

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01157 vom 23. Februar 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-02-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.01157

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01157 du 23 février 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01157 del 23 febbraio 2016

Erwägungen

E. 1

1. Juni und 7. Juli 2012 observiert

(Urk. 5/112 S. 2). Die Generali Personenversicherungen AG stellte der IV-Stelle zudem Akten (Urk. 5/107/2-1 33 , Urk.

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

Eine fach ärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme

Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Nach der bisherigen Rechtsprechung bestand eine Vermutung, dass die somatoforme

Schmerz stö rung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwind bar sind.

Danach konnten b estimmte Umstände, welche die Schmerzbewäl ti gung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess un zumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt e . Ob ein solcher Ausnahmefall vorl a g, entsche i d sich im Einzelfall anhand ver schiedener Krite rien. Im Vorder grund st and die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein konnten auch weitere mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjäh riger, chronifizier ter

Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdau ernde Rückbildung; ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseeli scher Verlauf einer an sich missglückten, psy chisch aber entlastenden Konflikt bewältigung (primärer Krankheitsgewinn; „Flucht in die Krankheit“); ein unbe friedigendes Behandlungsergebnis trotz konsequent durchgeführter ambu lanter und/oder stationärer Behandlung (auch mit unterschiedlichem the rapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilita tions massnahmen bei vorhan dener Motiva tion und Eigenanstrengung (koopera tive Haltung) der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutr a fen und je ausgeprägter sich die entspre chenden Befunde darstell t en, desto eher waren - ausnahmsweise - die Voraus setzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3).

Mit Urteil vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) hat das Bundesgericht von dieser Rechtsprechung Abstand genommen und eine neue Basis für die Beurteilung somatoformer Sch merzstörungen begründet (E. 6).

E. 1.4

BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bis herige Rechtsprechung zur Beur teilung der Invalidität bei

Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursa che und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und an schlies sen de Urteile) ange passt und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Aus wirkungen zu berücksichti gen hat, was sich schon in den diagnostischen An for derungen niederschlagen muss. Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit be zweck te die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtspre chung die Sicher stellung eines gesetzmässigen Versiche rungs vollzuges mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Über windbarkeitsver mutung . Deren Rechtsnatur kann offen bleiben. Denn an dieser Rechtsprechung ist nicht festzuhalten. Das bishe rige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturier tes Beweisverfahren er setzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG – ausschliessliche Berück sichtigung der Folgen der gesund heitlichen Beein trächti gung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei mate rieller Beweislast der rentenansprechenden Per son (Art. 7 Abs. 2 ATSG) – ändert sich dadurch nichts. An die Stelle des bishe rigen Kriterienkatalogs (bei anhal ten der somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Lei den) tre ten im Regelfall beachtliche Stan dardindikatoren . Diese lassen sich in die Kate gorien

Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen ein teil en. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität ist zu verzichten. Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur. Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren – rechtlich gebotener – Anwendung im Einzelfall zusammen. Im Grunde konkretisieren die in E. 4 und 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es da ran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweiselastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit bezweck te BGE 130 V 352 die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung. Gemäss BGE 141 V 281 ist die Überwindbarkeitspraxis in Änderung der Rechtsprechung aufzugeben (E. 3.5). In methodischer Hinsicht ergibt sich Folgendes: Die Frage, ob die diagnostizierte Schmerzstörung zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führe, stellt sich nicht mehr im Hinblick auf die Widerlegung einer Ausgangsvermutung. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 3.6). Betont wird, dass die Aufgabe der Überwindbarkeitsvermutung an den Regeln betreffend die Zumutbarkeit nichts ändert, namentlich nicht am Erfordernis einer objektivierten Beurteilungsgrundlage. Nach Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG liegt eine Erwerbsunfähigkeit nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist. Medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und -limitierungen, wie sie gerichtsnotorisch ärztlicherseits sehr oft unterstützt werden – wobei erst noch häufig gar keine konsequente Behandlung stattfindet –, sind auch künftig nicht als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung anzuerkennen (E. 3.7.1).

Nach Aufgabe des Konzepts der Überwindbarkeitsvermutung, welche durch eine ergebnisoffene Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens als zentralem Beweisgegenstand abgelöst wird, scheint der Begriff des Kriteriums nicht mehr geeignet. Das Bundesgericht spricht fortan von Indikatoren, einem Begriff, der massgebliche Beweisthemen bezeichnet, anhand welcher ein bestimmter Sachverhalt ermittelt wird (vgl. dazu auch Peter Henningsen, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, in: SZS 2014 S. 533 und 541 [Gutachten des Prof.

Dr. Peter Henningsen, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Technische Universität München, vom Mai 2014 zu Fragen der Schweizer Praxis zur Invaliditätsfeststellung bei somatoformen und verwandten Störungen]; E. 4.1.1 und E. 4.1.2).

Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren, welche nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden können, umschreibt das Bundesgericht im erwähnten Leitsatz BGE 141 V 281 wie folgt: - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätensniveaus in allen ver gleich baren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leistungsdruck (E. 4.4.2)

Die Antworten, welche die medizinischen Sachverständigen anhand der (im Einzelfall relevanten) Indikatoren geben, verschaffen den Rechtsanwendern Indizien, wie sie erforderlich sind, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychosomatischen Störungen zu überbrücken (E. 4.1.3).

E. 1.5

Das Bundesgericht hat sich verschiedentlich, so auch jüngst, über das Zusammenwirken von Recht und Medizin bei der konkreten Rechtsanwendung geäussert. Danach ist es sowohl den begutachtenden Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung aufgegeben, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien zu beurteilen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (BGE 137 V 64 E. 5.1). Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Seine Einschätzung ist eine wichtige Grundlage für die abschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 141 V 281 E. 140 V 193 E. 3.2; Ulrich Meyer, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, Schaffhauser/Schlauri, Hrsg. 2003, S. 49).

In diesem Sinne lautet die normativ bestimmte Gutachterfrage, wie die sachverständige Person das Leistungsvermögen einschätzt, wenn sie dabei den einschlägigen Indikatoren folgt. Die Rechtsanwender überprüfen die betreffenden Angaben frei, insbesondere dahin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG; vgl. BGE 137 V 64 E. 1.2 in fine). Dies sichert die einheitliche und rechtsgleiche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (BGE 141 V 281

E. 5.2.2 ; 140 V 290 E. 3.3.1, 135 V 201 E. 7.1).

Jedenfalls in der Invalidenversicherung tragen Recht und Medizin, je nach ihren fachlichen und funktionellen Zuständigkeiten, zur Feststellung ein und derselben Arbeitsunfähigkeit bei. Das heisst, dass die medizinischen Gutachter nicht, wie häufig anzutreffen, eine quasi freihändige Beurteilung abgeben und daneben noch Grundlagen liefern sollen, anhand derer die Rechtsanwender eine von der subjektiven ärztlichen Einschätzung losgelöste Parallelüberprüfung vornehmen. Es gibt keine unterschiedlichen Regeln gehorchende, getrennte Prüfung einer medizinischen und einer rechtlichen Arbeitsfähigkeit (BGE 141 V

281 E. 5.2.3).

E. 1.6

In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach dieser Entscheidung verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE a.a.O. E. 6 in initio). In sinngemässer Anwendung der nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigen Gutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8). 1.

E. 1.8

Gemäss Art. 42 Abs. 1 IVG haben Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz, die hilflos (Art.

E. 1.10

Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei einer Verminderung der Hilflosigkeit, des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder des Hilfebedarfs die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die hierzu notwendige Prognose unterliegt dabei dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 119 V 7 E. 3c/aa mit Hinweisen).

