseits. Das Lasègue-Zeichen sei beidseits negativ. Sensibilität: Die Berührungssensibilität, Schmerz- und Temperaturempfinden seien allseits ungestört. Unauffälliges, promptes Lageempfinden an den Fingern und Grosszehen beidseits. Das Vibrationsempfinden betrage an den distalen Fingergelenken 8/8 und an den Grosszehen 6/8 beidseits. Unauffälliger Finger-Nase-Versuch, der Knie-Hacken-Versuch sei bei allgemeiner Dekonditionierung und Adipositas nicht zuverlässig durchführbar. Die

Zeigeversuche auf externe Ziele würden sicher ausgeführt. Verbreitertes und verlangsamtes Gangbild mit seitengleichem Mitbewegen der Arme. Der Stand mit geschlossenen Augen zeige intermittierend eine Fallneigung nach hinten, der Einbeinstand werde beidseits unsicher durchgeführt. Der Seiltänzerengang sei nicht zuverlässig durchführbar, der Unterberger-Tretversuch ohne wesentliche Auffälligkeiten. Es fänden sich keine aphasischen oder apraktischen Funktionsstörungen. Höhergradige Gedächtnisstörungen träten im Gespräch nicht zutage. Vegetativum: Keine trophischen Störungen, kein auffälliges Schwitzen, keine auffälligen Veränderungen des Hautkolorits oder der Körperbehaarung. Blasen- und Mastdarmfunktion seien subjektiv ungestört. Der Schlaf sei gemäss Angaben der Beschwerdeführerin durch erhebliche Ein- und Durchschlafstörungen infolge Schmerzen geprägt. Gestützt auf die vorgenannte Befunderhebung erscheint es somit nachvollziehbar, dass der neurologische Gutachter in seinem Fachgebiet keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt hat.

6.3 Im rheumatologische-orthopädischen Teilgutachten vom 9. September 2020 (IV-Nr. 153.6) wurde zur Befunderhebung ausgeführt, die Beschwerdeführerin betrete den Untersuchungsraum mit einem unauffälligen Gangbild. Es werde eine mittelschwere Tasche in der rechten Hand getragen. Orthopädische Hilfsmittel würden keine benutzt. Das Entkleiden zur Untersuchung erfolge anfangs behäbig, jedoch nicht behindert. Teilweise Einbeinstand zum Entkleiden der Strümpfe und Schuhe. Auch die Überkopftkleidung erfolge unbehindert und einigermaßen zügig. Nach der Gesamtuntersuchung erfolge das Ankleiden wesentlich zügiger und genauso unbehindert. Der Zehenspitzenstand und -gang, sowie der Hackengang und -stand könnten ebenso wie der Gang in und aus der Hocke zügig durchgeführt werden. Der Einbeinstand erfolge beidseits ohne Trendlenburg'sches Zeichen. Beim aufrechten Stand zur ebenen Erde physiologische X-Beine und lotrechte Wirbelsäule. Sämtliche Gelenke beider unteren Extremitäten seien seitengleich frei bewegbar. An keinem Gelenk könnten entzündliche Veränderungen festgestellt werden. Auch die detaillierte Untersuchung der Kniegelenke sei unauffällig. Der Bandapparat sei stabil und die Meniskuszeichen seien negativ. Die Umfangmasse seien seitengleich. Die Fusssohlenbeschwiellung zeige eine leichte Spreizfussstendenz. Die grob neurologische Untersuchung sei unauffällig, insbesondere sei das Lasègue'sche Zeichen bds. negativ. ASR und PSR könnten beidseits regelrecht ausgelöst werden. Motorische und sensible Störungen könnten keine gefunden werden. Der Langsitz sei auf der Liege problemlos durchführbar. Hierbei Unterhaltung. Die Wirbelsäule sei bei der heutigen Untersuchung in allen Ebenen sehr gut bewegbar. Beim Vornüberbeugen mit durchgestreckten Beinen könne spontan mit den Fingern der Boden erreicht werden. Die Wirbelsäule entfalte sich hierbei regelrecht. Überhaupt würden bei der gesamten körperlichen Untersuchung spontan keine Schmerzen geäussert. Nennenswerte Verspannungen der Rückenmuskulatur oder gar Myogelosen könnten nicht gefunden werden. Die Gelenke der oberen Extremitäten seien seitengleich frei bewegbar. An keinem Gelenk könnten entzündliche Veränderungen festgestellt werden. Der Nacken- und Schürzengriff könnten problemlos durchgeführt werden. Die Muskelkonturen seien seitengleich. Das Fingerspiel sei frei und der Faustschluss sei beidseits kräftig. Die grob neurologische Untersuchung sei unauffällig. Die Handbeschwiellung sei regelrecht. Zusammenfassend kam der Gutachter dementsprechend zum Schluss, bei der heutigen Untersuchung im Bereich des gesamten Bewegungsapparates hätten keine Auffälligkeit oder funktionelle Einschränkung gefunden werden können, weshalb auf dem rheumatologisch-orthopädischen Fachgebiet mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auch keine Diagnose gestellt werden könne.

6.4 Im neuropsychologischen Teilgutachten vom 18. September 2020 (IV-Nr. 153.7) wurde zur Beurteilung ausgeführt, in der heutigen Untersuchung präsentiere sich ein deutlich überlagertes Bild und die Versicherte zeige wiederholt eine mangelnde Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft. Die formalen Leistungen der Versicherten seien nicht nachvollziehbar und stünden in keinem Verhältnis zu der Bildungsanamnese, den erhaltenen Angaben aus der Anamnese und dem Krankheitsbild. Die Versicherte präsentiere auf Testebene eine demonstrativ überzeichnete kognitive Störung. In der heutigen neuropsychologischen Untersuchung werde der kultur- und bildungsunabhängige CFT 20-R (Culture Faire Intelligence Test) verwendet. In diesem Test liege die faktorielle Validität durch hohe Ladungen aller Subtests auf der «general fluid ability». In diesem Test erreiche die Versicherte einen IQ-Wert von 73, was einem unterdurchschnittlichen Ergebnis entspreche und im Bereich einer Lernbehinderung liege. Die Versicherte gebe an, eine gute Bildung zu besitzen und verfüge über einen Universitären Abschluss im Bereich Pädagogik/Primarlehramt. Folglich sei der dargestellte IQ in keiner Weise mit einem Bildungsniveau auf Tertiärstufe zu vereinbaren. Die Versicherte demonstriere eine visuokonstruktive Störung, wobei sie nach ca. 1 Min. 20 sec. den Stift ablege, obschon nur ein Bruchteil der gesamten Darstellung vorhanden sei. Die Versicherte werde darauf hingewiesen, dass dies keine optimale Leistung sei und sie sich zwingend mehr bemühen müsse. Daraufhin würden nur wenige Sachen ergänzt, so dass die Figur mit 8 von 18 Punkten, bei einer Bearbeitungszeit von knapp 2 Minuten, beendet werde und somit dieser Befund keine Aussage liefere. Die verbalen Merkspannen (Kurzzeitgedächtnis/Arbeitsgedächtnis) würden durch die Dolmetscherin in Albanisch erhoben. Das verbale Kurzzeitgedächtnis präsentiere sich grenzwertig und der Leistungsverlauf zeige sich fluktuierend. Das Arbeitsgedächtnis werde als mittelschwer beeinträchtigt dargestellt. Der Grenzwert der Reliable Digital Span (Greiffenstein, Baker und Gola, 1994) werde unterschritten und gebe Hinweis auf eine mangelnde Leistungsbemühung (RDS 6; Grenzwert 7). Die visuell-räumliche Kurzzeit- und Arbeitsgedächtnisleistungen lägen mit  $T < 20$  jeweils im schwer beeinträchtigten Bereich. Die dargestellte Leistung sei bei nicht vorhandenem neuronalen Korrelat aufgrund des Ausprägungsgrades als nicht valide zu beurteilen sei. Auch der psychomotorische Antrieb und die kognitive Informationsverarbeitung im TMT-A sei mit  $T < 20$ , also schwerste Verlangsamung, und hierunter dargestellten 2 Fehlern ebenfalls nicht als valide zu beurteilen. Insbesondere im Spontanverhalten sei keine derart schwere Verlangsamung zu beobachten. Die am Anfang und Ende durchgeführten Beschwerdevalidierungen mit dem Test of Memory Malinger und dem Digital Memory Test wiesen auf eine derartige negative Antwortverzerrung hin, so dass zumindest zum Teil von einer bewussten negativen Antwortverzerrung auszugehen sei. Bereits im ersten Durchgang des TOMM lägen die Antworten im Bereich der Zufallswahrscheinlichkeit. Im zweiten Durchgang, also nach Wiederholung derselben Reize, zeige die Versicherte eine Leistung unterhalb des zu erwartenden Grenzwertes ( $< 18$ ), womit eine bewusste negative Antwortverzerrung vorliege. Im Retention Durchgang liege die Leistung wieder im Bereich der Zufallswahrscheinlichkeit und eine negative bewusste Antwortverzerrung sei möglich. Das Antwortverhalten im Digital Memory Test liege über alle drei Durchgänge im Bereich der Zufallswahrscheinlichkeit und eine bewusste Antwortverzerrung sei möglich. Im Rey Fifteen Item Memory Test, welchen die Versicherte kurze Zeit zuvor bereits im psychiatrischen Gutachten durchgeführt habe, zeige die Versicherte im zweiten Durchgang spontan wiederum eine schlechtere Leistung als im ersten Durchgang. Darauf hingewiesen

gelingen es der Versicherten ihre Leistung zu verbessern, was die mangelnde Leistungsbemühung bestätige, weshalb eine bewusste negative Antwortverzerrung überwiegend wahrscheinlich sei. Das bedeute, dass in diesen Verfahren, die vermeintlich Gedächtnisleistungen, real jedoch die Leistungsmotivation prüften, Ergebnisse erzielt worden seien, die mit hoher Sicherheit eine eingeschränkte Anstrengungsbereitschaft auswiesen. Die ermittelten Ergebnisse, wären sie authentisch im Sinne der kognitiven Leistungsvoraussetzung der Versicherten, seien nur bei Menschen mit einem kompletten amnestischen Syndrom, einer fortgeschrittenen Demenz oder anderen schwersten kognitiven Störungen zu erwarten. Dies sei jedoch bei der Versicherten nicht der Fall, wie anhand der Informationsbasis unzweifelhaft belegt werde. Die Versicherte könne in der Anamnese detailliert, differenziert und mit Beispielen ihre Beschwerden beklagen. Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen vermag sodann die zusammenfassende Beurteilung der neuropsychologischen Gutachterin zu überzeugen: Zusammengefasst könne auf der Grundlage der eigenen Befunderhebung keine positive Aussage erfolgen, ob eine krankheitsbezogene Funktionsstörung vorliege. Die geltend gemachten Beschwerden liessen sich wiederkehrend auf der Befundlage widerlegen. Positiv belegbar und überwiegend wahrscheinlich nachweisbar seien negative Antwortverzerrungen der Versicherten, sodass kein gültiges Testprofil erhalten werden könne. Es sei möglich wahrscheinlich, dass eine krankheitswertige Symptomatik vorhanden sei, aber aufgrund der nachweisbaren Übertreibungstendenzen der Versicherten sei das Ausmass des tatsächlichen Ausfallmusters nicht abzuschätzen. Ob eine kognitive Störung dennoch vorhanden sei, entziehe sich aufgrund der eingeschränkten Mitwirkung der Versicherten den Erkenntnismöglichkeiten der Untersucherin. Aufgrund erheblicher Inkonsistenzen (z.B. Bildung ■ IQ) und Unplausibilitäten sei die Gültigkeit der Beschwerdeschilderung als auch des erhaltenen Testprofils als eingeschränkt zu beurteilen. Auch die in den Akten vorhandenen Aussagen, dass die Gedächtnisstörungen in Zusammenhang mit den histrionischen Persönlichkeitszügen zu sehen seien oder als Pseudodemenz i.R. einer Depression, sei zu verwerfen. Persönlichkeitsstörungen würden kaum von kognitiven Störungen, insbesondere nicht Gedächtnisstörung, begleitet. Das dargestellte Ausfallmuster, der Ausprägungsgrad des kognitiven Beschwerdebildes zusammen mit dem erhobenen Intelligenzquotienten seien auch nicht mit einer Pseudodemenz i.R. der Depression zu erklären.

