

ZG_VERWALTUNGSGERICHT S 2019 96 vom 29. Juni 2020

ZG Verwaltungsgericht, 2020-06-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zg_verwaltungsgericht_S_2019_96

FR: ZG_VERWALTUNGSGERICHT S 2019 96 du 29 juin 2020

IT: ZG_VERWALTUNGSGERICHT S 2019 96 del 29 giugno 2020

Regeste

Sozialvers.rechtl. Kammer — Invalidenversicherung (Leistungen) — Beschwerde

Erwägungen

E. 2

Urteil S 2019 96 A. Die 1975 geborene A._____ meldete sich am 18. Juni 2016 unter Hinweis auf eine Diskushernie L4/L5 mit Tangierung der S1-Wurzel sowie auf eine Depression bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Die IV-Stelle Zug tätigte in der Folge medizinische und erwerbliche Erhebungen, insbesondere holte sie auch die Akten des Krankentaggeldversicherers ein, welcher ein bidisziplinäres Gutachten von C._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. D._____, FMH Rheumatologie und Innere Medizin, vom 23. November 2016 (IV-act. 26 S. 11 ff.) eingeholt hat. Auch die Verwaltung gab eine polydisziplinäre Expertise in den Fachdisziplinen Innere Medizin, Psychiatrie, Orthopädie sowie Neurologie bei der Zentrum für Interdisziplinäre Medizinische Begutachtungen AG (ZIMB) in Auftrag, welche am

E. 7

Status nach chronischer C-Gastritis im Januar 2016, seither unter Dauertherapie mit einem Protonenpumpenhemmer.

E. 8

Anamnestisch Vitamin D- und Eisenmangel.

E. 9

Urteil S 2019 96 5.1 Die Beschwerdeführerin moniert, es sei augenfällig, dass der psychiatrische Sachverständige keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stelle, was angesichts der aktenkundigen, von anderen Ärzten konstatierten Gesundheitsschäden Zweifel an der Einschätzung von Dr. H._____ aufkommen lasse (act. 1 Ziff. 16). Hieraus kann die Versicherte nichts zu ihren Gunsten ableiten. Nur weil die behandelnden Ärzte Diagnosen gestellt und eine Arbeitsunfähigkeit attestiert haben, bedeutet dies nicht von vornherein, dass ein Experte nicht zu einem anderen Ergebnis kommen kann und darf. Es ist gerade Sinn und Zweck einer Begutachtung, dass die objektiven Gesundheitsschäden und deren funktionellen Auswirkungen aus unabhängiger Sicht beurteilt werden. Hierbei kommt dem Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag eine bedeutende Rolle zu. Behandelnde Ärzte sagen oftmals mitunter im Hinblick auf ihre Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aus. Deshalb ist auch ein Administrativgutachten nicht stets in Frage zu stellen, bloss weil es zu anderen Einschätzungen als die behandelnden Ärzte gelangt; vorbehalten bleiben Fälle, in welchen sich eine klärende Ergänzung oder direkt eine abweichende Beurteilung

aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte benennen (vgl. statt vieler: Urteil BGer 8C_55/2018 vom 30. Mai 2018 E. 6.2). 5.2 5.2.1 Soweit die Beschwerdeführerin kritisiert, die Beschreibung der psychopathologischen Befunde sei äusserst knapp ausgefallen und nicht AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie)-konform, wie dies die Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) forderten (act. 1 Ziff. 17), zielt sie ins Leere. Die Beachtung dieser Leitlinien bildet keine zwingende Voraussetzung für die Beweiskraft einer Expertise (Urteil BGer 9C_683/2019 vom 6. Januar 2020 E. 3.4.1, mit weiteren Hinweisen). Weder Gesetz noch Rechtsprechung schreiben den Psychiatern eine Begutachtung nach den entsprechenden Richtlinien vor. Ein Gutachten verliert nicht automatisch seine Beweiskraft, wenn es sich nicht an die erwähnten Qualitätsrichtlinien anlehnt (Urteil BGer 9C_273/2018 vom 28. Juni 2018 E. 5.4). Die AMDP-Richtlinien stellen zudem für sich allein die Schlüssigkeit der gutachterlichen Ergebnisse nicht sicher. Die Rechtsprechung erkennt solchen Testverfahren höchstens ergänzende Funktion zu, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung entscheidend bleibt. Wohl ergänzen die nach AMDP-Regeln erfassten Psychopathologien die klinische Befundung der Explorandin, ersetzen sie jedoch