E. 1.11

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

2.1

2.1.1

Die Beschwerdegegnerin stellte in der angefochtenen Verfügung vom 25. September 2014 (Urk. 2) fest, die Abklärungen hätten ergeben, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nach der erstmaligen Zusprache einer Hilflosenentschädigung allmählich verbessert habe. Dies habe auch zu einer vermehrten Selbständigkeit geführt. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei gestützt auf die Observationsergebnisse davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin spätestens seit dem 1. August 2012 wieder eine

Selbständigkeit in den Lebensverrichtungen erreicht habe. Somit sei spätestens seit dem Zeitpunkt k eine Hilflosigkeit mehr ausgewiesen (S. 3 und S. 4).

Da versicherte Personen jede für den Leistungsanspruch wesentliche Änderung unverzüglich zu melden hätten, die Beschwerdeführerin aber diese Meldung unterlassen habe, liege eine Verletzung der Meldepflicht und somit ein unrechtmässiger Bezug von Leistungen vor. Diese seien zurückzuerstatten, wes halb die bezogenen Leistungen aufgrund der Hilflosigkeit mittleren Grades ab 1. August 2012 bis zum Sistierungszeitpunkt am 10. Januar 2013 zurückzuführen seien (S. 3) . 2.1.2

Mit Verfügung vom 29. September 2014 verneinte die Beschwerdegegnerin zudem einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf IV-Leistungen, da kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege oder vorgelegen habe (Urk. 7/2). Die diagnostizierte mittelgradige depressive Episode gelte rechtsprechungsge mäss als Begleiterscheinung der vorliegenden Schmerzstörung und vermöge kein eigenes verselbständigtes Leiden zu begründen. Die diagnostizierte Persönlichkeitsänderung werde nicht näher erläutert. Da diese aber nach dem Auto unfall aufgetreten und das Unfallereignis ein gewöhnlicher Auffahrunfall gewesen sei, sei die Persönlichkeitsänderung nicht nachvollziehbar. Aufgrund des Gutachtens von Dr. A. ___ liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor. Die Gutachter der Medas

Z. ___ hätten nunmehr keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen können. Es sei von einer Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes auszugehen, doch sei dieser bereits im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. A. ___ nicht dermassen erheblich gewesen, dass von einer anspruchserheblichen Erkrankung hätte aus gegangen werden können (Urk. 7/2 S. 2 ff.). 2.2 2.2.1

Die Beschwerdeführerin stellte sich in ihrer Beschwerde vom 31. Oktober 2014 (Urk. 1) im Wesentlichen auf den Standpunkt, es sei zwar gestützt auf das Gutachten der Medas

Z. ___ vom 18. Dezember 2013 unbestritten, dass sich die gesundheitliche Situation zwischenzeitlich verbessert habe, weshalb auch kein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung mehr bestehe, doch sei diese Verbesserung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht bereits per 1. August 2012 eingetreten, sondern erst ab Dezember 2013 (S. 5) . Im Gutachten der Medas

Z. ___ werde von einer seit 2011 erfolgten schrittweisen Besserung der psychischen Einschränkung der Beschwerdeführerin und einer etwa drei Monate vor der aktuellen Exploration deutlichen Verbesserung der psychischen Einschränkungen gesprochen. Es sei willkürlich, wenn einzig aufgrund des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin während der Observationstage jeweils während kurzer Zeitabschnitte draussen habe beobachtet werden können, angenommen werde, dass sich ihr Gesundheitszustand damals schon derart verbessert habe, dass die Voraussetzungen für eine Hilflosenentschädigung nicht mehr vorgelegen hätten (S. 11) . Daher dürften auch keine Hilflosenentschädigungen zurückgefordert werden. Selbst wenn die Aufhebung der Hilflosenentschädigung berechtigt gewesen wäre, so hätte die Aufhebung frühestens per Januar 2013 erfolgen dürfen, womit auch in dieser Konstellation kein Raum für eine Rückforderung bestünde (S. 12 f.). 2.2.2

Gegen die Verneinung eines Rentenanspruchs für den befristeten Zeitraum in der Vergangenheit vom 1. Juli 2008 (sechs Monate nach Anmeldung bei der

Invalidenversicherung) bis 30. November 2013 wandte die Beschwerdeführerin ein, dass die von Dr. A. ___ diagnostizierte Persönlichkeitsänderung mit massiver Rückzug, Passivität und zunehmender Regression und Ängstlichkeit durch aus als eigenständige Erkrankung zu werten sei. Es handle sich dabei denn auch nicht um eine leichte Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom, welche zu den unklaren Beschwerden gezählt werden könnte (Urk. 7/1 S.

7). Soziale Kontakte ausserhalb der Kernfamilie seien der Beschwerdeführerin nicht möglich gewesen. Auch die Gutachter der Medas

Z. ___ hätten fest gehalten, dass der Einschätzung durch Dr. A. ___ gefolgt werden könne und erst nach 2011 langsam und schrittweise eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten sei. Seit dem Autounfall im August 2006 bis November 2013 habe eine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen (S. 8). Die Gutachter der Medas

Z. ___ hätten festgehalten, dass die Kriterien nach Foerster in Bezug auf die anhaltende somatoforme Schmerzstörung nicht mehr vorlägen. Damit hätten sie bestätigt, dass diese in der Vergangenheit erfüllt gewesen seien (S. 9). 3.3.1

Die Beschwerdeführerin erlitt am 31. August 2006 einen Verkehrsunfall (Urk. 5/9; Urk. 5/

E. 5

/113) über eine von ihr veranlasste weitere Observation der Versicherten zu.

Mit Verfügung vom 10. Januar 2013 (Urk. 5/124) sistierte die IV-Stelle die Hilfenentschädigung per sofort. Eine von der Versicherten am 13. Februar 2013 dagegen erhobene Beschwerde (Urk. 5/127/3-14) wies das hiesige Gericht mit Urteil vom 19. Juni 2013 (Prozess Nr. IV.2013.00164) ab (Urk. 5/139 Dispositiv Ziff. 1).

E. 5.1

Vorliegend ist unbestritten, dass sich die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin seit der Zusprache einer Hilfenentschädigung mittleren Grades mit Wirkung ab 1. Dezember 2009 (Urk. 5/75) verbessert hat. Die Beschwerdeführerin bringt indes gestützt auf das Gutachten der Medas

Z. ___

vom 18. November 2013 vor, dass erst seit November 2013, mithin dem Zeitpunkt der Untersuchung durch die Medas-Gutachter, davon ausgegangen könne, dass die Voraussetzungen für die Ausrichtung einer Hilfenentschädigung nicht mehr erfüllt gewesen seien (Urk. 1 S. 11).

E. 5.2

Richtig ist, dass die Medas-Gutachter retrospektiv den Beginn der deutlichen Besserung der psychischen Einschränkungen nicht sicher feststellen konnten und daher festhielten, dass zumindest sicher im Untersuchungszeitpunkt und überwiegend wahrscheinlich drei Monate vor der aktuellen Exploration und damit im August 2013 eine deutliche Verbesserung der psychischen Einschränkungen bestanden habe. Ihre Beurteilung lässt aber Raum für die Annahme eines früheren Einsetzens der (deutlichen) Besserung. Denn sie hielten eine schrittweise Besserung seit der Begutachtung durch Dr. A. ___ im Januar 2011 fest, wobei ihre Formulierung, für die Beurteilung bis Januar 2011 müssten wohl die

Angaben von Dr. A.____ als Grundlage herangezogen werden, angesichts ihrer Stellungnahme zu dessen Gutachten – wie bereits in E. 4.3.1 erwähnt - darauf hinweist, dass sie seine Beurteilung nicht restlos nachvollziehbar erachteten.

E. 5.3

Die Zusprache einer Hilflosenentschädigung mittleren Grades basierte insbesondere auf der am 22. März 2011 durchgeführten Abklärung vor Ort und den damals massiv vorgetragenen Defiziten (vorstehend E. 3.8). Im Fragebogen vom 17. August 2012 bezeichnete die Beschwerdeführerin ihren Gesundheitszustand als unverändert (vorstehend E. 3.17).