6.5 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 16. September 2020 (IV-Nr. 153.8) wurde als einzige Diagnose eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (Rentenneurose) (ICD-10: F68.0) gestellt, welcher keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen wurde. Zur Beurteilung führte der Gutachter aus, bei der heutigen Untersuchung und Exploration habe sich eine Versicherte vorgestellt, die von Seiten des Auftretens, der Beziehungsgestaltung, Kontaktaufnahme doch als auffällig zu bezeichnen gewesen sei. Dabei habe das gesamte Verhalten von Anfang an sehr bewusstseinsnahe, theatralisch aufgesetzt, demonstrativ gewirkt. Im Rahmen und im Verlauf der Exploration habe sich das Verhalten der Versicherten etwas geändert und es seien viele Inkonsistenzen deutlich geworden, etwa vor dem Hintergrund der durchgeführten Laboruntersuchungen, der neuropsychologischen Untersuchung, des durchgeführten Rey-Tests, der Reisetätigkeit, und auch seien die Angaben zur Benutzung der öffentlichen Verkehrsmittel auf Nachfragen dann verändert gewesen und auch die Versicherte habe angegeben, ein Auto zu chauffieren. Insgesamt habe keine Diagnose auf psychiatrischem Fachgebiet, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zeitigen könnte,

gestellt werden können, vergleichbar mit dem Vorgutachten des B.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2011. Auch heute deuteten die geklagten Symptome doch auf eine Simulation hin, vergleichbar mit der Stellungnahme des B.\_\_\_\_ vom 7. April 2014. Es habe heute keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder überhaupt eine psychiatrische Diagnose festgestellt werden können. Die entsprechenden Diagnosekriterien für eine Erkrankung aus dem somatoformen Diagnosespektrum seien nicht gegeben gewesen, da doch ein sehr bewusstseinsnahes Verhalten vorgelegen habe und durchaus von einem Vorspielen einer Erkrankung, in laienätiologischer Form habe ausgegangen werden müssen. Auch habe keine depressive Entwicklung, noch in den beiden Arztberichten der Psychiaterin med. pract. G.\_\_\_\_ angeführt, festgestellt werden können, insbesondere habe eine Pseudodemenz im Rahmen einer depressiven Symptomatik, wie sie im Obergutachten Dr. med. D.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie, vom 19. September 2014 angenommen worden sei, ausgeschlossen werden können. Hier sei nicht nur alleine auf den Rey-Memory-Test verwiesen, sondern insgesamt auf die heutigen Gegebenheiten und die Umstände. Auch hätten die weiteren Diagnosen, die in dem bezeichneten Obergutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ angeführt worden seien, insbesondere eine Persönlichkeitsstörung, ausgeschlossen werden können. Es sei darauf verwiesen, dass weder die behandelnde Psychiaterin diese Diagnose angeführt, noch diese im Gutachten der B.\_\_\_\_ angeführt werde. Weiter hätten heute keine traumatisierenden Erlebnisse in Kindheit und Jugend exploriert werden können, die das Entstehen einer Persönlichkeitsstörung bedingen würden. Auch berichte die Versicherte nicht über schwierige psychosoziale Aufwuchsbedingungen und habe bis zum Unfallereignis im Jahre 2002 doch weitestgehend den an sie gestellten sozialen Erwartungen entsprochen. Die heutige Persönlichkeitsdiagnostik würde allenfalls eine histrionisch strukturierte akzentuierte Persönlichkeit ergeben, wobei dies vor dem Hintergrund der Gegebenheiten und des bewusstseinsnahen Verhaltens abschliessend nicht so habe diagnostiziert werden können und auch entsprechend nicht als Diagnose angeführt werden solle. Nach dem Unfallereignis möge bedingt durch einen organischen Kern eine gewisse Zeit eine depressive Symptomatik, gegebenenfalls mit Angst- und Paniksymptomatik vergesellschaftet sowie traumaassoziierten Symptomen (Psychosomatisches Konsilium Rehaklinik Bellikon vom 4. Mai 2005) bestanden haben. All diese Diagnosen hätten sich zum heutigen Zeitpunkt nicht mehr feststellen lassen. Dass vielfältige Therapieversuche einschliesslich schmerztherapeutische Massnahmen erfolglos geblieben seien, wie med. pract. G.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie, in ihrem Bericht von 26. Januar 2015 angeführt habe, möge darin begründet sein, dass die Versicherte die Medikation nicht einnehme, wie sich heute entgegen ihren Angaben, vor dem Hintergrund der durchgeführten Laboruntersuchungen gezeigt habe. Dies weise auf einen geringen Leidensdruck hin. Weiter dürften vielfältige, auch dem Dossier zu entnehmende versicherungspsychiatrisch nicht relevante, psychosoziale Faktoren an der Aufrechterhaltung der Gegebenheiten beteiligt sein. Zusammenfassend sei das Verhalten der Versicherten gut mit einem sogenannten Krankenrollenverhalten zu beschreiben, wobei doch bewusste aggravatorische Anteile bestanden hätten (vgl. Laboruntersuchungen, Rey-Test, neuropsychologische Untersuchung), woraus sich eine geringe Veränderungsbereitschaft mit allfälliger Therapieresistenz erkläre. Auch wenn somit eine weitere stationäre Behandlung keine wesentliche Besserung erbringen würde, wäre dies nicht ungewöhnlich, gründe aber nicht auf eine versicherungspsychiatrisch relevante Diagnose, sondern sei überwiegend geprägt von persönlicher Krankheitsüberzeugung, Lebensentwürfen und Zielsetzungen, welche durch psychosoziale und soziokulturelle

Überlegungen, aber auch hinsichtlich der Zukunftsperspektiven im Hinblick auf Alter und Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen, zumindest vorbewusst bis bewusst wie bei der Versicherten bis hin zur Simulation geprägt würden, mit dem Resultat eines appellativ vorgebrachten Schon- und Vermeidungsverhalten. Da auf psychiatrischem Fachgebiet heute keine die Arbeitsfähigkeit beeinflussende Diagnose habe gestellt werden können, habe auch keine Einschränkung in allen vergleichbaren Bereichen festgestellt werden können. Das Verhalten der Versicherten sei heute deutlich über das der Aggravation hinausgegangen und es müsse von einer Simulation, wie bereits von der B.\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 7. Februar 2014 angeführt, ausgegangen werden. Im Vergleich zum Vorgutachten des B.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2011 ergäben sich aus psychiatrischer Sicht keine Veränderungen des Gesundheitszustandes im eigentlichen engeren Sinne, insbesondere die Arbeitsfähigkeit betreffend.

6.6 Gestützt auf die beweiswertigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung der E.\_\_\_\_-Gutachter vom 26. September 2020 (IV-Nr. 153.1; s. E. II. 5.2.1 hiervor) zu überzeugen, wonach aus rein psychiatrischer und auch aus interdisziplinärer Sicht insgesamt von Simulation ausgegangen werden müsse. Letztlich seien keine Gesundheitsstörungen auf somatischem oder psychiatrischem Fachgebiet feststellbar gewesen, die die angegebenen Beschwerden, das angegebene erheblich reduzierte Aktivitätenniveau und auch das Verhalten in der Untersuchung hätten rechtfertigen können.

Am Beweiswert des E.\_\_\_\_-Gutachtens vermögen sodann weder die entgegenstehenden Arztberichte noch die übrigen Rügen der Beschwerdeführerin etwas zu ändern. So vermögen med. pract. G.\_\_\_\_ und Dr. med. C.\_\_\_\_ in ihren Berichten vom 21. Dezember 2020 sowie vom 4. und 19. Februar 2021 (vgl. E. II. 5.2.2 ■ 5.2.4 hiervor) nicht überzeugend darzutun, inwiefern das Gutachten der E.\_\_\_\_ nicht beweiswertig sein sollte. In diesem Zusammenhang ist zudem der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit weiteren Hinweisen), weshalb den vorgenannten Arztberichten auch aus diesem Grund kaum Beweiswert zuzumessen ist. Sodann ist auf die Rügen der Beschwerdeführerin einzugehen: Zwar zogen die Gutachter der E.\_\_\_\_ teilweise Sachverhaltsvergleiche zum B.\_\_\_\_-Gutachten, was bezüglich des psychiatrischen Teilgutachtens des B.\_\_\_\_ nicht korrekt ist, nachdem wie vorgehend ausgeführt zum Sachverhaltsvergleich in psychiatrischer Hinsicht nicht das psychiatrische Teilgutachten des B.\_\_\_\_ und die ergänzende B.\_\_\_\_-Stellungnahme beizuziehen sind, sondern das psychiatrische Gerichtsgutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 5.1 hiervor). Der ergänzende Sachverhaltsvergleich mit dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 19. März 2014 konnte aufgrund der sich vorliegend darstellenden Sachverhaltskonstellation mit einer Simulation jedoch ohne Weiteres durch die Beschwerdegegnerin bzw. das Gericht vorgenommen werden, womit auf das E.\_\_\_\_-Gutachten abgestellt werden kann und die eventualiter beantragte gerichtliche psychiatrische Begutachtung nicht notwendig ist. In diesem Zusammenhang ist es ■ entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ■ im Lichte des Gesagten nicht beachtlich, dass der psychiatrische Gutachter der E.\_\_\_\_ festhielt, es müsse von einer Simulation, wie bereits von der B.\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 7. Februar 2014 angeführt, ausgegangen werden, nachdem im vorliegend zum Sachverhaltsvergleich beizuziehenden Gerichtsgutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ keine Aggravation oder Simulation festgestellt

wurde. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin geht zudem aus dem E.\_\_\_\_-Gutachten klar hervor, dass der festgestellten Simulation kein krankhafter Prozess zu Grunde liegt. Dies ist einerseits den Ziffern 6.3 und 7.3.1 des psychiatrischen Teilgutachtens sowie ebenfalls den Ausführungen der neuropsychologischen Gutachterin zu entnehmen, welche festhielt, die in den Akten vorhandenen Aussagen, dass die Gedächtnisstörungen in Zusammenhang mit den histrionischen Persönlichkeitszügen zu sehen seien oder als Pseudodemenz i.R. Depression, seien zu verwerfen. Persönlichkeitsstörungen würden kaum von kognitiven Störungen, insbesondere nicht Gedächtnisstörung, begleitet. Das dargestellte Ausfallsmuster, der Ausprägungsgrad des kognitiven Beschwerdebildes zusammen mit dem erhobenen Intelligenzquotienten seien auch nicht mit einer Pseudodemenz i.R. der Depression zu erklären.

Zusammenfassend ist somit gestützt auf das beweiswertige Gutachten der E.\_\_\_\_ vom 26. September 2020 davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin keine Gesundheitsstörungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erstellt sind.

7. Sodann ist nachfolgend, wie von der Beschwerdegegnerin vorgebracht, zu prüfen, ob vorliegend von einer revisionsrechtlich relevanten Tatsachenänderung im Sinne eines früher ■ nämlich im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. med. D.\_\_\_\_ ■ nicht gezeigten Verhaltens der Beschwerdeführerin auszugehen ist.

7.1 Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung kann unter Umständen auch ein früher nicht gezeigtes Verhalten eine im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG relevante Tatsachenänderung darstellen, wenn es sich auf den Invaliditätsgrad und damit auf den Umfang des Rentenanspruchs auswirken kann. Dies trifft etwa zu bei Versicherten mit einem Beschwerdebild, auf das die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 anwendbar ist, wenn ein Ausschlussgrund vorliegt, das heisst, die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht, die eindeutig über die bloss (unbewusste) Tendenz zur Schmerzausweitung und ■verdeutlichung hinausgeht (zum Ganzen: Urteile des Bundesgerichts 8C\_380/2019 vom 11. Oktober 2019 E. 4.1 und 8C\_825/2018 vom 6. März 2019 E. 6.1). Ist im Einzelfall ein solcher Grund gegeben, ist ein Revisionsgrund nach Art. 17 Abs. 1 ATSG zu bejahen und der Rentenanspruch umfassend neu zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3).

Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2.2 mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C\_825/2018 vom 6. März 2019 E. 8.3 und 9C\_501/2018 vom 12. März 2019 E. 5.1).

7.2 Gestützt das beweiswertige Gutachten der E.\_\_\_\_ vom 26. September 2020 ist von einer (bewusstseinsnahen) Aggravation der Beschwerdeführerin während der Begutachtung bei der E.\_\_\_\_ auszugehen. In diesem Zusammenhang ist auf die gutachterlichen Ausführungen zu verweisen (s. E. II. 6. hiervor). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin bestanden vor der E.\_\_\_\_-Begutachtung keine hinreichend klaren Hinweise auf ein aggravatorisches Verhalten der Beschwerdeführerin. Mit der anlässlich der E.\_\_\_\_-Begutachtung durch die Beschwerdeführerin neu gezeigten Aggravation lag ein

Verhalten vor, das sie im Zeitpunkt der letzten massgeblichen psychiatrischen Begutachtung von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 19. März 2014 noch nicht gezeigt hatte. Wie die Beschwerdegegnerin in diesem Zusammenhang korrekt ausführte, hat Dr. med. D.\_\_\_\_ zwar ein auffälliges Verhalten sowie mangelnde Kooperation seitens der Beschwerdeführerin beschrieben, ohne jedoch eine Aggravation festzustellen. Zudem hatte das Versicherungsgericht in seinem Urteil VSBES.2012.206 vom 12. August 2014 ebenfalls über keine aggravorischen Tendenzen berichtet. Somit ist ein Revisionsgrund nach Art. 17 Abs. 1 ATSG zu bejahen und der Rentenanspruch umfassend («allseitig») zu prüfen. Bei diesem Ergebnis braucht entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nicht geprüft zu werden, ob ein Revisionsgrund im Sinne einer erheblichen Verbesserung des Gesundheitszustandes vorlag (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_380/2018 vom 11. Oktober 2019 E. 4.4 f.). Gestützt auf das beweismässige E.\_\_\_\_-Gutachten ist demnach auf die gutachterliche Schlussfolgerung abzustellen, dass keine Gesundheitsstörungen auf somatischem oder psychiatrischem Fachgebiet feststellbar gewesen sind, die die angegebenen Beschwerden, das angegebene erheblich reduzierte Aktivitätsniveau und auch das Verhalten in der Untersuchung hätten rechtfertigen können.