E. 10

Urteil S 2019 96 nicht (Urteil BGer 9C_252/2012 vom 7. September 2012 E. 8.3). Vielmehr bleibt die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung entscheidend (Urteil BGer 9C_207/2015 vom 5. Juni 2015 E. 4.2). Abgesehen davon zeigt die Beschwerdeführerin nicht auf, inwiefern diese in casu ungenügend sein soll. Dies geht im Übrigen auch nicht aus der Auskunft von Dr. G._____ vom 11. November 2019 hervor (Bf-act. 5). 5.2.2 Gleiches gilt auch für den Umstand, dass der MEDAS-Gutachter keine psychologischen Zusatzuntersuchungen vorgenommen und keine Fremdbeurteilungsinstrumente wie das Mini-ICF angewandt hat. Einem testmässigen Erfassen der Psychopathologien im Rahmen der psychiatrischen Exploration kann generell nur ergänzende Funktion beigemessen werden, während die klinische Untersuchung ausschlaggebend ist. Es liegt im Ermessen der medizinischen Fachperson, ob sie psychologische Tests durchführen will (Urteil BGer 8C_466/2017 vom 9. November 2017 E. 5.1). Im Übrigen hat Dr. H._____ in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 24. Mai 2019 nachvollziehbar dargelegt, weshalb er darauf verzichtet hat. Er führte aus, testpsychologische Untersuchungsinstrumente könnten in manchen Fällen durchaus sinnvoll sein. Dabei handle es sich in der Regel um Selbstbeurteilungsskalen, bei denen der Proband mittels Ankreuzen angeben solle, wie häufig oder wie intensiv er in der letzten Zeit unter den im Fragebogen aufgeführten Symptomen gelitten habe. Da diese Tests regelmässig leicht zu durchschauen seien, könnten die Testergebnisse aus taktischen Erwägungen des Probanden in erheblichem Masse tendenziös verfälscht sein. Diese Tests seien kein objektives Messinstrument. Die Anwendung sei auch nicht verpflichtend. Hilfreich seien solche Tests in erster Linie für die Beurteilung des klinischen Verlaufs durch eine vergleichende Betrachtung. Es sei im vorliegenden Fall auch nicht erforderlich gewesen, mittels Leistungstests zu überprüfen, ob kognitive Defizite vorliegen. Solche Tests seien grundsätzlich nur dann aussagekräftig, wenn bei der zu begutachtenden Person eine hohe Anstrengungsbereitschaft vorhanden sei. Von einer hohen Anstrengungsbereitschaft sei v.a. in gegenteilig gelagerten Fällen

auszugehen, bei denen die betreffende Person bestehende Zweifel an ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit ausräumen möchte, beispielsweise wenn es um die Fahreignung für die Fahrberechtigung gehe, nicht aber wenn die Person selbst Einschränkungen geltend mache. In Fällen wie dem vorliegenden sei es ausreichend, wenn die kognitive Leistungsfähigkeit im Rahmen des psychiatrischen Gesprächs untersucht werde. Auch die konkrete Anwendung bzw. die Nennung der ICF bzw. des Mini-ICF-App sei nicht zwingend vorgeschrieben. Erforderlich sei hingegen eine offene, ressourcenorientierte Beurteilung der erwerbsbezogenen