Die Ergebnisse der Observation in K.____ (vorstehend E. 3.16) wie auch diejenigen der Observation im Ausland (vorstehend E. 3.20) bestätigten aber die vermuteten Diskrepanzen (vorstehend E. 3.15). Der apathisch auf dem Sofa liegenden Beschwerdeführerin, welche Fremden gegenüber nur mit Nicken kommuniziert und Mühe habe, wenn viele Leute um sie seien, welche die Wohnung nur in Begleitung verlasse (vorstehend E. 3.8.2), und welche gemäss ihren Angaben im Fragebogen vom 17. August 2012 (vorstehend E. 3.17), bestätigt anlässlich der Besprechung bei der Beschwerdegegnerin vom 29. November 2012 (vorstehend E. 3.22), nichts mit ihren Kindern gemeinsam machen könne und kein Interesse an irgendetwas zeige, stehen in eindeutiger Weise die Beobachtungen gegenüber, dass die Beschwerdeführerin im Juli 2012 alleine durch ein Schuhgeschäft in K.____ gegangen sei und Schuhe habe probieren können (vorstehend E. 3.16.2 und Urk. 5/112 S. 21 f. Fotos Nr. 16 bis 18), im Juli/August 2012 in L.____ allein auf einem öffentlichen Markt beobachtet worden sei und mit einem Mobiltelefon telefoniert habe (vorstehend E. 3.20 und Urk. 5/113 Fotos S. 4 ff.), sich im Garten an ihrem Wohnort allein oder in Anwesenheit von diversen Personen aufgehalten, mit diesen Tee getrunken und sich aktiv mit ihnen unterhalten habe, vorbeigehende Personen begrüsst habe, sich mit Kindern im Garten aufgehalten habe und auf diese eingegangen sei und erkennbar einen etwa fünf Jahre alten Knaben beaufsichtigt habe, wobei ihr Auftreten aufmerksam und für den Beobachter zu keiner Zeit gehemmt, ängstlich oder verunsichert gewesen sei (vorstehend E. 3.16.3-3.16.4 und Urk. 5/112 S. 14 ff. Fotos Nr. 3 bis 15). Diese Beobachtungen lassen eine Hilfsbedürftigkeit im Bereich „Fortbewegung/Pflege gesellschaftlicher Kontakte“ als auch eine Überwachungsbedürftigkeit der Beschwerdeführerin als zweifelhaft erscheinen.

Den Angaben der Beschwerdeführerin, dass sie, falls sie sich beim Anziehen oder Ausziehen von Schuhen bücken müsse, Hilfe benötige, und nicht in der Lage sei, die Arme über die Schulterhöhe zu heben (vorstehend E. 3.8.3, E. 3.8.5 und E. 3.17), stehen die Beobachtungen im Schuhgeschäft diametral gegenüber (vgl. auch Urk. 5/112 S. 21 f. Fotos Nr. 17 und Nr. 18). Auch wurde sie dabei beobachtet, wie sie sich im Garten ihres Wohnorts stehend nach vorne gebeugt und nach einem Gegenstand auf dem Boden gegriffen habe

(Urk. 5/112 S. 16 Foto Nr. 7 und S. 19 Foto Nr. 13).

Ihren Schilderungen, sie benötige bei allem, so auch beim Tragen von grösseren Gegenständen, Unterstützung, und es

ihr keine Tätigkeit im Haushalt mehr möglich sei, widersprechen diejenigen des Ermittlers, die Beschwerdeführerin habe gelegentlich gesehen werden können, wie sie alleine mit Küchenutensilien (Kochtopf, Plastikbehälter) zum Kompostbehälter in ihrem Garten gekommen sei und dort offenbar Küchenabfälle entsorgt habe, weshalb davon ausgegangen

werden könne, dass sie irgendwelche Küchenarbeiten ausführe
(vorstehend E.

3.16.3 und Urk. 5/112 S. 16 Foto Nr. 6). Auch sei sie gesehen worden, wie sie mit der linken Hand einen Hocker zum Gartentisch trage und wie sie ein Kinderrad mit der rechten Hand hochhebe, es einige Meter trage und neben der Liegenschaft deponiere (Urk. 5/112 S. 9 und Urk. 5/112 S. 20 Foto Nr. 14).

Den von der Abklärungsperson als diffus bezeichneten Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich der Abklärung vor Ort im Bereich „Essen“ stehen die Beobachtungen gegenüber, dass die Beschwerdeführerin mit anderen Personen in ihrem Garten Tee getrunken und auch nach etwas Essbarem (Aperitifgebäck) gegriffen und dieses zum Mund geführt habe (Urk. 5/112 S. 7 und Urk. 5/112 S.

E. 5.4

Nach Gesagtem ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und dadurch auch ihre Selbständigkeit spätestens

ab dem Zeitpunkt der Observation (Beginn Juni 2012) erheblich verbessert hat. Im Gegensatz zu den geschilderten Einschränkungen anlässlich der Abklärung vor Ort war die Beschwerdeführerin in der Lage, ihre Wohnung selbständig zu verlassen, sich auch unter fremden Menschen wie auf einem öffentlichen, belebten Markt aufzuhalten und gewisse soziale Kontakte zu pflegen. Sie bedurfte keiner dauernden persönlichen Überwachung, war sie doch selber offensichtlich in der Lage, Kinder zu beaufsichtigen. Auch erscheint es überwiegend wahrscheinlich, dass sie bereits in jenem Zeitpunkt in den Bereichen „An-/Auskleiden“, „Körperpflege“ und „Essen“ nicht mehr dauernd, regelmässig und in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen war und daher überwiegend wahrscheinlich keine Hilflosigkeit mehr vorlag.

E. 5.5

In Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV letzter Satz ist die Verminderung der Hilflosigkeit für die Aufhebung der Leistung in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird, weshalb vorliegend spätestens seit dem 1. Oktober 2012 (Mitte Juni 2012 plus drei Monate) keine Hilflosigkeit mehr ausgewiesen ist. 6. 6.1

Es bleibt zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin infolge einer Meldepflichtverletzung einen Rückforderungsanspruch hat. 6.2 6.2.1

Gemäss Art. 25 Abs. 1 Satz 1 ATSG sind unrechtmässig bezogene Leistungen zurückzuerstatten. Der Rückforderungsanspruch erlischt mit dem Ablauf eines Jahres, nachdem die Versicherungseinrichtung davon Kenntnis erhalten hat, spätestens aber mit dem Ablauf von fünf Jahren nach der Entrichtung der einzelnen Leistung. Wird der Rückforderungsanspruch aus einer strafbaren Handlung hergeleitet, für welche das Strafrecht eine längere Verjährungsfrist vorsieht, so ist diese Frist massgebend (Art. 25 Abs. 2 ATSG). 6.2.2

Laut Art. 77 IVV hat der Berechtigte oder sein gesetzlicher Vertreter sowie Behörden oder Dritte, denen die Leistung zukommt, jede für den Leistungsanspruch wesentliche Änderung, namentlich eine solche des Gesundheitszustandes, der Arbeits- oder

Erwerbsfähigkeit, des Zustands der Hilflosigkeit, des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs, des für den Ansatz der Hilflosenentschädigung und des Assistenzbeitrages massgebenden Aufenthaltsortes sowie der persönlichen und gegebenenfalls der wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten, unverzüglich der IV-Stelle anzuzeigen (vgl. auch Art. 31 Abs. 1 ATSG).