8. Des Weiteren ist auf die Frage einzugehen, ob die Beschwerdegegnerin im Verwaltungsverfahren das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin verletzt hat. Mit Einwand vom 28. Januar 2021 (IV-Nr. 172) verlangte die Beschwerdeführerin unter anderem, dass den Gutachtern der E.\_\_\_\_ folgende Fragen zu stellen seien:

«Dr. med. H.\_\_\_\_:

Unter Ziff. 3.2.16 Ihres Teilgutachtens führten Sie aus, dass auf allfällige Inkonsistenzen in Ziff. 0 eingegangen werde. Wo genau im Gutachten finden sich diese Ausführungen und wie lauten diese?

Med. pract. F.\_\_\_\_:

Unter Ziff. 7.3.1 Ihres Teilgutachtens führten Sie aus, dass ■ wie bereits in der B.\_\_\_\_-Stellungnahme vom 7. Februar 2014 angeführt ■ von einer Simulation ausgegangen werden müsse. Bedeutet dies nach Ihrer professionellen Einschätzung, dass sich die Simulation seit 2014 nicht verändert hat?

Gemäss Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten vom 16. Juni 2016 stellen Begriffe wie Inkonsistenz, Aggravation und Simulation wertfreie Feststellungen dar, deren Ursachen es zuerst zu klären gilt. Welcher Natur sind die Ursachen der von ihnen bei der Versicherten festgestellten Simulation?»

Mit Verfügung vom 7. September 2021 wies die Beschwerdegegnerin die beantragten Ergänzungsfragen mit den folgenden Begründungen ab: Die erste Frage an Dr. med. H.\_\_\_\_ sei als klarer Schreibfehler zu taxieren. Die Inkonsistenzen ergäben sich bei Durchsicht des Gutachtens aus der Ziffer 7.2.1. Somit erübrige sich eine entsprechende Nachfrage beim Gutachter. Die zweite Frage richte sich an med. pract. F.\_\_\_\_ und betreffe die Simulation. Die Ausführungen im Gutachten unter Ziffer 7.3.1 wie auch Ziffer 6.3 beantworteten die Fragen stringent, weshalb sich auch hier eine entsprechende Rückfrage beim Gutachter erübrige. Dagegen bringt die Beschwerdeführerin in der vorliegenden Beschwerde vor, die Nichtzulassung ihrer Ergänzungsfragen im Vorbescheidverfahren stelle eine schwerwiegende Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV und Art. 6 Ziff. 1 EMRK dar (vgl. BGE 137 V 210 ff.). Ebenso sei so das Recht der

Versicherten auf Beweis nach Art. 152 Abs. 1 ZPO verletzt worden.

## 8.1

8.1.1 Der Anspruch auf rechtliches Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt er ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, welcher in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines in seine Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen.

8.1.2 Sowohl bei der vorgängigen wie auch bei der nachträglichen Fragestellung an die Gutachter geht es um die Qualität des Gutachtens sowie darum, die Tragfähigkeit der tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen zu erhöhen. Die nachträgliche Fragestellung beim Gutachten betrifft in erster Linie das Recht der versicherten Person, sich zum Beweisergebnis zu äussern. Demgegenüber steht bei der vorgängigen Fragestellung der Gesichtspunkt der Waffengleichheit und damit der Verfahrensfairness im Vordergrund (Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Auflage, 2020, N. 61 zu Art. 44; Urteil 9C\_595/2018, E. 4.3.2).

8.2 Von der Stellung von Ergänzungsfragen an die Experten kann dann abgesehen werden, wenn die Voraussetzungen einer antizipierten Beweiswürdigung erfüllt sind. Dies trifft zu, wenn die Beantwortung der Ergänzungsfragen keine neuen, für die Anspruchsbeurteilung relevanten Erkenntnisse erwarten lässt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_309/2007 vom 5. September 2007, E. 2.2.1). Diese Konstellation ist dann gegeben, wenn die entsprechenden Fragen durch das Gutachten bereits beantwortet werden, wenn sie für die Anspruchsbeurteilung keine Rolle spielen sowie wenn davon auszugehen ist, die Frage werde sich auch durch zusätzliche Abklärungen nicht mehr klären lassen. Die Beschwerdegegnerin verneinte die Aussicht auf zusätzliche Erkenntnisse mit der in E. II. 7 hiervor genannten Begründung. Diese vermag zu überzeugen. Der internistische Gutachter der E.\_\_\_\_, Dr. med. H.\_\_\_\_, hielt in Ziff. 3.2.16 seines Teilgutachtens (IV-Nr. 153.4) zwar tatsächlich fest, auf allfällige Inkonsistenzen werde in Ziff. 0 eingegangen. Eine solche «Ziff. 0» ist im Teilgutachten nicht zu finden, weshalb es sich fraglos um einen Schreibfehler handelt. Darüber hinaus traten anlässlich der internistischen Begutachtung zwar gewisse Inkonsistenzen zu tage (vgl. E. II. 6.1 hiervor), die erheblichen und massgeblichen Inkonsistenzen wurden aber vor allem bei der psychiatrischen und neuropsychologischen Begutachtung festgestellt (s. E. II. 6.4 und 6.5 hiervor). Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, welchen zusätzlichen Erkenntnisgewinn die von der Beschwerdeführerin beantragte Frage an Dr. med. H.\_\_\_\_ hätte bringen sollen. Das Gleiche kann auch hinsichtlich der zweiten beantragten Ergänzungsfrage an den psychiatrischen Gutachter, med. pract. F.\_\_\_\_, gesagt werden. Obwohl med. pract. F.\_\_\_\_ hinsichtlich der von ihm festgestellten Simulation fälschlicherweise einen Vergleich zum psychiatrischen Teilgutachten des B.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2011 zog, bringt der erste Teil der an ihn gerichteten Ergänzungsfrage keinen zusätzlichen Erkenntnisgewinn, da dem psychiatrischen Teilgutachten des B.\_\_\_\_ im Urteil VSBES.2012.206 vom 12. August 2014 kein Beweiswert zugemessen wurde und zum Vergleich stattdessen das Gerichtsgutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 19. März 2014 heranzuziehen ist (s. E. II. 5.1). Wie zudem die Beschwerdegegnerin zu Recht ausführte, beantworten die Ausführungen im psychiatrischen

Teilgutachten unter Ziffer 7.3.1 wie auch Ziffer 6.3 die zweite Teilfrage bereits stringent, weshalb sich auch hier eine entsprechende Rückfrage beim Gutachter erübrigt hat (s. auch E. II. 6.6 hiervor).

Zusammenfassend ist es demnach nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die von der Beschwerdeführerin beantragten Ergänzungsfragen in antizipierter Beweiswürdigung abwies. Zudem kann mit der vorgenannten Begründung auch die im vorliegenden Beschwerdeverfahren beantragte Ergänzungsfrage (s. Rechtsbegehren Ziff. 3) in antizipierter Beweiswürdigung abgewiesen werden.

Schliesslich liegt ■ entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ■ auch keine Verletzung des Rechts der Versicherten auf Beweis nach Art. 152 Abs. 1 ZPO vor. Gemäss Art. 152 Abs. 1 ZPO hat jede Partei das Recht, dass das Gericht die von ihr form- und fristgerecht angebotenen tauglichen Beweismittel abnimmt. Keine Verletzung des rechtlichen Gehörs liegt vor, wenn ein Gericht darauf verzichtet, beantragte Beweise abzunehmen, weil es aufgrund bereits abgenommener Beweise seine Überzeugung gebildet hat und ohne Willkür in vorweggenommener Beweiswürdigung annehmen kann, dass seine Überzeugung durch weitere Beweiserhebungen nicht geändert würde (Urteil des Bundesgerichts 4A\_308/2020 vom 5. November 2020, E. 5.2.4, mit weiteren Hinweisen). Mit Verweis auf die vorgehende Begründung zur antizipierten Beweiswürdigung kann eine Verletzung des rechtlichen Gehörs somit auch im Lichte von Art. 152 Abs. 1 ZPO verneint werden.

9.

9.1 Gestützt auf die vorgehenden Ausführungen ist es somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die bisherige ganze Rente der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 7. September 2021 per Ende Oktober 2021 aufgehoben hat. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

9.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG 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 1'000.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach widerkannt:

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

4. Je eine Kopie des Protokolls der Verhandlung vom 2. November 2022 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

5. Je eine Kopie der eingereichten Kostennote des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin vom 2. November 2022 geht zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des



ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

3. 3.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Das Institut der Revision von Invalidenrenten gilt für alle Sozialversicherungen, welche Invalidenrenten ausrichten, und wurde vom Gesetzgeber in Weiterführung der entsprechenden bisherigen Regelungen übernommen. Da somit keine davon abweichende Ordnung beabsichtigt war, ist auch die dazu entwickelte Rechtsprechung grundsätzlich anwendbar (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 350 und 352 E. 3.5.4).

3.2 Anlass zur Rentenrevision gibt nach der Rechtsprechung jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 125 V 368 E. 2 S. 369). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben; zudem kann auch eine Wandlung des Aufgabenbereichs einen Revisionsgrund darstellen (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349; 117 V 198 E. 3b S. 199; AHI 1997 S. 288 E. 2b).

3.3 Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372, mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 104 E. 3a). Auch eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine Revision des laufenden Rentenanspruchs zum Nachteil des Versicherten (BGE 115 V 308 E. 4a/bb S. 313).

4. Gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin sei vorab festzustellen, dass die Nichtzulassung der Ergänzungsfragen der Beschwerdeführerin im Vorbescheidverfahren eine schwerwiegende Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV und Art. 6 Ziff. 1 EMRK darstelle (vgl. BGE 137 V 210 ff.). Ebenso sei so das Recht der Versicherten auf Beweis nach Art. 152 Abs. 1 ZPO verletzt worden. Sodann sei festzuhalten, dass der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens wesentlich davon abhängt, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung des Sachverhalts – beziehe. In der angefochtenen Verfügung vertrete die Beschwerdegegnerin die Ansicht, dass bei der Beschwerdeführerin neu in Form einer «Aggravation» ein Revisionstatbestand vorliegen solle. Diese Behauptung erweise sich klar als aktenwidrig. Der psychiatrische Gutachter der E. \_\_\_ habe keine Aggravation bei der Beschwerdeführerin festgestellt, sondern vielmehr eine Simulation, welche überdies bereits im Jahre 2014 bestanden haben solle. Die Gleichsetzung von Aggravation und Simulation, wie diese von der Beschwerdegegnerin demgegenüber in der angefochtenen Verfügung vorgenommen worden sei, erweise sich somit klar als willkürlich. Zudem müsse nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung die Aggravation (resp. die Simulation) neu hinzugetreten sein, damit sie als revisionsrechtlich relevante Tatsachenänderung Geltung beanspruchen könne. Im Zeitpunkt der Begutachtung habe die Versicherte also noch gar keine Aggravation (resp. Simulation) gezeigt haben dürfen. Nun sage aber der psychiatrische Teilgutachter ausdrücklich, dass die Simulation im Februar 2014 bereits vorgelegen habe. Des Weiteren blende IV-Stelle den Umstand komplett aus, dass die

E.\_\_\_\_-Gutachter eine Veränderung des Gesundheitszustandes bei der Versicherten seit 2011 und damit auch seit dem Referenzjahr 2014 klar verneinten. Bei diesen Aussagen seien die Gutachter zu behaften. Wenn die eigenen Verwaltungsgutachter der IV schrieben, es sei keine Veränderung seit 2011 eingetreten, dann sei eine solche nicht eingetreten und dann könne auch eine angebliche neue «Aggravation» eine solche keinesfalls begründen, was die Beschwerdegegnerin erneut zu verkennen scheine. Somit sei gerichtlich eine Abweichung von einem Gutachten ohne erkennbaren Grund und damit eine offensichtlich unrichtige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes im Sinne von Art. 97 BGG festzustellen. Sodann hätten die E.\_\_\_\_-Gutachter in Bezug auf die entscheidende Frage der IV-Stelle (Ziff. 8.4) nach dem Vorliegen eines Revisionsstatbestandes einen Vergleich zum gerichtlichen Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ vom 19. März 2014 – und nicht einen solchen zum B.\_\_\_\_-Gutachten vom 26. Mai 2011 – vornehmen müssen. Dieses bilde zusammen mit dem Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn vom 12. August 2014 den bundesgerichtlich geforderten zeitlichen Referenzpunkt. Somit komme das angerufene Gericht nicht darum herum, eine neue, diesmal gerichtliche Begutachtung anzuordnen. Des Weiteren hätten die E.\_\_\_\_-Gutachter nicht verbindlich festgehalten, ob der Simulation ein krankhafter Prozess zu Grunde liege oder nicht. Diese Frage sei von ihnen nachträglich noch zu beantworten, was hiermit auch ausdrücklich beantragt werde. Denn gemäss Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten vom 16. Juni 2016 sei konsistent nicht gleichbedeutend mit authentisch und inkonsistent sei nicht gleichbedeutend mit nicht-authentisch. Inkonsistenz stelle eine wertfreie Feststellung dar, welche es zuerst gutachterlich zu klären gelte. Konkret habe ein Gutachter zu klären, ob einer festgestellten Inkonsistenz ein krankhafter Prozess zugrunde liege. Gebe es andernfalls keine verbindlichen Vernehmlassungen der Gutachter zu dieser rechtserheblichen Sachverhaltsfrage, könne die IV-Verwaltung aber auch keine gesicherten medizinischen Kenntnisse haben, ihre Überlegungen beruhten deshalb auf Spekulationen, was wiederum eine unverbindliche Tatsachenfeststellung im Sinne von Art. 105 Abs. 1 BGG darstelle. Deshalb wäre die Sache zur Klärung des Sachverhaltes ohnehin an die Vorinstanz zurückzuweisen. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, gemäss dem E.\_\_\_\_-Gutachten vom 26. September 2020 müsse insgesamt von einem bewussten aggravatorischen Verhalten bis hin zur Simulation ausgegangen werden. Im psychiatrischen Gerichts-Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 19. März 2014 habe dieser wohl ein auffälliges Verhalten sowie mangelnde Kooperation seitens der Beschwerdeführerin beschrieben, ohne jedoch eine Aggravation festzustellen. Das Vorliegen einer solchen im damaligen Zeitpunkt sei somit nicht ausgewiesen. Nach dem Gesagten sei von einer revisionsrechtlich relevanten Tatsachenänderung im Sinne eines früher – nämlich im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. med. D.\_\_\_\_ – nicht gezeigten Verhaltens auszugehen. Somit sei ein Revisionsgrund nach Art. 17 Abs. 1 ATSG zu bejahen und der Rentenanspruch umfassend («allseitig») zu prüfen. Dass die Gutachter der E.\_\_\_\_ ihre Beurteilung mit dem Gutachten des B.\_\_\_\_ verglichen, ändere nichts am Beweiswert des Gutachtens. Auf eine neue Begutachtung könne deshalb verzichtet werden. Gemäss dem Gutachten der E.\_\_\_\_ liessen sich sowohl in den einzelnen Teilgutachten als auch aus interdisziplinärer Sicht diverse Inkonsistenzen feststellen. Die Abklärungen hätten somit ergeben, dass weder auf somatischem noch auf psychiatrischem Fachgebiet Gesundheitsstörungen hätten festgestellt werden könnten, die relevante funktionelle Beeinträchtigungen begründen könnten. Es sei der Beschwerdeführerin zumutbar, in Ihrer angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiterin sowie in jeglichen anderen Tätigkeiten zu 100 %