E. 11

Urteil S 2019 96 Fähigkeiten der versicherten Person, welcher eine strukturierte Vorgehensweise zugrunde zu legen sei. An diese Vorgabe habe er sich gehalten. Das Gutachten sei entsprechend der Qualitätsleitlinie für versicherungspsychiatrische Gutachten erstellt worden (IV-act. 91 S. 2 f.). Dem ist nichts hinzuzufügen. 5.2.3 Ebenso fehlt geht der Einwand, auch die Diskussion der Zusatzsymptome einer depressiven Störung sei mangelhaft (act. 1 Ziff. 17). Dem psychischen Status kann entnommen werden, dass der psychiatrische Facharzt auch hierzu Befunde erhob. Er führte aus, die Wahrnehmung und die Aufmerksamkeit seien im Umfang und in der Intensität nicht herabgesetzt. Die Versicherte könne dem Gespräch gut folgen, antworte aber oft mit Latenz. Bei Beendigung der Exploration spreche sie dann auf einmal flüssig. Das Konzentrationsvermögen sei nicht reduziert. Die Versicherte könne sich ausdauernd der Exploration widmen. Das Gedächtnis weise keine Denk- oder Merkfähigkeitsstörung auf. Biographische Daten würden zum Teil ungenau und vage angegeben. Indessen sei sie gut in der Lage, grobe Zusammenhänge zu schildern (IV-act. 74 S. 56). Daraus folgerte er, Depressionen gingen regelmässig mit Einschränkungen von Konzentration und Aufmerksamkeit einher. Diesbezügliche Einschränkungen hätten sich im Untersuchungsgespräch nicht feststellen lassen. Die Versicherte habe zwar während der Exploration lange Zeit nicht von sich aus gesprochen, sondern nur auf die Fragen des Referenten geantwortet, und zwar jeweils mit Verzögerung. Sie habe dabei aber einen aufmerksamen Eindruck gemacht. Es habe ihrerseits keine Verständigungsprobleme gegeben und sie habe auch stets passend zur Frage antworten können. Verschiedene biographische Daten seien zwar nicht genau erinnerlich gewesen, die Einordnung der verschiedenen Ereignisse in den zeitlichen Verlauf sei aber problemlos möglich gewesen (IV-act. 74 S. 58). Inwiefern der Sachverständige hierbei nicht lege artis vorgegangen wäre, ist nicht ersichtlich. Er hat gestützt auf seine Befunderhebung darauf geschlossen, dass keine Depression ausgewiesen ist. 5.3 5.3.1 Die Beschwerdeführerin kritisiert sodann, das Gutachten basiere auf der unrichtigen Annahme eines Ausschlussgrundes (Aggravation). Die Argumentation von Dr. H._____ beschränke sich im Wesentlichen auf die Einschätzung, dass eine auffällige Diskrepanz zwischen den subjektiven, häufig massiven Beschwerdeschilderungen und dem Verhalten der Beschwerdeführerin in der Untersuchungssituation bestehe und damit auf Inkonsistenzen. Da die Befunderhebung nicht differenziert genug sei und nicht darauf abgestellt werden könne, halte diese Argumentation einer kritischen Überprüfung nicht

E. 12

Urteil S 2019 96 stand. Zudem mangle es bei den Feststellungen zu den Inkonsistenzen an der rechtsprechungsgemäss geforderten Differenziertheit. Eine sorgfältige Grenzziehung zwischen einer Aggravation und blosser Verdeutlichung gehe aus der Expertise nicht vor. Es fehle an der geforderten breiten Beobachtungsbasis. Der Verweis auf die Feststellungen

von Dr. C. _____ und I. _____ vermöge eine rechtsprechungsgemässe Konsistenzprüfung und heikle Abgrenzung nicht zu ersetzen. So habe zwar auch Dr. C. _____ eine bewusstseinsnahe Aggravation festgestellt, aber dennoch ausdrücklich eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund der mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) attestiert. Er habe festgehalten, es gebe deutliche Hinweise auf eine affektive Störung und er sei vom Leidensdruck überzeugt. Soweit aggravatorische Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung auftreten, seien deren Auswirkungen im Umfang der Aggravation zu bereinigen (act. 1 Ziff. 22 bis 29). 5.3.2 Es liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1; Urteil BGer 9C_462/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 4.2.1). Wann ein Verhalten (nur) verdeutlichend und unter welchen Voraussetzungen die Grenze zur Aggravation und vergleichbaren leistungshindernden Konstellationen überschritten ist, bedarf einer einzelfallbezogenen, sorgfältigen Prüfung auf einer möglichst breiten Beobachtungsbasis auch in zeitlicher Hinsicht (Urteil BGer 9C_462/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 4.2.2). 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