Wird eine Leistung der Invalidenversicherung zu Unrecht ausgerichtet und ist dies darauf zurückzuführen, dass der Bezüger sie unrechtmässig erwirkt hat oder der ihm gemäss Art. 77 IVV zumutbaren Meldepflicht nicht nachgekommen ist, erfolgt die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung rückwirkend ab Eintritt der für den Anspruch erheblichen Änderung an, unabhängig davon, ob die Verletzung der Meldepflicht oder die unrechtmässige Erwirkung ein Grund für die Weiterausrichtung der Leistung war (Art. 88 bis

Abs. 2 lit . b IVV), an son sten frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung fol genden Monats an (Art. 88 bis

Abs. 2 lit . a IVV). 6.3

Nach dem in Erwägung 5 Gesagten lässt sich gestützt auf die vorliegende Akten lage eine gesundheitliche Verbesserung vor November 2013 mit überwie gender Wahrscheinlichkeit feststellen. Eine Meldepflicht bezieht sich auf Sach verhaltsänderungen , um welche die betreffende Person sowohl bezüglich des Vorliegens als auch hinsichtlich der Auswirkungen auf den Leistungsanspruch weiss beziehungsweise wissen müsste (Ueli Kieser , ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2009, Art. 31 Rz 11).

Das Vorbringen der Beschwerdeführerin, ihr Gesundheitszustand habe sich erst ab der Untersuchung durch die Medas -Ärzte im November 2013 erheblich gebessert, erscheint aufgrund des anlässlich der Observationen gezeigten Ver haltens sowie der bei der Begutachtung erhobenen Befunde nicht als schlüssig und nicht nachvollziehbar. Zudem räumte die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung selbst ein, im Bereich „Körperpflege“ auch in der Vergangen heit nicht im behaupteten Umfang auf Hilfe Dritter angewiesen gewesen zu sein. 6.4

Nach Gesagtem liegt eine Meldepflichtverletzung vor, weshalb die Beschwerde gegnerin einen Rückforderungsanspruch hat. Damit durfte sie die bisherige Hilflosenentschädigung mittleren Grades zu Recht rückwirkend aufheben, wobei die Einstellung der Leistungen per 1. Oktober 2012 – und nicht per 1. August 2012 – zu erfolgen hat (vorstehend E. 5.5). Folglich besteht ein Rückforderungs anspruch der Beschwerdegegnerin für die ausgerichteten Leistungen aufgrund der Hilflosigkeit mittleren Grades für die Zeit ab Oktober 2012 bis zum Zeit punkt der Sistierung der Leistungen am 10. Januar 2013. Die Beschwerdegeg nerin wird über die Rückforderung in masslicher Hinsicht noch zu verfügen haben. 7.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat, weshalb die diesbezügliche Beschwerde abzuweisen ist. Sodann hat die Beschwerdegegnerin die bisherige Entschädi gung für eine Hilflosigkeit mittleren Grades zu Recht aufgehoben, wobei die Einstellung in teilweiser Gutheissung der diesbezüglichen Beschwerde per 1. Oktober 2012 zu erfolgen hat und die ausgerichteten Leistungen für den Zeitraum ab 1. Oktober 2012 bis 10. Januar 2013 zurückzuerstatten sind. Die Sache ist zur Festlegung der Rückforderung in masslicher Hinsicht an die Beschwerdegegnerin

zurückzuweisen. 8. 8.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin zu vier Fünfteln

(Fr. 800.--) und der Beschwerdegegnerin zu einem Fünftel (Fr. 200.--) aufzuerlegen. 8.2

Die nur teilweise obsiegende und anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine um vier Fünftel reduzierte Prozessentschädigung, die beim praxisgemässen Stundenansatz für bis Ende 2014 angefallenen Aufwand von Fr. 200. --

(zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise auf Fr. 860.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde vom 31. Oktober 2014 wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 25. September 2014 dahingehend

abgeändert, dass die Hilflosenentschädigung mittleren Grades rückwirkend per 1. Oktober 2012 eingestellt wird, und die ausgerichteten Leistungen für den Zeitraum ab 1. Oktober 2012 bis 10. Januar 2013 zurückzuerstatten sind. Die Sache wird zur Festlegung der Rückforderung in masslicher Hinsicht an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Beschwerde vom 3. November 2014 betreffend Invalidenrente wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000. -- werden zu vier Fünfteln der Beschwerdeführerin und zu einem Fünftel

der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 860.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Werner Bodenmann - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons

Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannTiefenbacher

E. 5.11

und S. 40 Ziff. 8.1) . 3.24

RAD-Arzt Dipl. med. I.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 6. Januar 2014 das Medas -Gutachten für medizinisch nachvollziehbar und in seinen Schlussfolgerungen als plausibel. Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes habe stattgefunden (Urk. 5/172 /15). 3.25

Am 2. beziehungsweise 4. April 2014 erging die Stellungnahme des Rechtsdienstes der Beschwerdegegnerin (Urk. 5/172/16-21). 4. 4.1

In somatischer Hinsicht besteht vorliegend unbestrittenermassen kein Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Dies ist aktenmässig ausgewiesen. Strittig und zu prüfen bleibt indes ein allfälliger psychischer Gesundheitsschaden und seine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, insbesondere in der Zeit ab dem Autounfall vom August 2006 bis zur Untersuchung der Beschwerdeführerin durch den Psychiater der Medas

Z.____

am

6. November 2013. 4.2

Für die Zeit nach der Begutachtung durch die Ärzte der Medas

Z.____ hat die Beschwerdegegnerin unstrittig und zu Recht auf das den praxisgemässen Anforderungen (vorstehend E. 1.11) entsprechende Medas - Gutachten vom 18. November 2013 abgestellt: Dieses beruht auf den für die strittigen Belange umfassenden und allseitigen Untersuchungen sowie einer ausführlichen Anamnese und berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden sowie sämtliche Befunde in angemessener Weise. Sodann wurde das Gutachten in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt und trägt der medizinischen konkreten Situation Rechnung.

Die Gutachter stellten überzeugend fest, dass anhand der aktuellen Untersuchungsergebnisse keine depressive Störung bestätigt werden könne (vorstehend E. 3.23.3) . Am ehesten schein plausibel, dass sich eine depressive Symptomatik im Rahmen der Schmerzsymptomatik nach dem Unfall entwickelt habe. Diese sei vom Vorgutachter Dr. A.____ beschrieben worden, aktuell indes nicht mehr feststellbar gewesen . Die Medas -Gutachter beurteilten damit die von Dr. A.____ festgestellte mittelgradige depressive Episode als reaktive Begleiterscheinung zur chronischen Schmerzstörung, die sich zwischenzeitlich verbessert habe. Auch eine andauernde Persönlichkeitsänderung wurde zumindest in der aktuellen Untersuchung überzeugend verneint (vorstehend E. 3.23.5).

Die Prüfung der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung erfolgte an hand der bislang bundesgerichtlich vorgegeben gewesenen sogenannten Foerster-Kriterien (vorstehend E. 3.23.6) . Deren eingehende Analyse, welche Punkt für Punkt detailliert begründet wurde (vgl. Urk. 5/152/2-43 S. 33) , ergab nachvollziehbar aus psychiatrisch-versicherungsmedizinischer Sicht eine Zumutbarkeit der Überwindung der psychischen Störungsbilder durch die Beschwerdeführerin. Entsprechend besteht keine

invalidisierende Schmerz störung , dies sicher seit der Begutachtung durch die Medas -
Ärzte (vorstehend E.