arbeitstätig zu sein und dabei ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Es bestehe somit keine Invalidität im Sinne des Gesetzes und daher auch kein Anspruch mehr auf eine Invalidenrente. Die ganze Rente werde aufgehoben. Zudem sei zu den Einwänden der Beschwerdeführerin festzuhalten, dass zwar im Gutachten des B.\_\_\_\_ zunächst von einer Verdeutlichung gesprochen werde, in der Stellungnahme fielen dann auch noch die Worte Aggravation und Simulation. Die IV-Stelle habe sich aber darauf gestützt, dass sich die Depression verbessert habe und deshalb ein Revisionsgrund vorgelegen habe. Das Gericht habe aber in seinem Urteil vom 12. August 2014 festgehalten, dass das Gutachten des B.\_\_\_\_ keine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes nachzuweisen vermöge, sondern auf einer anderen Beurteilung des im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts beruhe. Somit habe kein Revisionsgrund vorgelegen. Das Gericht habe hingegen auf die Einschätzung von Dr. med. D.\_\_\_\_ abgestellt, welcher den Gesundheitszustand bestätigt habe, welcher bereits der Verfügung vom 29. November 2007 und den Berichten von med. pract. G.\_\_\_\_ zugrunde gelegen habe. Somit sei im Zeitpunkt der letzten rechtskräftig beurteilten materiellen Prüfung des Sachverhaltes klar nicht von einer Aggravation oder Simulation ausgegangen worden. Es sei eine Veränderung des Gesundheitszustandes verneint worden. Die Gutachter der E.\_\_\_\_ hätten nun nach einer neu durchgeführten Begutachtung festgestellt, dass eine Simulation vorliege. Somit handle es sich vorliegend um eine neu hinzugetretene Tatsache, welche von den Gutachtern auch so belegt werde. Dies im Gegensatz zur letzten materiellen Prüfung durch das Gericht. Somit könne diese Tatsache als Revisionsgrund angesehen werden. Des Weiteren betreffe die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente mehr als 15 Jahre bezogen habe, womit grundsätzlich der Eingliederungsbedarf abzuklären wäre. Jedoch sei dem Gutachten der E.\_\_\_\_ vom 26. September 2020 zu entnehmen, dass ein hoher Verdacht auf bewusstes aggravatorisches Verhalten hin bis zur Simulation bestehe. Daher sei davon auszugehen, dass die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt nicht invaliditätsbedingt gewesen und eine Selbsteingliederung daher möglich und zumutbar sei. Entsprechend bestehe kein Anspruch auf berufliche Massnahmen vor der Rentenaufhebung. Sodann verlange die Beschwerdeführerin, dass den Gutachtern der E.\_\_\_\_ Ergänzungsfragen zu stellen seien. Die erste Frage an Dr. med. H.\_\_\_\_ sei jedoch als klarer Schreibfehler zu taxieren. Die Inkonsistenzen ergäben sich bei Durchsicht des Gutachtens aus der Ziffer 7.2.1. Somit erübrige sich eine entsprechende Nachfrage beim Gutachter. Die zweite Frage richte sich an med. pract. F.\_\_\_\_ und betreffe die Simulation. Die Ausführungen im Gutachten unter Ziffer 7.3.1 wie auch Ziffer 6.3 beantworteten die Fragen stringent, weshalb sich auch hier eine entsprechende Rückfrage beim Gutachter erübrige. 5. Strittig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin die Rente der Beschwerdeführerin zu Recht per Ende Oktober 2021 revisionsweise aufgehoben hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich bei einer Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten Rentenverfügung – vorliegend am 18. Juni 2012 – bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 7. September 2021 (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2). Zwar hob das Versicherungsgericht die letztmalige Rentenverfügung der Beschwerdegegnerin vom 18. Juni 2012 gestützt auf das psychiatrische Gerichtsgutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 19. März 2014 mit Urteil VSBES.2012.206 vom 12. August 2014 auf. Die zeitliche Grenze

der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildete aber dennoch die Verfügung vom 18. Juni 2012, weshalb diese vorliegend auch den zeitlichen Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet (vgl. auch VSBES.2012.206 vom 12. August 2014 E. 6). 5.1 Im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung vom 18. Juni 2012 sind hinsichtlich des medizinischen Sachverhalts unter anderem das neurologische sowie das internistische Teilgutachten des B.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2011 (IV-Nr. 81.2) von Belang. Das Versicherungsgericht hat im Urteil VSBES.2012.206 vom 12. August 2014 E. 5.1 dem B.\_\_\_\_-Gutachten denn auch grundsätzlich Beweiswert zuerkannt und Folgendes ausgeführt: «Das Gutachten der B.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2011 (IV-Nr. 83.2) wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (vgl. E. II. 2.6 hiervor) gerecht, soweit es die Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes und der daraus abzuleitenden Arbeitsfähigkeit betrifft. Die Expertise beruht auf vollständigen Grundlagen und gelangt zu schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar hergeleitet werden. Zu den übrigen, abweichenden ärztlichen Stellungnahmen wird Stellung genommen und die Differenzen in Beurteilung werden einleuchtend begründet.» Dagegen kam das Versicherungsgericht zum Schluss, dass dem B.\_\_\_\_-Gutachten insofern keine volle Beweiskraft beigemessen werden könne, soweit es sich zur Frage äussere, inwieweit sich der rechtserhebliche Sachverhalt gegenüber der Situation bei Erlass der Verfügung vom 29. November 2007 verändert habe. Diesbezüglich führte das Versicherungsgericht weiter aus: «Die Gutachter bejahen das Vorliegen einer erheblichen Veränderung mit dem Hinweis, die in den Akten erwähnte mittel- bis zum Teil schwergradige depressive Störung habe sich weitgehend zurückgebildet. Dem Gutachten lässt sich jedoch nicht entnehmen, bei welchen konkreten Befunden und Symptomen die Experten davon ausgehen, dass sie damals vorgelegen hätten, inzwischen aber remittiert seien. Gestützt auf die Ausführungen im Gutachten liess sich die Frage, ob tatsächlich eine erhebliche Veränderung der Symptomatik eingetreten sei oder nicht vielmehr lediglich der im Wesentlichen unverändert gebliebene Gesundheitszustand abweichend bewertet werde, nicht abschliessend und zuverlässig beurteilen.» Damit hat das Versicherungsgericht de facto nur dem psychiatrischen Teilgutachten des B.\_\_\_\_ den Beweiswert aberkannt, weshalb es bei Dr. med. D.\_\_\_\_ (s. E. II. 5.1.3 hiernach) ein psychiatrisches Gerichtsgutachten veranlasste, welchem es in der Folge im vorgenannten Urteil vollen Beweiswert zugesprochen hat. Somit sind vorliegend neben dem psychiatrischen Gerichtsgutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 19. März 2014 das neurologische sowie das internistische Teilgutachten des B.\_\_\_\_ zum Sachverhaltsvergleich beizuziehen. 5.1.1 Im internistischen Teilgutachten des B.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2011 (IV-Nr. 81.2) wurde folgender Status festgehalten: Unauffälliger Allgemein- und leicht adipöser Ernährungszustand mit 70 kg bei 161 cm, BMI 27 kg/m<sup>2</sup>. Blutdruck 120/70 mmHg, Puls 70/min. regelmässig. Untersuchung des Herzens und der Thorax/Lungen unauffällig. Normale Pulspalpation. Druckdolenz im ganzen Abdomen, vor allem im Epigastrium, sonst unauffällige Untersuchung. Normale Pulspalpation. Kopf-Halsregion unauffällig, Lymphknoten nicht palpabel. Haut unauffällig. Wirbelsäule und Nervensystem siehe neurologisches Teilgutachten. Grobe Untersuchung der Gelenke unauffällig. Keine Ödeme, leichte Varikosis links. Labor: Rotes und weisses Blutbild normal mit normaler maschineller Leukozytendifferenzierung. Normale Leber- und Nierenwerte. Harnsäure, HbA1c, BSR und CRP im Normbereich. TSH leicht erhöht mit 5,1 mU/I (0,35-4,5). Nachbestelltes FT3 und FT4 im Normbereich. Gestützt auf diesen erhobenen Status ist es nachvollziehbar, dass der Gutachter auf dem internistischen Fachgebiet keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erhob. 5.1.2 Im

neurologischen Teilgutachten des B. \_\_\_ vom 26. Mai 2011 (IV-Nr. 81.2) wurde ein neuropathisches Schmerzsyndrom über der rechten Gesichtshälfte bei Status nach zentrolateraler Mittelgesichtsfraktur rechts mit Impressionsfraktur des Sinus frontalis vom 16. Juni 2002 (ICD-10 502.4) diagnostiziert und zur Beurteilung ausgeführt, bei der Beschwerdeführerin bestehe weiterhin ein schwierig einzuordnendes diffuses Beschwerdebild im Bereich des Gesichts mit Ausbreitung in den ganzen Kopf. Ein wesentliches tendomyopathisches Schmerzsyndrom mit Einbezug der Nacken- und Schultermuskulatur bestehe allerdings nicht. Der gesamte Gesichtsbereich sei rechtsbetont drucküberempfindlich und es sei über der rechten Gesichtshälfte eine ausgeprägte Überempfindlichkeit auf Berührung und Schmerzreize vorhanden, was für eine erhebliche Zentralisierung des Schmerzes im Sinne eines neuropathischen Schmerzsyndroms spreche. Diese Beschwerdeanteile müssten als organisch erklärbar bezeichnet werden. Die erhebliche Symptomausweitung mit Ausbreitung der Schmerzen in den übrigen Körper und den Angaben über eine ausgeprägte Belastungsintoleranz seien damit jedoch nicht erklärbar. Die weitere neurologische Untersuchung ergebe keine Hinweise für eine radikuläre Reiz- bzw. sensomotorische Ausfallsymptomatik. Die Versicherte zeige bei der fokussierten Untersuchung mässige Gleichgewichtsstörungen, welche jedoch bei unauffälliger Beobachtung nicht nachvollziehbar seien. Das ganze Verhalten der Versicherten mit häufigem Stöhnen, ausgeprägter Leidensmiene und den eigenen Berichten über das stark ausgeprägte Schonverhalten sprächen für ein demonstratives Verhalten. Die Tatsache, dass die Versicherte nach dem Unfall ihre Arbeitstätigkeit wieder habe aufnehmen können und trotz der Schmerzen arbeitstätig gewesen sei, sei gut vereinbar mit dem oben geschilderten neurologisch erklärbaren Beschwerdebild. Es müsse jedoch anerkannt werden, dass aufgrund der Schmerzen die Leistungsfähigkeit wahrscheinlich auch bereits damals eingeschränkt gewesen sei. Aus dem oben Gesagten gehe hervor, dass die Versicherte aufgrund des neuropathischen Schmerzsyndroms in ihrer beruflichen Tätigkeit als Hilfsarbeiterin um 20 % leistungsvermindert sei. Dies bei vollzeitigem Arbeitseinsatz.