E. 13

Urteil S 2019 96 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; Urteil BGer 9C_462/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 4.2.3). 5.3.3 Der psychiatrische Experte führte mehrere Gründe auf, weshalb er zum Schluss gelangte, dass eine Aggravation vorliegt: 5.3.3.1 Es bestand insbesondere zwischen den subjektiven, häufig massiven Beschwerdeschilderungen und dem Verhalten in der Untersuchungssituation eine auffällige Diskrepanz. Die subjektiv geschilderte Intensität der Beschwerden stand in einem Missverhältnis zur Vagheit der Schilderung der einzelnen Symptome und Angaben zur Lokalisation sowie das Ausmass der geschilderten Beschwerden waren nicht übereinstimmend mit einer entsprechenden Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe. Aufgrund der bei der Begutachtung gezeigten verschiedenen Auffälligkeiten folgte der Sachverständige auch unter Hinweis auf die Einschätzung von Dr. C. _____ und RAD- Arzt I. _____ auf eine Aggravation. Er zählte im Weiteren Inkonsistenzen innerhalb der Beschwerdeschilderung, zwischen den Selbstschilderungen der Versicherten und den fremdanamnestischen Angaben einschliesslich der Aktenlage, zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe, zwischen subjektiver Beschwerdeschilderung und objektiven Untersuchungsbefunden, zwischen der Art der beklagten Beschwerden und ihres Verlaufs einerseits und dem typischen Bild und Verlauf des betreffenden Krankheitsbildes

andererseits sowie zwischen behaupteten Leidensausmass und für den Gutachter fehlender Erkennbarkeit von Leidensdruck auf. Ausserdem zeigte sich während der Untersuchung eine appellative, demonstrative, übertriebene, dramatische oder theatralische Wirkung des Vorbringens der Klagen, welche beim Experten kein Gefühl des Betroffenseins entstehen liess, sondern ein Gefühl des Unechten, des Falschen, der Nichteinfühlbarkeit und Nichtverstehbarkeit (IV-act. 74 S. 61 f.). Als eine weitere Inkonsistenz bezeichnete der psychiatrische Facharzt den Umstand, dass die Beschwerdeführerin über gravierende Schmerzen berichtete, wobei sie als Analgetikum das Durogesic-Pflaster verwendet, welches das Opioid Fentanyl enthält. Sie hat dabei angegeben, unter Entzugserscheinungen zu leiden, wenn sie darauf verzichten muss oder dieses nach 72 Stunden wechselt. Allerdings war der Wirkstoff Fentanyl im Medikamentenscreening unterhalb der Nachweisgrenze gewesen (IV-act. 91 S. 8).