3.23.7) . Dabei bleibt es auch unter dem Gesichtspunkt der unlängst ergan genen Änderung
der Rechtsprechung. Der psychiatrische Gutachter hat sich – wenn auch, da noch in
Unkenntnis mit der späteren und heute aktuellen

bundesge richtlichen Terminologie, nur sinngemäss – mit dem funktionellen Schweregrad
der Beeinträchti gung auseinander gesetzt: Die Gesund heits schädi gung betref fend wurde
die Aus prägung der relevanten Befunde thematisiert, ebenso der Therapieverlauf und die
Frage von begleitenden Erkrankungen (Komorbidität). Der Komplex der Persönlichkeit
floss direkt in die Diagnostik ein und der sozi ale Kontext wurde im Gutachten ebenfalls
angesprochen und berücksichtigt. Unter dem Aspekt der Konsistenz erscheinen der Umfang
der geltend gemachten Aktivitätseinschrän kungen bei deutlichen Aggravationstendenzen
und einem ausgeprägten dys funk tionalen Krankheits-, Schon- und Vermeidungsverhalten
wie auch der eher geringe Leidensdruck bei nicht restlos klarer
psychiatrisch-psychotherapeu tischer Behandlung und Nichtinanspruchnahme der bereits
durch Dr. A.____ empfohlenen stationären psychosomatischen Rehabilitations behandlung
berück sichtigt. 4.3 4.3.1

Den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und dessen Auswir kungen
auf ihre Arbeitsfähigkeit im Verlauf seit dem Unfall vom August 2006 konnten die Ärzte
der Medas

Z.____ mehr als sieben Jahre nach dem Unfallereignis naturgemäss nicht sicher beurteilen.

Hinzu kam, dass die Beschwerdeführerin selbst nur sehr rudimentäre und vage Angaben bei
eingeschränkter Kooperationsbereitschaft machte . Die Ärzte äussersten sich deshalb
dahingehend, dass wohl bis zur Zeit nach der Untersuchung durc h Dr. A.____ im Januar
2011 dessen Beurteilung heranzuziehen sei. Diese Formulierung lässt darauf schliessen,
dass die Beurteilung durch Dr. A.____ die Medas -Ärzte nicht restlos zu überzeugen schien.
Jedenfalls wiesen sie unmissverständlich darauf hin, dass es seither (zumindest) zu einer
Besserung der psychischen Einschrän kungen gekommen sei, so dass sie aktuell weder eine
depressive Störung noch eine andauernde Persönlichkeitsänderung hätten feststellen
können. Allerdings sahen sie sich ausser Stande, ein genaues Datum der Besserung zu
bezeichnen. Sie hielten fest, dass überwiegend wahrscheinlich etwa drei Monate vor ihren
Untersuchungen, mithin etwa ab August 2013, eine deutliche Verbesserung der psychischen
Einschränkungen bestanden habe. 4.3.2

Dr. A.____ Beurteilung vom Januar 2011 (vorstehend E. 3.5) , wonach er die
Beschwerdeführerin für eine angepasste Tätigkeit in Heimarbeit oder als Haus frau

zu 50 % arbeitsfähig erachtete, beruhte vornehmlich auf den subjektiven Angaben der
Beschwerdeführerin sowie auf den Bestätigungen durch ihre Angehörigen. D ie von der
Beschwerdeführerin geschilderte n Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen
wurden beispielsweise nicht anhand eines Mini-ICF-APP verifiziert.

Zwar konnte Dr. A.____ im Gegensatz zu den späteren Gutachtern, die – auch durch die
Observationsergebnisse bestätigte - deutliche Aggravationstendenzen festhielten, keine
klaren Hinweise auf eine bewusste Selbstlimitierung feststellen, räumte diesbezüglich aber
ein, dass zur Beurteilung einer möglichen Selbstlimitierung ein längerer
Beobachtungszeitraum notwen dig wäre , und er nur Vermutungen anstellen könne

(vorstehend E. 3.6) . Die neben dem chronischen Schmerzsyndrom bestehende depressive Komponente bezeichnete er als sekundäre chronifizierte depressive Entwicklung, aktuell mit telgradige depressive Episode.

Nach der Rechtsprechung werden leicht- bis mittelgradige Episoden einer Depression und selbst mittelgradige depressive Episoden regelmässig nicht als von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens betrachtet, die es der betroffenen Person verunmöglicht, die Folgen der bestehenden Schmerzproblematik zu überwinden. Daran ändert nichts, wenn die depressive Episode vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert worden ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_104/2014 vom 26. Juni 2014 E. 3.3.4 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil 9C_856/2013 vom 8. Oktober 2014 E.

5.1.2). Zwar ist eine invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung nicht schlechthin auszuschliessen, indes bedingt deren Annahme, dass es sich nicht bloss um eine Begleiterscheinung einer Schmerzkrankheit, sondern um ein selbständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden handelt und im Weiteren, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist (Urteil des Bundesgerichts 8C_774/2013 vom 3. April 2014 E. 4.2 mit Hinweisen).

Dr. A.____

hielt fest, dass sich die depressive Symptomatik nach dem im August 2006 erlittenen Unfall entwickelt habe. Dass es sich dabei um ein selbständiges, vom chronischen Schmerzsyndrom losgelöstes Leiden handelt, ist seiner Beurteilung so nicht zu entnehmen. Er bejahte zwar das Vorliegen einer psychischen Komorbidität (vorstehend E. 3.6) , ohne dies aber näher darzulegen, mithin ohne eine nachvollziehbare, mit objektiven Befunden untermauerte Begründung. Insbesondere bleibt unklar, welches der

neben der somatoformen Schmerzstörung von ihm diagnostizierte n Leiden (chronifizierte mittelgradige depressive Episode oder Persönlichkeitsänderung mit massivem Rückzug, Passivität und zunehmender Regression und Ängstlichkeit bei Status nach Autounfall) Dr. A.____ als psychische Komorbidität verstanden haben wollte . Da aber gemäss den Ausführungen von Dr. A.____ nicht von einer Ausschöpfung der therapeutischen und medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten gesprochen werden kann, hielt dies er doch fest , die antidepressive Medikation sei aufgrund des mittelgradigen depressiven Syndroms auszubauen , und zur Stabilisierung der psychischen Situation sei eine stationäre Behandlung in einer psychosomatischen Klinik indiziert, wodurch mindestens wieder eine Teilarbeitsfähigkeit in einer ausser häuslichen Tätigkeit erreicht werden sollte (vorstehend E. 3.5.4) , ist jedenfalls zu schliessen, dass die depressive Störung aufgrund der fehlenden konsequenten Depressionstherapie nicht als therapie resistent ausgewiesen und daher aus rechtlicher Sicht nicht als invalidisierend zu betrachten ist.

4.3.3

Die Beschwerdeführerin machte geltend, die von Dr. A.____ diagnostizierte Persönlichkeitsänderung mit massivem Rückzug, Passivität und zunehmender Regression und Ängstlichkeit sei durchaus als eigenständige Erkrankung zu werten (vorstehend E. 2.2.2). Die von Dr. A.____ gestellte diesbezügliche Diagnose stütze sich auf die Äusserungen der

Beschwerdeführerin und ihrer Angehörigen, die eine deutliche Regression mit Vermeidungsverhalten und Rückzug beschrieben, sowie auf die gestellte Diagnose der die Beschwerdeführerin 2010 behandelnden Ärzte der E.____, die eine andere andauernde Persönlichkeitsänderung nach Autounfall im August 2006 mit posttraumatischer Symptomatik, diversen Ängsten und emotionaler Instabilität nannten (vorstehend E. 3.5.3 und E. 3.3). Dr. A.____ erläuterte die diagnostizierte Persönlichkeitsänderung indes nicht näher. Seiner Beurteilung ist einzig zu entnehmen, dass diese nach dem Unfall entstanden sei. Ob ein solches Leiden, das von den Ärzten der Medas

Z.____ im November 2013 ausgeschlossen werden konnte (vorstehend E.

3.23.3), im Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. A.____ tatsächlich vorgelegen hatte, erscheint indes zweifelhaft.