5.1.3 Dr. med. D. \_\_\_ diagnostizierte in seinem psychiatrischen Gerichtsgutachten vom 19. März 2014 (IV-Nr. 113) eine chronifizierte depressive Störung mittelgradigen Ausmasses, eine Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren sowie eine Persönlichkeitsänderung durch psychische Krankheit (ICD-10: F62.1). In der Beurteilung führte Dr. med. D. \_\_\_ aus, der Feststellung der B. \_\_\_, die Beschwerdeführerin sei kognitiv nicht beeinträchtigt, könne er nicht beipflichten. Bei depressiven Störungen werde oft eine so genannte «Pseudodemenz» festgestellt, was nichts anderes heisse, als dass sich bei Remission der depressiven Störung die defizitären Gedächtnisleistungen wieder normalisieren könnten. Es sei deshalb durchaus denkbar, dass bei einer Depression Gedächtnisstörungen auftreten könnten. Die Annahme, es liege diesbezüglich eine Simulation vor, vermöge angesichts der jahrelangen Geschichte und des konstanten Verlaufs nicht zu überzeugen. Das im Vorgutachten beschriebene auffällige Verhalten könnte insofern bestätigt werden, als die Explorandin vordergründig sehr leidend und dramatisierend gewirkt habe, was möglicherweise auch als histrionisch anmutend bezeichnet werden könne. Derartige histrionische Verhaltensweisen fänden sich oft bei ängstlich geprägtem Verhalten. Es falle auf, wie die Stimmlage sich kaum moduliere und durchwegs ein gleiches, klagendes Verhalten bestehe, auch zeige sich eine deutlich verschobene Gestik und Mimik in einseitiger Richtung, sie wirke durchwegs besorgt und depressiv verstimmt, zeige durchaus ab und zu ein schmerzverzerrtes Gesicht, doch könne nie eine Entspannung im Gesichtsbereich beobachtet werden, auch kein Lächeln. Die

Explorandin wirke durchwegs gequält und leidend. Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung könne nicht bestätigt werden, da sie voraussetze, dass die Körperbeschwerden aus somatischer Sicht nicht erklärt werden könnten. Die Beschwerden seien aber zumindest teilweise erklärbar, wenn auch nicht im subjektiv angegebenen Ausmass. Diagnostiziert werden könne daher einzig eine Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren. Die psychischen Faktoren dürften durch die depressive Störung und die mögliche Persönlichkeitsänderung begründet sein, auch sei mit grosser Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin den Unfall fehlverarbeitet habe. Für das etwas histrionisch anmutende Verhalten der Explorandin sei nach Meinung des Gutachters nicht eine eigentliche akzentuierte Persönlichkeitsstruktur verantwortlich, sondern eine ausgesprochene Fehlverarbeitung und mittlerweile Chronifizierung der Beschwerden, welche schliesslich zu einer Persönlichkeitsänderung geführt habe. Es bestehe eine hochgradige Abhängigkeit sowie grosse Anspruchs- und Erwartungshaltung gegenüber der Umgebung respektive der Familie und eine unkorrigierbare Überzeugung, durch den Unfall verändert und dadurch krank geworden zu sein. Die Explorandin sei nicht mehr in der Lage, vertrauensvolle persönliche und tragende Beziehungen aufzunehmen und beizubehalten, sie isoliere sich sozial und ziehe sich zurück, halte Kontakte gar nicht mehr aus. Sie sei nicht mehr in der Lage, sich sinnvoll zu beschäftigen, sie verrichte nicht mehr selbständig Aktivitäten, helfe praktisch nicht mehr mit im Haushalt, es bestünden keine Interessen mehr, sie vernachlässige alles. Sie klage ständig über ihre Krankheit, auch im familiären Rahmen, es bestehe ein hypochondrisches Verhalten, eine durchwegs dysphorische und labile Stimmung. Die Wahrnehmung, die Beziehungsfähigkeit und das Denken seien nicht mehr adäquat. Die Persönlichkeitsänderung sei derart ausgeprägt, dass sie als unflexibel und unangepasst eingestuft werden müsse. Es bestehe eine massive Beeinträchtigung der sozialen alltäglichen Funktionsfähigkeit, sowie auch ein subjektives Leiden, negative Auswirkungen auf die Familie und die soziale Umgebung. Die Störung bestehe nun schon länger als zwei Jahre. Somit seien eindeutig die meisten Kriterien für eine andauernde Persönlichkeitsänderung erfüllt. Eine solche müsse deshalb als wahrscheinlichste Diagnose und Erklärung für den heutigen Zustand angenommen werden. Zur Arbeitsfähigkeit führt Dr. med. D. \_\_\_ aus, die Explorandin sei nicht in der Lage, ihr Verhalten genügend zu steuern, es bestünden massive kognitive und psychomotorische Beeinträchtigungen, sie könne ihre Verhaltensweisen nicht mehr adäquat kontrollieren und verhalte sich unflexibel und unangepasst, wodurch sie auch keine vernünftige Leistung in der freien Wirtschaft erbringen und einem potenziellen Arbeitgeber nicht zugemutet werden könne. Es sei deshalb weiterhin von einer vollen Arbeitsunfähigkeit für jede Tätigkeit auszugehen, und zwar schon seit Jahren. Seit der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 29. November 2007 könne keine objektivierbare Verbesserung festgestellt werden. 5.2 Bei Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 7. September 2021 präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt: 5.2.1 Im polydisziplinären Gutachten (Fachrichtungen Psychiatrie, Neuropsychologie, Rheumatologie / Orthopädie, Neurologie sowie Allgemeine Innere Medizin) der E. \_\_\_, vom 26. September 2020 (IV-Nr. 153.1) wurde in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung festgehalten, trotz der angegebenen vielfältigen Beschwerden hätten letztlich weder auf somatischem, noch auf psychiatrischem Fachgebiet Gesundheitsstörungen festgestellt werden können, die relevante funktionelle Beeinträchtigungen begründen könnten. Eine genaue Beurteilung der kognitiven Leistungsfähigkeit sei letztlich wegen mangelnder Mitarbeit in der neuropsychologischen Untersuchung nicht möglich gewesen. Entgegen der

Vorberichterstattung (Obergutachten Dr. D.\_\_\_\_) habe zudem aktuell eine Persönlichkeitsstörung im eigentlichen Sinne ausgeschlossen werden können. Sowohl in den einzelnen Teilgutachten als auch aus interdisziplinärer Sicht seien multiple Inkonsistenzen festzustellen gewesen. Zusammenfassend und besonders zu erwähnen seien die folgenden Inkonsistenzen: Für die angegebenen, erheblichen körperlichen Beschwerden habe sich, unter Würdigung der Vorberichterstattung inklusive der bisher durchgeführten bildgebenden Diagnostik und aufgrund der aktuellen körperlichen und laborchemischen Untersuchung, kein Korrelat gefunden. Die Explorandin habe z.B. im Rahmen der internistischen Untersuchung bei jeder Berührung mit sanftem Druck auf mehrere, willkürlich ausgesuchte Körperstellen mit der Angabe von heftigsten Schmerzen reagiert. Die Explorandin habe sich durchgehend jammern, stöhnend, leidend und insgesamt sehr theatralisch präsentiert. Im Rahmen der rheumatologisch-orthopädischen Untersuchung hätten sich keinerlei Auffälligkeiten gefunden. Der angegebene ausgeprägte Hustenreiz sei z.T. bei der Befragung und damit bei «Erinnerung an den Husten» stark ausgeprägt, im Rahmen der Untersuchung dann deutlich weniger ausgeprägt. Lungenfachärztliche Abklärungen hätten diesbezüglich bisher keine Klärung gebracht. Die beklagte Schwindelsymptomatik und die beschriebenen wiederkehrenden Wahrnehmungsstörungen seien neurologisch nicht zu erklären. Inkonsistenzen zeigten sich auch vor dem Hintergrund der durchgeführten Laboruntersuchungen. Hier sei abzuleiten gewesen, dass die Versicherte die Medikation nicht in der Art und Weise eingenommen haben könne, wie von ihr angegeben worden sei. Eine depressive Entwicklung, wie in den Vorberichten angegeben, habe aktuell nicht festgestellt werden können, auch keine Pseudodemenz im Rahmen einer depressiven Symptomatik, wie von Herrn Dr. med. D.\_\_\_\_ festgestellt. Auch die von Dr. D.\_\_\_\_ festgestellte Persönlichkeitsstörung habe zum jetzigen Zeitpunkt ausgeschlossen werden können. Die Testergebnisse im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung seien aufgrund einer mangelnden Mitarbeit letztlich nicht valide / auswertbar. Es habe sich ein deutlich überlagertes Bild, mit wiederholt mangelnder Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft gezeigt. Von einer bewussten negativen Antwortverzerrung habe ausgegangen werden müssen. Der erhobene IQ-Wert von 73 sei nicht mit dem Bildungsniveau auf Tertiärstufe vereinbar gewesen. Ein Leistungsabfall im IQ wäre jedoch, bei nicht vorhandener schwerer Hirnschädigung, nicht nachvollziehbar. Die erhaltenden Befunde aus der Visuokonstruktion seien nicht plausibel und nachvollziehbar gewesen, ebenfalls nicht die Ergebnisse der formalisierten kognitiven Beschwerdevalidierung. Aus rein psychiatrischer und auch aus interdisziplinärer Sicht müsse insgesamt von Simulation ausgegangen werden. Letztlich seien keine Gesundheitsstörungen auf somatischem oder psychiatrischem Fachgebiet feststellbar gewesen, die die angegebenen Beschwerden, das angegebene erheblich reduzierte Aktivitätenniveau und auch das Verhalten in der Untersuchung hätten rechtfertigen können. Abschliessend hielten die Gutachter zur Frage der Beschwerdegegnerin zu einer allfälligen Veränderung des Gesundheitszustandes fest, im Vorgutachten vom 26. Mai 2011 (B.\_\_\_\_) sei eine nur gering eingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 20 % aufgrund des neuropathischen Schmerzsyndroms festgestellt worden. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei seitdem nicht eingetreten. Insbesondere aus psychiatrischer Sicht sei aktuell keine Veränderung des Gesundheitszustandes seit 2011 festzustellen. Das 2011 festgestellte neuropathische Schmerzsyndrom habe aktuell aus neurologischer Sicht nicht nachvollzogen werden können, da diffuse Schmerzen im Bereich des gesamten Körpers beklagt worden seien.

5.2.2 Mit Bericht vom 21. Dezember 2020 führte med. pract. G.\_\_\_\_, Fachärztin für

Psychiatrie und Psychotherapie FMH, aus, seit Juni 2002 leide die Versicherte an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. In diesem Rahmen sei es zu einer depressiven Entwicklung gekommen. Seit 2004 leide die Versicherte an einer mittelschweren bis schweren depressiven Störung. Bereits zu Behandlungsbeginn in 2008 habe es sich schon um ein chronifiziertes therapieresistentes Zustandsbild gehandelt. Die Beschwerdeführerin sei sicher seit Juni 2008 wegen ihrer Ganzkörperschmerzen, ihrer ausgeprägten Nervosität und Gereiztheit sowie ihrer depressionsbedingten massiven Antriebsminderung anhaltend zu 100 % arbeitsunfähig für sämtliche Tätigkeiten auf dem freien Arbeitsmarkt. Im polydisziplinären IV-Gutachten vom 26. September 2020 schlussfolgerte der beurteilende Psychiater, med. pract. F.\_\_\_\_, dass keine Antriebsminderung vorliege, vor allem weil die Beschwerdeführerin regelmässig mit ihrer Familie in ihr Heimatland Mazedonien reise. Tatsache diesbezüglich sei, dass die Beschwerdeführerin nicht aus eigenem Antrieb in ihr Heimatland gehe, sondern von ihrer Familie sozusagen mitgeschleppt werde, weil sie wegen ihrer desolaten psychischen Verfassung nicht allzu lange allein gelassen werden könne.

5.2.3 Dr. med. C.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, stellte in seinem Bericht vom 4. Februar 2021 (IV-Nr. 176, S. 4) folgende Diagnosen: 1. Gesichtsschmerzen rechtsbetont (R.51) - Posttraumatische Genese bei Dg. 4, neuropathische Teilkomponente möglich, zusätzliche nichtorganische Genese wahrscheinlich - MRT Neurokranium 22. August 2012: Chronische Sinusitis frontalis links, geringfügig auch ethmoidalis rechts, keine strukturelle Hirnläsion - Rezidivierende quantitative Bewusstseinsstörungen bei Schmerzexazerbation 2. Chronische Zervikalgie und Lumbalgie 3. Depression 4. St. n. PW-Unfall 06/2002 - Zentrolaterale Mittelgesichtsfraktur rechts, Impressionsfraktur Sinus frontalis rechts - St. n. Revision des Sinus frontalis 07/2007, St. n. Osteosynthesenmaterial-Entfernung 05/2003 - Chronische Sinusitis frontalis links und ethmoidalis rechts erstmalig Blutungsstörungen im Rahmen einer Menorrhagie Weiter führte Dr. med. C.\_\_\_\_ aus, er betreue die Beschwerdeführerin in hausärztlicher Funktion seit vielen Jahren und habe die allgemeine Verschlechterung in somatischer und psychischer Hinsicht miterlebt. Mit Hilfe der Familie könne sie in ihrem äusserst bescheidenen Alltag knapp über Wasser gehalten werden, aber die Lebensqualität sei sehr schlecht. Sie sei nachweislich immer sehr bemüht, wo immer möglich ihren Beitrag zur Verbesserung zu leisten (Physiotherapie, Psychotherapie, Compliance bei der Medikation). Leider habe sich der Gesamtzustand in den letzten Jahren nicht verbessert, das Gegenteil sei der Fall. Die Beschwerdeführerin sei müde geworden, gegen die immer gleichen Beschwerden anzukämpfen. Bezüglich des Gutachtens sei festzuhalten, dass der Umfang eindrucklich und erdrückend und der Outcome enorm bescheiden sei. Den schriftlich formulierten Vorwurf des «bewussten aggravatorischen Verhaltens bis hin zur Simulation» verurteile er, Dr. med. C.\_\_\_\_, in aller Form. Es gehe der Beschwerdeführerin so schlecht, dass ihr Verhalten in der Tat auffallend sei. Das sei aber nicht gespielt oder übertrieben, sondern Ausdruck ihrer Verzweiflung.