E. 14

Urteil S 2019 96 5.3.3.2 Nebst Dr. H._____ stellten auch die weiteren Sachverständigen des ZIMB zahlreiche Vorkommnisse fest, welche auf eine Aggravation schliessen lassen. Der Internist Dr. J._____ gab zu verstehen, dass die Beschwerden der Versicherten in sich nicht konsistent sind und durch die objektivierbaren Befunde auch nicht plausibel erklärbar. Das ganze Schmerzverhalten wirkte psychisch überlagert bzw. verdeutlicht (IV-act. 74 S. 44). Als Grundlage dienten ihm seine gemachten Beobachtungen. Es imponierte ein sehr demonstratives Schmerzverhalten mit verbalen und nichtverbalen Schmerzäusserungen (Stöhnen, Grimassen, an Möbelstücken halten). Daneben demonstrierte sie drei Synkopen, welche sie selber angekündigt hatte. Sie verdrehte kurz die Augen und blieb einige Sekunden nicht ansprechbar. Atmung und Puls waren während dieser Zeit völlig unauffällig. Nach wenigen Sekunden kam die Versicherte spontan wieder zu sich und verhielt sich völlig normal (IV-act. 74 S. 39). Auch anlässlich der Erhebung des internistischen Status fanden sich Diskrepanzen. Der Gang war linkshinkend bei allerdings problemlos durchführbarem Fussspitzen- und Fersengang beidseits. Es gab diffuse vertebrale und paravertebrale Druckdolenz, indessen kein palpabler Muskelhartspann und keine Myogelosen. Die LWS war in unbeobachteten Momenten in allen Bewegungsrichtungen indolent und frei beweglich. Beim Vornüberbeugen erreichte die Versicherte lediglich einen Finger-Boden-Abstand von 60 cm und gab dann massive Schmerzen im Kreuzbereich an. Der Langsitz auf der Untersuchungsliege war dagegen problemlos möglich. Auch die Sensibilitätsverminderung der ganzen linken unteren Extremität bezeichnete der Internist als diffus und nicht dermatombezogen (IV-act. 74 S. 41). Im Rahmen der orthopädischen Untersuchung erhob sich die Beschwerdeführerin zügig aus dem Sessel und folgte dem Experten. Sie demonstrierte dabei ein freies, zügiges, jedoch deutlich betontes linksseitig hinkendes Gangbild. Der jeweilige sitzende, stehende sowie gehende Positionswechsel erfolgte frei und in angemessenem Tempo. Die allgemeine Mobilität erschien nicht beeinträchtigt. Während der rund 60-minütigen Anamneseerhebung verharrte die Beschwerdeführerin in entspannter, aufrecht sitzender Körperposition. Ein schmerzbedingtes Entlasten der Sitzposition sowie ein Umhergehen im Raum wurde nicht demonstriert (IV-act. 74 S. 72). Des Weiteren konnte sie bei regelhafter Mitanklängung des Beckens und der Hüftgelenke die Fingerspitze in der Rumpfbeuge dem Fussboden auf 42 cm annähern. Bei einer zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführten, weniger offensichtlichen Überprüfung desselben Bewegungsmusters im Langsitz war es der Versicherten möglich, ihre Fingerspitzen den Zehenspitzen bis auf

E. 19

Urteil S 2019 96 indem er die diagnoserelevanten Kriterien diskutierte (vgl. IV-act. 74 S. 57 f.). Inwiefern dies nicht lege artis sein sollte, ist nicht ersichtlich. Ferner erläuterte der psychiatrische Facharzt in seiner Stellungnahme vom 24. Mai 2019 in einleuchtender Weise, es hätten keine objektiv wahrnehmbare Umstände bestanden, die für die angeführten Störungen gesprochen hätten. Angaben, wie etwa Suizidgedanken oder Aktivitätsverlust, seien rein subjektiv bzw. könnten vom Referenten nicht überprüft werden. Wenn dann aber wie hier zusätzlich zum Fehlen von objektiven Kriterien auch noch verschiedenen Anhaltspunkte dafür vorlägen, dass die Explorandin aggraviere, bestünden begründete Zweifel, dass auch diejenigen Angaben, die sich seiner Wahrnehmung entzögen, nicht authentisch seien (IV-act. 91 S. 9). Nichts daran zu ändern vermag der Umstand, dass die Versicherte angeblich am 16. August 2018, mithin wenige Tage vor der Begutachtung, bei Dr. G._____ in der Sprechstunde gewesen sei und er ein völlig anderes Bild von ihr gehabt habe. Sie habe im Gespräch antriebslos, lustlos sowie verlangsamt gewirkt. Die Konzentration sei reduziert gewesen. Sie sei müde und erschöpft gewesen. Sie habe Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in das linke Bein gehabt. Auch Schuldgefühle, Freudlosigkeit sowie Wertlosigkeit seien vorhanden gewesen, ebenso Ruhewünsche mit latenten suizidalen Gedanken wie auch eine Ein- und Durchschlafproblematik mit Appetitverlust (IV-act. 89 S. 1). Hieraus geht einerseits aber nicht hervor, wie stark die Befunde ausgeprägt waren, und andererseits ist nicht erkennbar, dass der behandelnde Psychiater die Angaben der Versicherten kritisch hinterfragt hätte. Es fällt nämlich auf, dass Dr. G._____ selbst nach dem Vorliegen des bidisziplinären Gutachtens vom 23. November 2016, gemäss welchem in psychiatrischer Hinsicht eine Arbeitsunfähigkeit von maximal 30 % bestehe (IV-act. 49 S. 25), in seinem Zuweisungszeugnis vom 9. Dezember 2017 festhielt, die Versicherte sei seit Dezember 2015 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (IV-act. 50 S. 8). Ebenfalls verschliesst er komplett die Augen vor den mehrfach genannten Hinweisen auf eine Aggravation. Es deutet jedenfalls nichts darauf hin, dass er die Angaben der Beschwerdeführerin geprüft hätte. Dies bringt klarerweise den Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag zum Ausdruck. Der behandelnde Psychiater vermag jedenfalls insgesamt keine wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte zu benennen, welche das Administrativgutachten in Frage stellen würden. 5.4 Somit ist aufgrund der nachvollziehbaren fachärztlichen Beurteilung von einer Aggravation auszugehen. Die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens sind klar