Denn bei andauernden Persönlichkeitsänderungen nach ICD-10 F62 handelt es sich um Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, die sich bei Personen ohne vorbestehende Persönlichkeitsstörung nach katastrophaler oder extrem anhaltender Belastung entwickelt haben oder nach schwerer psychischer Krankheit. Diese Diagnosen sollten nur dann gestellt werden, wenn bei einer Person Hinweise auf eine eindeutige und andauernde Veränderung im Wahrnehmen, Denken und Verhalten bezüglich der Umwelt und der eigenen Person vorliegen. Die Persönlichkeitsänderungen sollen deutlich ausgeprägt und mit unflexiblem und fehlangepasstem Verhalten verbunden sein, das vor der belastenden Erfahrung nicht bestanden hat. Eine derartige andauernde Persönlichkeitsänderung wird meist als Folge verheerender traumatischer Erfahrungen gesehen. Eine andauernde Persönlichkeitsänderung sollte nur diagnostiziert werden, wenn diese als anhaltend und lebensverändernd anzusehen ist und ätiologisch auf eine tiefgreifende, existentiell extreme Erfahrung zurückgeführt werden kann (Dilling / Mombour / Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Auflage 2014).

Beim am 31. August 2006 erlittenen Unfall handelte es sich um einen Verkehrsunfall, wobei die Beschwerdeführerin mit ihrem Fahrzeug nach einer Streifenkollision mit einem anderen von rechts kommenden Fahrzeug gegen eine angrenzende Liegenschaft prallte und hernach über Nackenschmerzen klagte (vgl. Urk. 5/10/65 und Urk. 5/92 S. 2). Die Beschwerdeführerin erlitt keine schweren Verletzungen. Mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 12. März 2010 (Urk. 5/92) wurde der Unfall zu den mittelschweren Ereignissen gezählt (E. 5.1), wobei offengelassen wurde, ob das Ereignis als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen oder als mittelschwer im engeren Sinne einzustufen sei (E.

5.2). Besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrucklichkeit des Unfalls wurden verneint (E. 6.1). Dies wurde vom Bundesgericht mit Urteil vom 4. August 2010 bestätigt (Urk. 5/45).

Beim erlittenen Verkehrsunfall handelte es sich nach Gesagtem nicht um ein Ereignis, das als tiefgreifende, katastrophale, existentiell extreme Erfahrung angesehen werden und zu einem psychischen Leiden gemäss ICD-10 F62 führen könnte. Zudem erscheinen die Schilderungen der Beschwerdeführerin, sie müsse aufgrund ihrer Ängste sowie der chronischen Schmerzen zu Hause ständig begleitet werden und verbringe den ganzen Tag mit dem Ehemann oder der Schwägerin, wobei sie das Haus nie alleine verlasse, über keine Eigenaktivität verfüge, sich schmerzbedingt auch nicht an den Haushaltarbeiten beteilige

und mit Ausnahme ihrer engsten Angehörigen keine sozialen Kontakte pflege (vorstehend E. 3.5.2) , angesichts des Umstandes, dass eine bewusste Selbstlimitierung nicht gänzlich ausgeschlossen werden konnte (vorstehend E. 3.6) ,

und im Hinblick auf die späteren Observationsergebnisse, gemäss welchen sich die Beschwerdeführerin unter anderem immer wieder alleine im Garten ihres Hauses aufgehalten habe, ihr Auftreten zu keiner Zeit gehemmt, ängstlich oder verunsichert gewirkt habe, sie mit andern Personen zusammen am Gartentisch gesessen, Tee getrunken und sich aktiv mit ihnen unterhalten habe, sich mit diversen Kindern im Garten aufgehalten und offenbar einen Knaben beaufsichtigt und vorbeigehende Personen gegrüsst und sich auch alleine auf einem Markt aufgehalten habe (vorstehend E. 3.16 und E. 3.20) , als nicht gänzlich nachvollziehbar. Dies insbesondere vor dem Hintergrund des erlittenen Verkehrsunfalls , bei welchem die Beschwerdeführerin - wie mit Urteil vom 12. März 2010 festgehalten (Urk. 5/92 E. 6.2) - keine Verletzungen erlitten hat, die erfahrungsgemäss geeignet sind, psychische Fehlentwicklungen auszulösen.

Somit ist mit der Beschwerdegegnerin die diagnostizierte andauernde Persönlichkeitsänderung nicht nachvollziehbar und vermag daher auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen. Eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer erscheint demnach auch für die Zeit bis zur Begutachtung durch die Ärzte der Medas

Z.____ als nicht ausgewiesen. Daran vermag auch die nicht weiter begründete Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. H.____ vom 7. März 2012 (vorstehend E.

3.14) nichts zu ändern. 4.3.4

Damit verbleibt die Prüfung der invalidisierenden Wirkung der durch Dr. A.____ diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung. Die Beschwerdegegnerin verneinte eine solche, indem sie die Massstäbe der bisherigen Überwindbarkeits-Rechtsprechung anwandte und körperliche Begleiterkrankungen und das Vorliegen eines primären Krankheitsgewinns verneinte

sowie die therapeutischen Behandlungsmassnahmen als nicht ausgeschöpft bezeichnete (Urk. 5/172/17) . Diese Beurteilung stimmt soweit mit derjenigen durch Dr. A.____ überein (vorstehend E. 3.6) . Dieser erachtete indes das Kriterium des sozialen Rückzugs als erfüllt, wo hingegen die Beschwerdegegnerin angesichts der durch die Beschwerdeführerin geschilderten Kontakte zu ihren Angehörigen und der Spa ziergänge, die sie an guten Tagen mit ihrer Schwägerin oder ihrem Ehemann unternehme, einen solchen in allen Belangen des Lebens verneinte. Die Beurteilung durch die Beschwerdegegnerin ergab nachvollziehbar eine Zumutbarkeit der Überwindung der Beschwerden durch die Beschwerdeführerin.

Bei dieser Schlussfolgerung bleibt es auch unter dem Gesichtspunkt der Praxisänderung durch BGE 141 V 28 1. Insbesondere unter dem Aspekt der Konsistenz erscheint die Nichtinanspruchnahme der durch Dr. A.____

empfohlenen psychosomatischen stationären Behandlung mit nachfolgender Intensivierung der ambulanten Psychotherapie auf einen geringeren Leidensdruck hinzuweisen, als von der Beschwerdeführerin vorgetragen.

Abschliessend gilt es festzuhalten, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass die geltend gemachte Einschränkung anders begründet ist als durch

eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung. Damit steht fest, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt oder vorgelegen hat. Daraus folgt, dass kein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht. Die diesbezügliche Beschwerde ist demnach abzuweisen. 5.

E. 7

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 9

Art. 37 IVV sieht drei Hilflosigkeitsgrade vor. Gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung gilt die Hilflosigkeit als mittelschwer, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln: a)

in den meisten alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist; b)

in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf; oder c)

in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter und überdies dauernd auf lebenspraktische Begleitung im Sinne von Artikel 38 angewiesen ist.

Nach der Rechtsprechung setzt Hilflosigkeit mittelschweren Grades nach Art. 37 Abs. 2 lit. a IVV eine Hilfsbedürftigkeit in mindestens vier alltäglichen Lebensverrichtungen voraus (BGE 121 V 88 E. 3b, 107 V 145 E. 2).

E. 10

und 11). Sie habe zu keiner Zeit Dritthilfe in Anspruch nehmen müssen (S. 6 Ziff. 18). 3.17

Die Beschwerdeführerin antwortete in einem Fragebogen vom 17. August 2012 (Urk. 5/98) auf Fragen der Beschwerdegegnerin nach ihrem Gesundheitszustand. Das Formular wurde von der Ergotherapeutin im Beisein der Beschwerdeführerin und ihrer Schwägerin ausgefüllt (S. 4 unten). Auf die Frage, welche körperlichen und/oder psychischen Einschränkungen sie von einer vollen oder teilweisen Arbeitsfähigkeit abhalten würden, gab die Beschwerdeführerin an, sie habe starke Schmerzen am ganzen Körper und Ängste. Es bestehe ein starker Rückzug aus dem sozialen Leben (sie verbringe die Zeit praktisch nur in einem Zimmer auf dem Sofa). Weiter gab sie eine grosse Müdigkeit und eine

depressive Symptomatik an. Beim Gehen sei sie durch starke Schmerzen eingeschränkt (Rücken, Beine, Arme, Schultern, Kopf). Es seien ihr nur ganz kurze Gehstrecken möglich. Sie benötige für alles, insbesondere beim Schuhe binden oder Tragen von grösseren Gegenständen, Unterstützung (S. 1 oben). Auf die Frage, welche Tätigkeiten - ausserhalb einer Erwerbstätigkeit - sie seither ausgeübt habe, antwortete die Beschwerdeführerin, dies sei gar nicht möglich. Sie könne auch mit ihren Kindern nichts gemeinsam machen. Der Haushalt sei gar nicht möglich, ihre Schwägerin mache alles (S. 1 unten).

Sitzen könne sie nur zum Essen, dann müsse sie sich wieder hinlegen. Sie lebe sozial zurückgezogen, ausser zu ihrer Familie und einmal wöchentlich mit ihrer Ergotherapeutin und ihrem Psychiater habe sie keine sozialen Kontakte mehr. Sie äussere kaum mehr Freude, alles sei eine Belastung für sie. Bei fremden Menschen habe sie grosse Ängste, sie nehme keinen Kontakt auf (S. 2).

Auf die Frage nach Sportarten oder Hobbys antwortete die Beschwerdeführerin, leider sei es ihr nicht mehr möglich, einem Hobby nachzugehen und auch keiner ruhigen Tätigkeit. Sie liege nur noch auf dem Sofa und zeige keine Interessen an irgendetwas (S. 2 unten).

Sie könne kein Fortbewegungsmittel mehr selbständig benutzen. Mit der Familie fliege sie zweimal pro Jahr nach L. ____, wobei sie grosse Ängste habe. Der Zustand sei seit dem Unfall unverändert (S. 3).

3.1 8

In ihren Berichten vom 4. und 19. September 2012 (Urk. 5/100-101) wiederholten med. pract. C. ____ und der Psychotherapeut D. ____ die mit früheren Berichten gestellten Diagnosen und Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit. Ausdrücklich wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin den Haushalt nicht mehr verrichten und sich auch nicht mehr um ihre eigenen Kinder kümmern könne. Sie verhalte sich total passiv (Urk. 5/100 S. 2). Zur Therapie werde sie stets von ihrem Ehemann begleitet (Urk. 5/101 S. 2). 3. 19

RAD-Arzt Dipl. med. I. ____ nahm am 1. Oktober 2012 (Urk. 5 / 172/12) ergänzend zum Observationsmaterial betreffend die Observierung vom 11. Juni bis 7. Juli 2012 Stellung.

Dipl. med. I. ____ führte aus, es bestünden Zweifel am funktionellen Leistungsbild. Die Beschwerdeführerin sei im Rahmen der Observation bei verschiedenen Haushaltstätigkeiten beobachtet worden. Sie habe mit anderen Personen kommuniziert. Ausserdem habe sie sich ohne fremde Hilfe in einem Schuhgeschäft bewegen und Schuhe anprobieren können. Dies stehe im Gegensatz zu dem regressiv apathischen Zustandsbild bei der Aussendienstabklärung. Die funktionellen Einschränkungen seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geringer als

bisher angenommen. Die bisherigen Observationssequenzen seien sehr kurz. Deshalb wären zusätzliche Sequenzen durchaus sinnvoll. Bei den bisherigen Sequenzen liessen sich keine körperlichen Einschränkungen feststellen. Ob zusätzlich noch psychische Einschränkungen bestünden, erscheine fraglich, da die Beschwerdeführerin eine deutliche Teilhabe am familiären und ausserhäuslichen Leben zeige. 3.20

Im Auftrag der Generali observierte die M. ____ die Beschwerdeführerin zwischen dem 15. Juli und 11. August 2012 in L. ____ (Urk. 5/113 S. 2 bis 8). Dem Bericht vom 5. September 2012 (Urk. 5/113) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin am 11. August 2012 auf einem öffentlichen Markt beobachtet worden sei. Sie sei alleine gewesen und von einem Marktstand zu einem Gemüsestand gegangen. Über der linken Schulter habe sie eine

grosse Handtasche getragen. Beim Gemüsestand sei die Beschwerdeführerin, die einen gepflegten Eindruck gemacht habe, stehen geblieben. Sie habe sich umgesehen, als ob sie jemanden suchen würde. Sie habe mit einem Mobiltelefon telefoniert. Kurze Zeit später sei ein älterer Mann auf sie zugekommen und sie seien gemeinsam in einem Auto weggefahren. Es hätten keine objektivierbaren Behinderungen oder Einschränkungen festgestellt werden können (S. 4 bis 8). 3.21

In seiner Stellungnahme vom 1. November 2012 hielt RAD-Arzt Dipl. med. I. ___ fest, die Observation stehe im krassen Widerspruch zu den Angaben im Abklärungsbericht und den Angaben der Beschwerdeführerin. Anhand der Observation sei eine Verbesserung des Gesundheitszustandes überwiegend wahrscheinlich. Die Fragen nach einer Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit seien im Rahmen einer Begutachtung zu klären (Urk. 5/172/13). 3.22

Am 29. November 2012 besprachen Mitarbeiter des Rechtsdienstes der

Beschwerdegegnerin mit der Beschwerdeführerin und in Anwesenheit ihrer Schwägerin die Situation und eröffneten ihr das Observationsergebnis (Urk. 5/117). Die Beschwerdeführerin hielt dabei an ihren Aussagen im Fragebogen vom 17. August 2012 fest (S. 2). Nach dem Gespräch stellten die IV-Mitarbeiter fest, anfänglich habe hauptsächlich die Schwägerin gesprochen und die Beschwerdeführerin nur teilweise mit dem Kopf genickt oder diesen geschüttelt, wobei sie ein schmerzverzerrtes Gesicht gemacht und ihre Position auf dem Stuhl geändert habe. Nach Eröffnung der Observation habe sie aktiver am Gespräch teilgenommen (Urk. 5/172/13-14).

In der Folge wurde mit Verfügung vom 10. Januar 2013 die Hilflosenentschädigung per sofort sistiert, da eine Verbesserung des Gesundheitszustandes überwiegend wahrscheinlich sei (Urk. 5/124). 3.23 3.23.1

Am 4. und 6. November 2013 wurde die Beschwerdeführerin im Auftrag der Beschwerdegegnerin durch Ärzte der Medas

Z. ___ internistisch, rheumatologisch und insbesondere psychiatrisch begutachtet. Die Ärzte erstatteten ihr Gutachten am 18. November 2013 (Urk. 5/152/2-43). Gestützt auf umfassendes Aktenstudium (S. 2-21 Ziff. 2) und unter Berücksichtigung der subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin zur allgemeinen und persönlichen Anamnese, zur Systemanamnese und zum jetzigen Leiden (S. 21-26 Ziff. 3)

sowie gestützt auf die Befunderhebung aus rheumatologischer und internistischer Sicht, die fachspezifischen Zusatzuntersuchungen (S. 25-26 Ziff. 4) und die ausführliche psychiatrische Teilbegutachtung (S. 26-37 Ziff. 5) gelangten die Ärzte in ihrer polydisziplinären Konsensbesprechung vom 6. November 2013 zum Schluss, dass keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen seien (S.