5.2.4 Mit Verlaufsbericht vom 19. Februar 2021 (IV-Nr. 178) führte med. pract. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, aus, sie sehe die Beschwerdeführerin bei langjährig chronifiziertem Zustandsbild einmal pro Monat. Das letzte Gespräch sei am 17. Februar 2021 erfolgt. Der Gesundheitszustand der Versicherten sei unverändert schlecht. Sie beklage weiterhin Nervosität, Gereiztheit, Freudlosigkeit sowie Ganzkörperschmerzen. Vorbestehende soziale Ängste hätten sich verstärkt, insbesondere die Angst, dass man ihr ihr Leiden nicht glauben und sie für eine Simulantin halten könnte. Das bereite ihr zusätzlich schlaflose Nächte. Es bestehe weiterhin eine depressive Stimmungslage bei ausgeprägter Antriebsminderung. Die Arbeitsunfähigkeit sei weiterhin 100 % für sämtliche

Tätigkeiten auf dem freien Arbeitsmarkt. 6. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung vom 7. September 2021 im Wesentlichen auf das Gutachten der E.\_\_\_\_ vom 26. September 2020 ab, weshalb nachfolgend dessen Beweiswert zu prüfen ist.

6.1 Im internistischen Teilgutachten vom 11. August 2020 (IV-Nr. 153.4) wurde ausgeführt, rentenrelevante Diagnosen auf allgemein-ärztlichem oder internistischem Fachgebiet bestünden nicht. Von der Explorandin angegeben seien letztlich multiple Schmerzen und psychische Störungen, die entsprechend in den jeweiligen Teilgutachten weiter abgeklärt würden. Die derzeit durchgeführte medikamentöse Schmerztherapie, mit u.a. Acetylsalicylsäure, anderen nichtsteroidalen Antirheumatika, mit Metamizol, mit Tramadol, mit Paracetamol und aktuell auch mit Prednisolon sei so nicht nachzuvollziehen, insbesondere auch aufgrund der Angaben der Explorandin, dass die Medikation keinerlei positiven Effekt habe. Die angegebenen wiederkehrenden epigastrischen Beschwerden seien durchaus auf eine NSAR-induzierte Gastritis zurückzuführen. Aus medizinischer Sicht wäre eine gastroscopische Abklärung sinnvoll. Bei angegebenem Reizhusten habe die Explorandin auch während der Untersuchung und Exploration mehrfach gehustet. Vor dem Hintergrund der zuletzt laut Explorandin erfolgten unauffälligen lungenfachärztlichen Abklärung sei differentialdiagnostisch ein psychogen induzierter Reizhusten zu vermuten. Gestützt auf die vorgehenden Ausführungen und die Befunderhebung vermag sodann die gutachterliche Schlussfolgerung zu überzeugen, wonach aufgrund der bisherigen aktenkundigen Untersuchungen auf internistischem und allgemeinärztlichem Fachgebiet, aufgrund der aktuell erfolgten laborchemischen Diagnostik und aufgrund der aktuellen klinischen Untersuchungen, keine Gesundheitsstörungen auf internistischem Fachgebiet festzustellen seien, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken könnten.

6.2 Im neurologischen Teilgutachten 28. August 2020 (IV-Nr. 153.5) erhob der Gutachter im Wesentlichen folgende Befunde: Riechen und Schmecken seien subjektiv ungestört. Regelrechte Blickfolge- und Blickhalte-Funktionen. Keine pathologischen Nystagmen. Unauffällige Kopfpulstest und Sakkadenprüfung. Der Visus sei bei orientierender Untersuchung unauffällig (mit Lesebrille versorgt). Auf dem rechten Auge würden schwarze Punkte angegeben und ab und zu ein nebliges, verschwommenes Sehen. Die Pupillen seien isokor mit prompter direkter und indirekter Lichtreaktion beidseits und unauffälliger Konvergenzreaktion. Die Lidspalten seien seitengleich. Fingerperimetrisch unauffällige Gesichtsfelder. Die Sensibilität sei im Gesicht regelrecht. Die Masseteren seien seitengleich innerviert. Die faciale Motorik sei ungestört und ohne Seitendifferenz. Das Hören sei orientierend ebenfalls ungestört (Fingerreiben). Das Gaumensegel stehe mittig und werde bei Phonation symmetrisch gehoben. Unauffälliger Würgereflex beidseits. Anamnestisch keine Schluckstörungen. Unauffällige Funktion der Mm. sternocleidomastoidei. Die Zunge sei in alle Richtungen frei beweglich und zeige weder Atrophien noch Faszikulationen. Es bestehe keine Dysarthrie. Kein Meningismus. Der Tonus der Muskulatur sei allseits regelrecht. Es fänden sich keine Atrophien und keine Faszikulationen. In den Arm- und Beinhalteversuchen erfolge kein Absinken und kein Pronieren. Es bestünden keine Tremores. Bei der Kraftprüfung würden alle Muskelgruppen minderinnerviert im Sinne von Nachgeben mit forciertem Ausatmen als Ausdruck der Erschöpfung. Wendebewegungen der Unterarme (Diadochokinese) und Fingerfeinmotorik seien ungestört, ebenso das Fusstapping. Zehen- und Fersengang sei unauffällig. Die Muskeleigenreflexe seien einschliesslich Achillessehnenreflex seitengleich mittelbhaft erhältlich. Es fänden sich keine Fusskloni. Keine pathologischen Reflexe, insbesondere negatives Zeichen nach Babinski beidseits. Das Lasègue-Zeichen sei beidseits negativ.

Sensibilität: Die Berührungssensibilität, Schmerz- und Temperaturempfinden seien allseits ungestört. Unauffälliges, promptes Lageempfinden an den Fingern und Grosszehen beidseits. Das Vibrationsempfinden betrage an den distalen Fingergelenken 8/8 und an den Grosszehen 6/8 beidseits. Unauffälliger Finger-Nase-Versuch, der Knie-Hacken-Versuch sei bei allgemeiner Dekonditionierung und Adipositas nicht zuverlässig durchführbar. Die Zeigeversuche auf externe Ziele würden sicher ausgeführt. Verbreitertes und verlangsamtes Gangbild mit seitengleichem Mitbewegen der Arme. Der Stand mit geschlossenen Augen zeige intermittierend eine Fallneigung nach hinten, der Einbeinstand werde beidseits unsicher durchgeführt. Der Seiltänzerengang sei nicht zuverlässig durchführbar, der Unterberger-Tretversuch ohne wesentliche Auffälligkeiten. Es fänden sich keine aphasischen oder apraktischen Funktionsstörungen. Höhergradige Gedächtnisstörungen träten im Gespräch nicht zutage. Vegetativum: Keine trophischen Störungen, kein auffälliges Schwitzen, keine auffälligen Veränderungen des Hautkolorits oder der Körperbehaarung. Blasen- und Mastdarmfunktion seien subjektiv ungestört. Der Schlaf sei gemäss Angaben der Beschwerdeführerin durch erhebliche Ein- und Durchschlafstörungen infolge Schmerzen geprägt. Gestützt auf die vorgenannte Befunderhebung erscheint es somit nachvollziehbar, dass der neurologische Gutachter in seinem Fachgebiet keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt hat.

6.3 Im rheumatologische-orthopädischen Teilgutachten vom 9. September 2020 (IV-Nr. 153.6) wurde zur Befunderhebung ausgeführt, die Beschwerdeführerin betrete den Untersuchungsraum mit einem unauffälligen Gangbild. Es werde eine mittelschwere Tasche in der rechten Hand getragen. Orthopädische Hilfsmittel würden keine benutzt. Das Entkleiden zur Untersuchung erfolge anfangs behäbig, jedoch nicht behindert. Teilweise Einbeinstand zum Entkleiden der Strümpfe und Schuhe. Auch die Überkopftentkleidung erfolge unbehindert und einigermaßen zügig. Nach der Gesamtuntersuchung erfolge das Ankleiden wesentlich zügiger und genauso unbehindert. Der Zehenspitzenstand und -gang, sowie der Hackengang und -stand könnten ebenso wie der Gang in und aus der Hocke zügig durchgeführt werden. Der Einbeinstand erfolge beidseits ohne Trendlenburg'sches Zeichen. Beim aufrechten Stand zur ebenen Erde physiologische X-Beine und lotrechte Wirbelsäule. Sämtliche Gelenke beider unteren Extremitäten seien seitengleich frei bewegbar. An keinem Gelenk könnten entzündliche Veränderungen festgestellt werden. Auch die detaillierte Untersuchung der Kniegelenke sei unauffällig. Der Bandapparat sei stabil und die Meniskuszeichen seien negativ. Die Umfangmasse seien seitengleich. Die Fusssohlenbeschielung zeige eine leichte Spreizfusstendenz. Die grob neurologische Untersuchung sei unauffällig, insbesondere sei das Lasègue'sche Zeichen bds. negativ. ASR und PSR könnten beidseits regelrecht ausgelöst werden. Motorische und sensible Störungen könnten keine gefunden werden. Der Langsitz sei auf der Liege problemlos durchführbar. Hierbei Unterhaltung. Die Wirbelsäule sei bei der heutigen Untersuchung in allen Ebenen sehr gut bewegbar. Beim Vornüberbeugen mit durchgestreckten Beinen könne spontan mit den Fingern der Boden erreicht werden. Die Wirbelsäule entfalte sich hierbei regelrecht. Überhaupt würden bei der gesamten körperlichen Untersuchung spontan keine Schmerzen geäussert. Nennenswerte Verspannungen der Rückenmuskulatur oder gar Myogelosen könnten nicht gefunden werden. Die Gelenke der oberen Extremitäten seien seitengleich frei bewegbar. An keinem Gelenk könnten entzündliche Veränderungen festgestellt werden. Der Nacken- und Schürzengriff könnten problemlos durchgeführt werden. Die Muskelkonturen seien seitengleich. Das Fingerspiel sei frei und der Faustschluss sei beidseits kräftig. Die grob neurologische Untersuchung sei unauffällig. Die

Handbeschwellung sei regelrecht. Zusammenfassend kam der Gutachter dementsprechend zum Schluss, bei der heutigen Untersuchung im Bereich des gesamten Bewegungsapparates hätten keine Auffälligkeit oder funktionelle Einschränkung gefunden werden können, weshalb auf dem rheumatologisch-orthopädischen Fachgebiet mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auch keine Diagnose gestellt werden könne. 6.4 Im neuropsychologischen Teilgutachten vom 18. September 2020 (IV-Nr. 153.7) wurde zur Beurteilung ausgeführt, in der heutigen Untersuchung präsentiere sich ein deutlich überlagertes Bild und die Versicherte zeige wiederholt eine mangelnde Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft. Die formalen Leistungen der Versicherten seien nicht nachvollziehbar und stünden in keinem Verhältnis zu der Bildungsanamnese, den erhaltenen Angaben aus der Anamnese und dem Krankheitsbild. Die Versicherte präsentiere auf Testebene eine demonstrativ überzeichnete kognitive Störung. In der heutigen neuropsychologischen Untersuchung werde der kultur- und bildungsunabhängige CFT 20-R (Culture Faire Intelligence Test) verwendet. In diesem Test liege die faktorielle Validität durch hohe Ladungen aller Subtests auf der «general fluid ability». In diesem Test erreiche die Versicherte einen IQ-Wert von 73, was einem unterdurchschnittlichen Ergebnis entspreche und im Bereich einer Lernbehinderung liege. Die Versicherte gebe an, eine gute Bildung zu besitzen und verfüge über einen Universitären Abschluss im Bereich Pädagogik/Primarlehramt. Folglich sei der dargestellte IQ in keiner Weise mit einem Bildungsniveau auf Tertiärstufe zu vereinbaren. Die Versicherte demonstriere eine visuokonstruktive Störung, wobei sie nach ca. 1 Min. 20 sec. den Stift ablege, obschon nur ein Bruchteil der gesamten Darstellung vorhanden sei. Die Versicherte werde darauf hingewiesen, dass dies keine optimale Leistung sei und sie sich zwingend mehr bemühen müsse. Daraufhin würden nur wenige Sachen ergänzt, so dass die Figur mit 8 von 18 Punkten, bei einer Bearbeitungszeit von knapp 2 Minuten, beendet werde und somit dieser Befund keine Aussage liefere. Die verbalen Merkspannen (Kurzzeitgedächtnis/Arbeitsgedächtnis) würden durch die Dolmetscherin in Albanisch erhoben. Das verbale Kurzzeitgedächtnis präsentiere sich grenzwertig und der Leistungsverlauf zeige sich fluktuierend. Das Arbeitsgedächtnis werde als mittelschwer beeinträchtigt dargestellt. Der Grenzwert der Reliable Digital Span (Greiffenstein, Baker und Gola, 1994) werde unterschritten und gebe Hinweis auf eine mangelnde Leistungsbemühung (RDS 6; Grenzwert 7). Die visuell-räumliche Kurzzeit- und Arbeitsgedächtnisleistungen lägen mit  $T < 20$  jeweils im schwer beeinträchtigten Bereich. Die dargestellte Leistung sei bei nicht vorhandenem neuronalen Korrelat aufgrund des Ausprägungsgrades als nicht valide zu beurteilen sei. Auch der psychomotorische Antrieb und die kognitive Informationsverarbeitung im TMT-A sei mit  $T < 20$ , also schwerste Verlangsamung, und hierunter dargestellten 2 Fehlern ebenfalls nicht als valide zu beurteilen. Insbesondere im Spontanverhalten sei keine derart schwere Verlangsamung zu beobachten. Die am Anfang und Ende durchgeführten Beschwerdevalidierungen mit dem Test of Memory Malinger und dem Digital Memory Test wiesen auf eine derartige negative Antwortverzerrung hin, so dass zumindest zum Teil von einer bewussten negativen Antwortverzerrung auszugehen sei. Bereits im ersten Durchgang des TOMM lägen die Antworten im Bereich der Zufallswahrscheinlichkeit. Im zweiten Durchgang, also nach Wiederholung derselben Reize, zeige die Versicherte eine Leistung unterhalb des zu erwartenden Grenzwertes ( $< 18$ ), womit eine bewusste negative Antwortverzerrung vorliege. Im Retention Durchgang liege die Leistung wieder im Bereich der Zufallswahrscheinlichkeit und eine negative bewusste Antwortverzerrung sei möglich. Das

Antwortverhalten im Digital Memory Test liege über alle drei Durchgänge im Bereich der Zufallswahrscheinlichkeit und eine bewusste Antwortverzerrung sei möglich. Im Rey Fifteen Item Memory Test, welchen die Versicherte kurze Zeit zuvor bereits im psychiatrischen Gutachten durchgeführt habe, zeige die Versicherte im zweiten Durchgang spontan wiederum eine schlechtere Leistung als im ersten Durchgang. Darauf hingewiesen gelinge es der Versicherten ihre Leistung zu verbessern, was die mangelnde Leistungsbemühung bestätige, weshalb eine bewusste negative Antwortverzerrung überwiegend wahrscheinlich sei. Das bedeute, dass in diesen Verfahren, die vermeintlich Gedächtnisleistungen, real jedoch die Leistungsmotivation prüften, Ergebnisse erzielt worden seien, die mit hoher Sicherheit eine eingeschränkte Anstrengungsbereitschaft auswiesen. Die ermittelten Ergebnisse, wären sie authentisch im Sinne der kognitiven Leistungsvoraussetzung der Versicherten, seien nur bei Menschen mit einem kompletten amnestischen Syndrom, einer fortgeschrittenen Demenz oder anderen schwersten kognitiven Störungen zu erwarten. Dies sei jedoch bei der Versicherten nicht der Fall, wie anhand der Informationsbasis unzweifelhaft belegt werde. Die Versicherte könne in der Anamnese detailliert, differenziert und mit Beispielen ihre Beschwerden beklagen. Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen vermag sodann die zusammenfassende Beurteilung der neuropsychologischen Gutachterin zu überzeugen: Zusammengefasst könne auf der Grundlage der eigenen Befunderhebung keine positive Aussage erfolgen, ob eine krankheitsbezogene Funktionsstörung vorliege. Die geltend gemachten Beschwerden liessen sich wiederkehrend auf der Befundlage widerlegen. Positiv belegbar und überwiegend wahrscheinlich nachweisbar seien negative Antwortverzerrungen der Versicherten, sodass kein gültiges Testprofil erhalten werden könne. Es sei möglich wahrscheinlich, dass eine krankheitswertige Symptomatik vorhanden sei, aber aufgrund der nachweisbaren Übertreibungstendenzen der Versicherten sei das Ausmass des tatsächlichen Ausfallmusters nicht abzuschätzen. Ob eine kognitive Störung dennoch vorhanden sei, entziehe sich aufgrund der eingeschränkten Mitwirkung der Versicherten den Erkenntnismöglichkeiten der Untersucherin. Aufgrund erheblicher Inkonsistenzen (z.B. Bildung – IQ) und Unplausibilitäten sei die Gültigkeit der Beschwerdeschilderung als auch des erhaltenen Testprofils als eingeschränkt zu beurteilen. Auch die in den Akten vorhandenen Aussagen, dass die Gedächtnisstörungen in Zusammenhang mit den histrionischen Persönlichkeitszügen zu sehen seien oder als Pseudodemenz i.R. einer Depression, sei zu verwerfen. Persönlichkeitsstörungen würden kaum von kognitiven Störungen, insbesondere nicht Gedächtnisstörung, begleitet. Das dargestellte Ausfallmuster, der Ausprägungsgrad des kognitiven Beschwerdebildes zusammen mit dem erhobenen Intelligenzquotienten seien auch nicht mit einer Pseudodemenz i.R. der Depression zu erklären.

6.5 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 16. September 2020 (IV-Nr. 153.8) wurde als einzige Diagnose eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (Rentenneurose) (ICD-10: F68.0) gestellt, welcher keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen wurde. Zur Beurteilung führte der Gutachter aus, bei der heutigen Untersuchung und Exploration habe sich eine Versicherte vorgestellt, die von Seiten des Auftretens, der Beziehungsgestaltung, Kontaktaufnahme doch als auffällig zu bezeichnen gewesen sei. Dabei habe das gesamte Verhalten von Anfang an sehr bewusstseinsnahe, theatralisch aufgesetzt, demonstrativ gewirkt. Im Rahmen und im Verlauf der Exploration habe sich das Verhalten der Versicherten etwas geändert und es seien viele Inkonsistenzen deutlich geworden, etwa vor dem Hintergrund der durchgeführten Laboruntersuchungen, der neuropsychologischen Untersuchung, des

durchgeführten Rey-Tests, der Reisetätigkeit, und auch seien die Angaben zur Benutzung der öffentlichen Verkehrsmittel auf Nachfragen dann verändert gewesen und auch die Versicherte habe angegeben, ein Auto zu chauffieren. Insgesamt habe keine Diagnose auf psychiatrischem Fachgebiet, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zeitigen könnte, gestellt werden können, vergleichbar mit dem Vorgutachten des B.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2011. Auch heute deuteten die geklagten Symptome doch auf eine Simulation hin, vergleichbar mit der Stellungnahme des B.\_\_\_\_ vom 7. April 2014. Es habe heute keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder überhaupt eine psychiatrische Diagnose festgestellt werden können. Die entsprechenden Diagnosekriterien für eine Erkrankung aus dem somatoformen Diagnosespektrum seien nicht gegeben gewesen, da doch ein sehr bewusstseinsnahes Verhalten vorgelegen habe und durchaus von einem Vorspielen einer Erkrankung, in laienätiologischer Form habe ausgegangen werden müssen. Auch habe keine depressive Entwicklung, noch in den beiden Arztberichten der Psychiaterin med. pract. G.\_\_\_\_ angeführt, festgestellt werden können, insbesondere habe eine Pseudodemenz im Rahmen einer depressiven Symptomatik, wie sie im Obergutachten Dr. med. D.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie, vom 19. September 2014 angenommen worden sei, ausgeschlossen werden können. Hier sei nicht nur alleine auf den Rey-Memory-Test verwiesen, sondern insgesamt auf die heutigen Gegebenheiten und die Umstände. Auch hätten die weiteren Diagnosen, die in dem bezeichneten Obergutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ angeführt worden seien, insbesondere eine Persönlichkeitsstörung, ausgeschlossen werden können. Es sei darauf verwiesen, dass weder die behandelnde Psychiaterin diese Diagnose angeführt, noch diese im Gutachten der B.\_\_\_\_ angeführt werde. Weiter hätten heute keine traumatisierenden Erlebnisse in Kindheit und Jugend exploriert werden können, die das Entstehen einer Persönlichkeitsstörung bedingen würden. Auch berichte die Versicherte nicht über schwierige psychosoziale Aufwuchsbedingungen und habe bis zum Unfallereignis im Jahre 2002 doch weitestgehend den an sie gestellten sozialen Erwartungen entsprochen. Die heutige Persönlichkeitsdiagnostik würde allenfalls eine histrionisch strukturierte akzentuierte Persönlichkeit ergeben, wobei dies vor dem Hintergrund der Gegebenheiten und des bewusstseinsnahen Verhaltens abschliessend nicht so habe diagnostiziert werden können und auch entsprechend nicht als Diagnose angeführt werden solle. Nach dem Unfallereignis möge bedingt durch einen organischen Kern eine gewisse Zeit eine depressive Symptomatik, gegebenenfalls mit Angst- und Paniksymptomatik vergesellschaftet sowie traumaassoziierten Symptomen (Psychosomatisches Konsilium Rehaklinik Bellikon vom 4. Mai 2005) bestanden haben. All diese Diagnosen hätten sich zum heutigen Zeitpunkt nicht mehr feststellen lassen. Dass vielfältige Therapieversuche einschliesslich schmerztherapeutische Massnahmen erfolglos geblieben seien, wie med. pract. G.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie, in ihrem Bericht von 26. Januar 2015 angeführt habe, möge darin begründet sein, dass die Versicherte die Medikation nicht einnehme, wie sich heute entgegen ihren Angaben, vor dem Hintergrund der durchgeführten Laboruntersuchungen gezeigt habe. Dies weise auf einen geringen Leidensdruck hin. Weiter dürften vielfältige, auch dem Dossier zu entnehmende versicherungspsychiatrisch nicht relevante, psychosoziale Faktoren an der Aufrechterhaltung der Gegebenheiten beteiligt sein. Zusammenfassend sei das Verhalten der Versicherten gut mit einem sogenannten Krankenrollenverhalten zu beschreiben, wobei doch bewusste aggravatorische Anteile bestanden hätten (vgl. Laboruntersuchungen, Rey-Test, neuropsychologische Untersuchung), woraus sich eine geringe Veränderungsbereitschaft mit allfälliger Therapieresistenz erkläre. Auch wenn somit eine

weitere stationäre Behandlung keine wesentliche Besserung erbringen würde, wäre dies nicht ungewöhnlich, gründe aber nicht auf eine versicherungspsychiatrisch relevante Diagnose, sondern sei überwiegend geprägt von persönlicher Krankheitsüberzeugung, Lebensentwürfen und Zielsetzungen, welche durch psychosoziale und soziokulturelle Überlegungen, aber auch hinsichtlich der Zukunftsperspektiven im Hinblick auf Alter und Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen, zumindest vorbewusst bis bewusst wie bei der Versicherten bis hin zur Simulation geprägt würden, mit dem Resultat eines appellativ vorgebrachten Schon- und Vermeidungsverhalten. Da auf psychiatrischem Fachgebiet heute keine die Arbeitsfähigkeit beeinflussende Diagnose habe gestellt werden können, habe auch keine Einschränkung in allen vergleichbaren Bereichen festgestellt werden können. Das Verhalten der Versicherten sei heute deutlich über das der Aggravation hinausgegangen und es müsse von einer Simulation, wie bereits von der B.\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 7. Februar 2014 angeführt, ausgegangen werden. Im Vergleich zum Vorgutachten des B.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2011 ergäben sich aus psychiatrischer Sicht keine Veränderungen des Gesundheitszustandes im eigentlichen engeren Sinne, insbesondere die Arbeitsfähigkeit betreffend. 6.6 Gestützt auf die beweiswertigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung der E.\_\_\_\_-Gutachter vom 26. September 2020 (IV-Nr. 153.1; s. E. II. 5.2.1 hiervor) zu überzeugen, wonach aus rein psychiatrischer und auch aus interdisziplinärer Sicht insgesamt von Simulation ausgegangen werden müsse. Letztlich seien keine Gesundheitsstörungen auf somatischem oder psychiatrischem Fachgebiet feststellbar gewesen, die die angegebenen Beschwerden, das angegebene erheblich reduzierte Aktivitätenniveau und auch das Verhalten in der Untersuchung hätten rechtfertigen können. Am Beweiswert des E.\_\_\_\_-Gutachtens vermögen sodann weder die entgegenstehenden Arztberichte noch die übrigen Rügen der Beschwerdeführerin etwas zu ändern. So vermögen med. pract. G.\_\_\_\_ und Dr. med. C.\_\_\_\_ in ihren Berichten vom 21. Dezember 2020 sowie vom 4. und 19. Februar 2021 (vgl. E. II. 5.2.2 – 5.2.4 hiervor) nicht überzeugend darzutun, inwiefern das Gutachten der E.\_\_\_\_ nicht beweiswertig sein sollte. In diesem Zusammenhang ist zudem der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit weiteren Hinweisen), weshalb den vorgenannten Arztberichten auch aus diesem Grund kaum Beweiswert zuzumessen ist. Sodann ist auf die Rügen der Beschwerdeführerin einzugehen: Zwar zogen die Gutachter der E.\_\_\_\_ teilweise Sachverhaltsvergleiche zum B.\_\_\_\_-Gutachten, was bezüglich des psychiatrischen Teilgutachtens des B.\_\_\_\_ nicht korrekt ist, nachdem wie vorgehend ausgeführt zum Sachverhaltsgleich in psychiatrischer Hinsicht nicht das psychiatrische Teilgutachten des B.\_\_\_\_ und die ergänzende B.\_\_\_\_-Stellungnahme beizuziehen sind, sondern das psychiatrische Gerichtsgutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 5.1 hiervor). Der ergänzende Sachverhaltsvergleich mit dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 19. März 2014 konnte aufgrund der sich vorliegend darstellenden Sachverhaltskonstellation mit einer Simulation jedoch ohne Weiteres durch die Beschwerdegegnerin bzw. das Gericht vorgenommen werden, womit auf das E.\_\_\_\_-Gutachten abgestellt werden kann und die eventualiter beantragte gerichtliche psychiatrische Begutachtung nicht notwendig ist. In diesem Zusammenhang ist es – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin – im Lichte des Gesagten nicht beachtlich, dass der psychiatrische Gutachter der E.\_\_\_\_ festhielt, es müsse von einer Simulation, wie bereits von der B.\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 7. Februar 2014 angeführt, ausgegangen