E. 20

Urteil S 2019 96 überschritten, ohne dass die Aggravation auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre. Damit liegt keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Daran ändert nichts, dass das Bundesgericht in BGE 143 V 409 und 418 entschieden hat, sämtliche psychischen Erkrankungen grundsätzlich einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Eine indikatorengeleitete Überprüfung des psychischen Leidens erübrigt sich (Urteil BGer 8C_95/2019 vom 3. Juni 2019 E. 6.3.3). 5.5 Ist eine Aggravation ausgewiesen, erübrigt sich eine Auseinandersetzung des psychiatrischen Teilgutachters mit anderslautenden Arztberichten, insbesondere mit jenen von Dr. G._____ (vgl. insbesondere das in E. 5.3.5.1 und 5.3.5.2 hiuvor Gesagte). Was die Diagnose der akzentuierten histrionischen Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) anbelangt, welche in der bidisziplinären Expertise vom 23. November 2018 genannt wurde (IV-act. 49 S. 24), fällt diese als Z-Kodierung nicht

unter den Begriff der invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung (Urteil BGer 8C_699/2018 vom 28. August 2019 E. 4.2.2). Darüber hinaus schloss der Sachverständige eine Persönlichkeitsstörung explizit aus (vgl. IV-act. 49 S. 23). Damit fällt auch die Diskussion einer allfälligen Wechselwirkung dahin.

5.6 In Bezug auf den Verlauf der Arbeitsfähigkeit kann dem ZIMB-Gutachten ebenfalls gefolgt werden. Die Einschränkung der Leistungsfähigkeit gründet alleine auf der verminderten Belastbarkeit der LWS, was zu qualitativen Einschränkungen führt, wobei in leidensangepasster Tätigkeit eine vollständige Arbeitsfähigkeit besteht (IV-act. 74 S. 10). Bereits der rheumatologische Sachverständige Dr. D. _____ bescheinigte eine volle Leistungsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit (IV-act. 49 S. 39). Die im bidisziplinären Gutachten vom 23. November 2016 konstatierte 30%ige Einschränkung fusste auf der vom Experten C. _____ aufgeführten mittelgradigen depressiven Episode (IV-act. 49 S. 25 und 30). Dieser Einschätzung kann indessen nicht gefolgt werden. Wie bereits Dr. H. _____ korrekt bemerkt hat, hat eine eingehende Klärung der Frage, ob die Beschwerden tatsächlich in dem angegebenen Ausmass vorhanden waren, zum damaligen Zeitpunkt nicht stattgefunden, was angesichts der erheblichen Aggravation nicht nachvollziehbar ist (IV-act. 74 S. 63). Der Gutachter C. _____ hat die Aggravation lediglich in Bezug zur Schmerzstörung gesetzt, nicht aber hinsichtlich der Depression. In Anbetracht der Laborbefunde – insbesondere die zweite Blutspiegeluntersuchung ergab ein auffallendes Resultat, weil das in antidepressiver Dosierung verordnete Cymbalta unterhalb des therapeutischen Bereichs lag, was eine mangelhafte Compliance belegt (IV-

E. 21

Urteil S 2019 96 act. 49 S. 21) – leuchtet nicht ein, weshalb der Experte nicht auch geprüft hat, ob die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden, welche zur Depression gehören, tatsächlich vorliegen, zumal er eine dramatisierend histrionisch akzentuierte Persönlichkeit (ICD-10 Z73.1) konstatierte. Damit erweist sich auch die von Dr. H. _____ vertretene Auffassung, wonach die uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht seit jeher gelte, als schlüssig und nachvollziehbar.