37 Ziff. 6.1.1).

Ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nannten die Ärzte folgende Diagnosen: -

anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) -

rezidivierende depressive Störung, derzeit voll remittiert (ICD-10: F33.4) -

akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen und passiv-

aggressiven Anteilen (ICD-10: Z73.1) -

generalisiertes Schmerzsyndrom mit multiplen vegetativen

Begleitbeschwerden -

chronisches zervikozephalisches Syndrom mit/bei Status nach HWS-

Distorsion am 31. August 2006 -

Status nach Radio-Jod-Therapie im Juli 2007 wegen Hyperthyreose und

Struma-Adenom 3.23.2

Bei der aktuellen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin das Bild eines Ganzkörperschmerzsyndroms geboten. Hals- und Lendenwirbelsäule würden stark eingeschränkt bewegt unter diffusen Schmerzäußerungen. Daneben fänden sich viele Zeichen für nichtorganisches Krankheitsverhalten (S. 38 Ziff. 6.2.3). So habe sie beispielsweise bei der Prüfung der Lendenwirbelsäule Rumpfbeugen mit den Händen bis auf die Oberschenkelmitte mit Angabe von Schmerzen im ganzen Körper und Reklination und Seitneigung unter Stöhnen und generalisierter Schmerzangabe nur angedeutet ausgeführt (S. 25 Ziff. 4.1). 3.23.3

Der psychiatrische Gutachter stelle

übereinstimmend mit den Vorbeurteilungen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, wogegen eine depressive Störung anhand der aktuellen Untersuchungsergebnisse nicht bestätigt werden könne (S. 38 Ziff. 6.2.3). Eine antidepressive Medikation erscheine aktuell nicht mehr erforderlich. Auch eine Persönlichkeitsänderung, die in einen Zusammenhang mit dem Autounfall vom August 2006 diagnostiziert worden sei, könne aktuell nicht bestätigt werden (S. 31 Ziff. 5.4.2 unten). 3.23.4

Bei der aktuellen Untersuchung hätten eine leichte, eher nur phasenweise Herabgestimmtheit mit allenfalls sehr leichter Antriebsminderung und einem geringgradigen sozialen Rückzug, leichter Selbstwertminderung, leichten Schlafstörungen, die scheinbar auf ein Schmerzmittel besser würden, sowie allenfalls leichte Stimmungsschwankungen festgestellt werden können. Hauptfokus

seien eindeutig diffuse Schmerzangaben im gesamten Körper ohne spezielle Lokalisation gewesen. Als wesentliche Symptome seien die diffuse, physiologisch nicht erklärbare Schmerzsymptomatik und die Schlafstörungen zu nennen, die bisher nicht adäquat behandelt worden seien und die bei einer adäquaten Behandlung deutlich bessern würden. Die vorliegende psychische Symptomatik wäre eindeutig behandelbar. Im Vergleich zu den psychischen Einschränkungen, die zu einer Rentenzusprache (richtig: Zusprache einer Hilfenentschädigung) geführt hätten, sei von einem wesentlich gebesserten Zustand auszugehen (S. 31 f. Ziff. 5.4.3). 3.23.5

Das in den Vorakten erwähnte „posttraumatische Belastungssyndrom“ könne weder aktuell noch retrospektiv bestätigt werden. Das Unfallereignis sei ein eher alltäglicher Unfall gewesen. Am ehesten scheine plausibel, dass sich eine depressive Symptomatik im Rahmen der Schmerzsymptomatik nach dem Unfall entwickelt habe. Diese Symptomatik sei vom Vorgutachter Dr. A. ___ beschrieben worden. Aktuell sei sie aber nicht mehr feststellbar. Inzwischen sei auch die Medikation auf eine unbedeutende Dosis reduziert worden. Somit sei es zu einer deutlichen Besserung des psychischen Zustandes gekommen (S. 32 Ziff.

5.4.3) .

Da nie eine Extremlastung vorgelegen habe, könne auch keine Persönlichkeitsänderung nach Extremlastung diagnostiziert werden. Auch eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom könne nicht bestätigt werden. Es bestünden bei der Patientin akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen und passiv-aggressiven Anteilen. Da die Beschwerdeführerin die Mitarbeit bei der aktuellen psychiatrischen Untersuchung überwiegend verweigert habe, hätten weitere psychische Symptome nicht sicher eruiert werden können. Eine andauernde Persönlichkeitsänderung sei letztendlich nicht sicher nachweisbar, könne aber auch nicht sicher bestätigt werden. Einem erfahrenen Untersucher müsste eine solch schwerwiegende Störung aber sofort auffallen, was nicht der Fall gewesen sei. Die Angaben der Explorandin hätten unklar und wenig plausibel gewirkt und ihr Verhalten manipulativ und dramatisierend. Es hätten sich Tendenzen von Aggravation gezeigt (S. 32 unten Ziff. 5.4.3) . 3.23.6

Der Medas -Psychiater nahm in Bezug auf die somatoforme Schmerzstörung eine Prüfung der sogenannten Foerster-Kriterien vor. Zusammenfassend gelangte er zum Schluss, dass im Vergleich zu den Vorbefunden aus der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. A.____ im Jahr 2011 ein wesentlich gebesselter psychischer Zustand vorliege. Die qualifizierenden Foerster-Kriterien lägen nicht mehr vor (S. 33 Ziff. 5.4.3) . Die Beschwerdeführerin zeige ausbaufähige Ressourcen. Wenn es von ihr gefordert würde, wäre sie auch in der Lage, mehr Tätigkeiten im Haushalt zu übernehmen. Sie habe angegeben, dass sie sehr wohl alleine duschen und sich auch alleine anziehen könne (S. 34 Ziff. 5.4.4) , wobei ihr Mann auch früher hierbei nur selten geholfen habe (S. 28 Ziff. 5.2.1) . Der Beschwerdeführerin sei es bei Aufwendung der zumutbaren Willensanstrengung möglich, ihre Beschwerden zu überwinden (S. 34 Ziff. 5.4.5) . 3.23.7

Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in angestammter Tätigkeit wie auch in angepassten Tätigkeiten (S. 34 f. Ziff. 5.6) .

Retrospektiv lasse sich der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit Jahre nach dem Unfall nur schwer rekonstruieren. Es müsse wohl retrospektiv davon ausgegangen werden, dass die Angaben im Gutachten von Dr. A.____ als Grundlage für die Beurteilung bis 2011 heranzuziehen seien. Seit 2011 sei es zu einer schrittweisen Besserung der psychischen Einschränkungen gekommen. Wann genau diese Besserung eingetreten sei, lasse sich retrospektiv anhand der vagen und unvollständigen Angaben der Beschwerdeführerin bei nur eingeschränkter Kooperationsbereitschaft nicht sicher feststellen. Etwa drei Monate vor der aktuellen Exploration habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine deutliche Verbesserung der psychischen Einschränkungen bestanden. Sicher bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit ab dem Untersuchungszeitpunkt am 6. November 2013 (S. 36 Ziff.

E. 14

f. Fotos Nr. 3 bis 5) . Zudem gilt es zu berücksichtigen, dass auch ihr behandelnder Arzt med. pract . C.____ im Dezember 2010 und im Oktober 2011 eine Hilfsbedürftigkeit der Beschwerdeführerin im Bereich „Essen“ stets verneinte (vorstehend E. 3.4 und E. 3.13).

Betreffend die Hilfsbedürftigkeit in den Bereichen „An-/Auskleiden“ und „ Körperpflege“ gab die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung durch die Ärzte der Medas

Z.____

schliesslich an, diesbezüglich auf keine Hilfe mehr angewiesen zu sein, wobei sie auf Nachfragen zugegeben habe, dass sie auch früher beim Duschen selten auf die Hilfe ihres Ehemannes angewiesen gewesen sei (vorstehend E. 3.23.6).

Auch ist auf die Verneinung einer Hilfsbedürftigkeit der Beschwerdeführerin im Bereich „An-/Auskleiden“ durch med. pract . C.____ hinzuweisen (vorstehend E. 3.4 und E. 3.13).

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