werden, nachdem im vorliegend zum Sachverhaltsvergleich beizuziehenden Gerichtsgutachten von Dr. med. D. \_\_\_ keine Aggravation oder Simulation festgestellt wurde. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin geht zudem aus dem E. \_\_\_-Gutachten klar hervor, dass der festgestellten Simulation kein krankhafter Prozess zu Grunde liegt. Dies ist einerseits den Ziffern 6.3 und 7.3.1 des psychiatrischen Teilgutachtens sowie ebenfalls den Ausführungen der neuropsychologischen Gutachterin zu entnehmen, welche festhielt, die in den Akten vorhandenen Aussagen, dass die Gedächtnisstörungen in Zusammenhang mit den histrionischen Persönlichkeitszügen zu sehen seien oder als Pseudodemenz i.R. Depression, seien zu verwerfen. Persönlichkeitsstörungen würden kaum von kognitiven Störungen, insbesondere nicht Gedächtnisstörung, begleitet. Das dargestellte Ausfallsmuster, der Ausprägungsgrad des kognitiven Beschwerdebildes zusammen mit dem erhobenen Intelligenzquotienten seien auch nicht mit einer Pseudodemenz i.R. der Depression zu erklären. Zusammenfassend ist somit gestützt auf das beweismässige Gutachten der E. \_\_\_ vom 26. September 2020 davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin keine Gesundheitsstörungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erstellt sind. 7. Sodann ist nachfolgend, wie von der Beschwerdegegnerin vorgebracht, zu prüfen, ob vorliegend von einer revisionsrechtlich relevanten Tatsachenänderung im Sinne eines früher – nämlich im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. med. D. \_\_\_ – nicht gezeigten Verhaltens der Beschwerdeführerin auszugehen ist. 7.1 Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung kann unter Umständen auch ein früher nicht gezeigtes Verhalten eine im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG relevante Tatsachenänderung darstellen, wenn es sich auf den Invaliditätsgrad und damit auf den Umfang des Rentenanspruchs auswirken kann. Dies trifft etwa zu bei Versicherten mit einem Beschwerdebild, auf das die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 anwendbar ist, wenn ein Ausschlussgrund vorliegt, das heisst, die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht, die eindeutig über die bloss (unbewusste) Tendenz zur Schmerzausweitung und –verdeutlichung hinausgeht (zum Ganzen: Urteile des Bundesgerichts 8C\_380/2019 vom 11. Oktober 2019 E. 4.1 und 8C\_825/2018 vom 6. März 2019 E. 6.1). Ist im Einzelfall ein solcher Grund gegeben, ist ein Revisionsgrund nach Art. 17 Abs. 1 ATSG zu bejahen und der Rentenanspruch umfassend neu zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3). Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2.2 mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C\_825/2018 vom 6. März 2019 E. 8.3 und 9C\_501/2018 vom 12. März 2019 E. 5.1). 7.2 Gestützt das beweismässige Gutachten der E. \_\_\_ vom 26. September 2020 ist von einer (bewusstseinsnahen) Aggravation der Beschwerdeführerin während der Begutachtung bei der E. \_\_\_ auszugehen. In diesem Zusammenhang ist auf die gutachterlichen Ausführungen zu verweisen (s. E. II. 6. hiervor). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin bestanden vor der E. \_\_\_-Begutachtung keine hinreichend klaren Hinweise auf ein aggravatorisches Verhalten der Beschwerdeführerin. Mit der anlässlich der E. \_\_\_-Begutachtung durch die Beschwerdeführerin neu gezeigten Aggravation lag ein Verhalten vor, das sie im Zeitpunkt der letzten massgeblichen psychiatrischen Begutachtung von Dr. med. D. \_\_\_ vom 19. März 2014 noch nicht gezeigt hatte. Wie die

Beschwerdegegnerin in diesem Zusammenhang korrekt ausführte, hat Dr. med. D. \_\_\_ zwar ein auffälliges Verhalten sowie mangelnde Kooperation seitens der Beschwerdeführerin beschrieben, ohne jedoch eine Aggravation festzustellen. Zudem hatte das Versicherungsgericht in seinem Urteil VSBES.2012.206 vom 12. August 2014 ebenfalls über keine aggravorischen Tendenzen berichtet. Somit ist ein Revisionsgrund nach Art. 17 Abs. 1 ATSG zu bejahen und der Rentenanspruch umfassend («allseitig») zu prüfen. Bei diesem Ergebnis braucht entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nicht geprüft zu werden, ob ein Revisionsgrund im Sinne einer erheblichen Verbesserung des Gesundheitszustandes vorlag (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_380/2018 vom 11. Oktober 2019 E. 4.4 f.). Gestützt auf das beweismässige E. \_\_\_-Gutachten ist demnach auf die gutachterliche Schlussfolgerung abzustellen, dass keine Gesundheitsstörungen auf somatischem oder psychiatrischem Fachgebiet feststellbar gewesen sind, die die angegebenen Beschwerden, das angegebene erheblich reduzierte Aktivitätsniveau und auch das Verhalten in der Untersuchung hätten rechtfertigen können. 8. Des Weiteren ist auf die Frage einzugehen, ob die Beschwerdegegnerin im Verwaltungsverfahren das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin verletzt hat. Mit Einwand vom 28. Januar 2021 (IV-Nr. 172) verlangte die Beschwerdeführerin unter anderem, dass den Gutachtern der E. \_\_\_ folgende Fragen zu stellen seien: «Dr. med. H. \_\_\_: Unter Ziff. 3.2.16 Ihres Teilgutachtens führten Sie aus, dass auf allfällige Inkonsistenzen in Ziff. 0 eingegangen werde. Wo genau im Gutachten finden sich diese Ausführungen und wie lauten diese? Med. pract. F. \_\_\_: Unter Ziff. 7.3.1 Ihres Teilgutachtens führten Sie aus, dass – wie bereits in der B. \_\_\_-Stellungnahme vom 7. Februar 2014 angeführt – von einer Simulation ausgegangen werden müsse. Bedeutet dies nach Ihrer professionellen Einschätzung, dass sich die Simulation seit 2014 nicht verändert hat? Gemäss Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten vom 16. Juni 2016 stellen Begriffe wie Inkonsistenz, Aggravation und Simulation wertfreie Feststellungen dar, deren Ursachen es zuerst zu klären gilt. Welcher Natur sind die Ursachen der von ihnen bei der Versicherten festgestellten Simulation?» Mit Verfügung vom 7. September 2021 wies die Beschwerdegegnerin die beantragten Ergänzungsfragen mit den folgenden Begründungen ab: Die erste Frage an Dr. med. H. \_\_\_ sei als klarer Schreibfehler zu taxieren. Die Inkonsistenzen ergäben sich bei Durchsicht des Gutachtens aus der Ziffer 7.2.1. Somit erübrige sich eine entsprechende Nachfrage beim Gutachter. Die zweite Frage richte sich an med. pract. F. \_\_\_ und betreffe die Simulation. Die Ausführungen im Gutachten unter Ziffer 7.3.1 wie auch Ziffer 6.3 beantworteten die Fragen stringent, weshalb sich auch hier eine entsprechende Rückfrage beim Gutachter erübrige. Dagegen bringt die Beschwerdeführerin in der vorliegenden Beschwerde vor, die Nichtzulassung ihrer Ergänzungsfragen im Vorbescheidverfahren stelle eine schwerwiegende Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV und Art. 6 Ziff. 1 EMRK dar (vgl. BGE 137 V 210 ff.). Ebenso sei so das Recht der Versicherten auf Beweis nach Art. 152 Abs. 1 ZPO verletzt worden. 8.1 8.1.1 Der Anspruch auf rechtliches Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt er ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, welcher in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines in seine Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu

beeinflussen. 8.1.2 Sowohl bei der vorgängigen wie auch bei der nachträglichen Fragestellung an die Gutachter geht es um die Qualität des Gutachtens sowie darum, die Tragfähigkeit der tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen zu erhöhen. Die nachträgliche Fragestellung beim Gutachten betrifft in erster Linie das Recht der versicherten Person, sich zum Beweisergebnis zu äussern. Demgegenüber steht bei der vorgängigen Fragestellung der Gesichtspunkt der Waffengleichheit und damit der Verfahrensfairness im Vordergrund (Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Auflage, 2020, N. 61 zu Art. 44; Urteil 9C\_595/2018, E. 4.3.2).

8.2 Von der Stellung von Ergänzungsfragen an die Experten kann dann abgesehen werden, wenn die Voraussetzungen einer antizipierten Beweiswürdigung erfüllt sind. Dies trifft zu, wenn die Beantwortung der Ergänzungsfragen keine neuen, für die Anspruchsbeurteilung relevanten Erkenntnisse erwarten lässt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_309/2007 vom 5. September 2007, E. 2.2.1). Diese Konstellation ist dann gegeben, wenn die entsprechenden Fragen durch das Gutachten bereits beantwortet werden, wenn sie für die Anspruchsbeurteilung keine Rolle spielen sowie wenn davon auszugehen ist, die Frage werde sich auch durch zusätzliche Abklärungen nicht mehr klären lassen. Die Beschwerdegegnerin verneinte die Aussicht auf zusätzliche Erkenntnisse mit der in E. II. 7 hiervor genannten Begründung. Diese vermag zu überzeugen. Der internistische Gutachter der E.\_\_\_\_, Dr. med. H.\_\_\_\_, hielt in Ziff. 3.2.16 seines Teilgutachtens (IV-Nr. 153.4) zwar tatsächlich fest, auf allfällige Inkonsistenzen werde in Ziff. 0 eingegangen. Eine solche «Ziff. 0» ist im Teilgutachten nicht zu finden, weshalb es sich fraglos um einen Schreibfehler handelt. Darüber hinaus traten anlässlich der internistischen Begutachtung zwar gewisse Inkonsistenzen zu tage (vgl. E. II. 6.1 hiervor), die erheblichen und massgeblichen Inkonsistenzen wurden aber vor allem bei der psychiatrischen und neuropsychologischen Begutachtung festgestellt (s. E. II. 6.4 und 6.5 hiervor). Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, welchen zusätzlichen Erkenntnisgewinn die von der Beschwerdeführerin beantragte Frage an Dr. med. H.\_\_\_\_ hätte bringen sollen. Das Gleiche kann auch hinsichtlich der zweiten beantragten Ergänzungsfrage an den psychiatrischen Gutachter, med. pract. F.\_\_\_\_, gesagt werden. Obwohl med. pract. F.\_\_\_\_ hinsichtlich der von ihm festgestellten Simulation fälschlicherweise einen Vergleich zum psychiatrischen Teilgutachten des B.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2011 zog, bringt der erste Teil der an ihn gerichteten Ergänzungsfrage keinen zusätzlichen Erkenntnisgewinn, da dem psychiatrischen Teilgutachten des B.\_\_\_\_ im Urteil VSBES.2012.206 vom 12. August 2014 kein Beweiswert zugemessen wurde und zum Vergleich stattdessen das Gerichtsgutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 19. März 2014 heranzuziehen ist (s. E. II. 5.1). Wie zudem die Beschwerdegegnerin zu Recht ausführte, beantworten die Ausführungen im psychiatrischen Teilgutachten unter Ziffer 7.3.1 wie auch Ziffer 6.3 die zweite Teilfrage bereits stringent, weshalb sich auch hier eine entsprechende Rückfrage beim Gutachter erübrigt hat (s. auch E. II. 6.6 hiervor). Zusammenfassend ist es demnach nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die von der Beschwerdeführerin beantragten Ergänzungsfragen in antizipierter Beweiswürdigung abwies. Zudem kann mit der vorgenannten Begründung auch die im vorliegenden Beschwerdeverfahren beantragte Ergänzungsfrage (s. Rechtsbegehren Ziff. 3) in antizipierter Beweiswürdigung abgewiesen werden. Schliesslich liegt – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin – auch keine Verletzung des Rechts der Versicherten auf Beweis nach Art. 152 Abs. 1 ZPO vor. Gemäss Art. 152 Abs. 1 ZPO hat jede Partei das Recht, dass das Gericht die von ihr form- und fristgerecht angebotenen tauglichen Beweismittel abnimmt. Keine Verletzung des rechtlichen Gehörs liegt vor, wenn ein Gericht darauf verzichtet, beantragte Beweise abzunehmen, weil es aufgrund bereits

abgenommener Beweise seine Überzeugung gebildet hat und ohne Willkür in vorweggenommener Beweiswürdigung annehmen kann, dass seine Überzeugung durch weitere Beweiserhebungen nicht geändert würde (Urteil des Bundesgerichts 4A\_308/2020 vom 5. November 2020, E. 5.2.4, mit weiteren Hinweisen). Mit Verweis auf die vorgehende Begründung zur antizipierten Beweiswürdigung kann eine Verletzung des rechtlichen Gehörs somit auch im Lichte von Art. 152 Abs. 1 ZPO verneint werden.

## **E. 9**

9.1 Gestützt auf die vorgehenden Ausführungen ist es somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die bisherige ganze Rente der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 7. September 2021 per Ende Oktober 2021 aufgehoben hat. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

### **E. 9.2**

Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 9.3 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 1'000.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

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