5.7 Der ZIMB-Expertise vom 7. November 2018 kann somit vollumfänglich gefolgt werden. In einer leidensangepassten (leicht bis gelegentlich mittelschwer, wechselbelastend, überwiegend im Sitzen) Tätigkeit besteht aus interdisziplinärer Sicht bei der Beschwerdeführerin eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit.

6. 6.1 Die Beschwerdeführerin rügt sodann eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes, weil die IV-Stelle weitere Abklärungen aufgrund des Verlaufs nach der Begutachtung unterlassen habe. So habe sich gemäss Dr. G. _____ der Gesundheitszustand seit der Begutachtung im August 2018 bei Zunahme der depressiven Symptomatik verschlechtert. Deshalb habe die Versicherte vom 24. Oktober bis am

E. 22

Urteil S 2019 96 tatsächlichen Zustand genau eruieren zu können. Auf der anderen Seite blühte die Versicherte bei angenehmen Aktivitäten wie beim gemeinsamen Backen, Spiele spielen teilweise richtig auf und zeigte eine verbesserte psychische Befindlichkeit (IV-act. 77 S. 1 ff.). Abgesehen davon vermag ein stationärer Klinikaufenthalt von lediglich zwei Monaten eine andauernde Verschlechterung des Gesundheitszustandes (vgl. Art. 88a Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) ohnehin nicht zu belegen.

6.3 Ebenso wenig vermögen die Ausführungen von Dr. G. _____ eine Verschlechterung darzulegen. Hierzu kann auch auf das in Erwägung 5.3.5.2 Gesagte

verwiesen werden. In seinen ärztlichen Auskünften vom 25. März 2019 (Bf-act. 3) und 11. November 2019 (Bf-act. 5) bringt er keine wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte vor. Nach wie vor übernimmt er unkritisch die subjektiven Angaben der Versicherten. Die mehrfachen Hinweise auf eine Aggravation übergeht er weiterhin. Hinsichtlich der dissoziativen Störung ist auf das in Erwägung 5.3.5.1 Dargelegte zu verweisen. Insgesamt vermag er eine rentenrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Begutachtung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu belegen. 7. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das ZIMB-Gutachten vom 7. November 2018 beweiswertig ist und darauf abgestellt werden kann. Demnach ist die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit zu 50 % eingeschränkt, wogegen in einer leidensadaptierten Tätigkeit eine vollständige Leistungsfähigkeit besteht. Insbesondere liegt in psychischer Hinsicht aufgrund der festgestellten Aggravation kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor. Die IV-Stelle hat deshalb einen Anspruch auf eine Invalidenrente zu Recht verneint. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde erweist sich demnach als unbegründet und ist abzuweisen. 8. Der Beschwerdeführerin ist mit Verfügung vom 23. September 2019 (act. 4) die unentgeltliche Prozessführung gewährt worden, weshalb ihr für das vorliegende Verfahren in Abweichung von Art. 69 Abs. 1bis IVG keine Kosten aufzuerlegen sind. Eine Parteientschädigung ist ihr nicht zuzusprechen, da sie mit ihrer Beschwerde vollumfänglich unterliegt. Mit Verfügung vom 23. September 2019 ist der Beschwerdeführerin für das vorliegende Verfahren auch eine unentgeltliche Rechtsbeiständin in der Person von Rechtsanwältin B. _____ bewilligt worden. Die Entschädigung der unentgeltlichen Rechtsbeiständin

E. 23

Urteil S 2019 96 wird nach Ermessen auf Fr. 2'900.– (inkl. Auslagen und MWST) festgesetzt; Rechtsanwältin B. _____ ist daher mit diesem Betrag aus der Staatskasse zu entschädigen.

E. 24

Urteil S 2019 96 Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:
