

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00156 vom 8. November 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00156

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00156 du 8 novembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00156 del 8 novembre 2018

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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 kom menden 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).

Ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten, so ist sie verpflichtet, das neue Leistungsbegehren in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen; sie hat dabei in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG vorzugehen. Die Frage nach der wesentlichen Änderung in den tatsäch lichen Verhältnissen beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen Verneinung eines Rentenanspruchs, hier also am 1. April 2003, bestanden hat mit demjenigen zur Zeit der angefochtenen Verfügung (vgl. BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 f.).

E. 1.2

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausge wiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). Mit BGE 143 V 418 E. 6 f. änderte das Bundesgerichte seine bis herige Praxis zudem insofern ab, als es erkannte, dass grundsätzliche sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_ 604/2017 vom 1 5. März 2018 E. 5.1).

E. 1.3

Kein versicherter Gesundheitsschaden liegt gemäss Rechtsprechung regelmässig dann vor, wenn die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht. Dies trifft namentlich zu, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen oder Einschränkungen 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 oder wenn 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).

Eine auf Aggravation oder vergleichbaren Konstellationen beruhende Leistungseinschränkung vermag einen versicherten Gesundheitsschaden nicht leichthin auszuschliessen, sondern nur, wenn im Einzelfall Klarheit darüber besteht, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine selbstständige, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (SVR 2017 IV Nr. 21 S. 56 E. 4.3 mit Hinweis, 9C_154/2016; vgl. zum Ganzen obgenanntes Urteil 8C_604/2017 E. 6.1). 2.

2.1

Die Beschwerdeführerin machte geltend, durch das Gutachten von Dr. G.____ sei ein Gesundheitsschaden ausgewiesen, infolge dessen die Versicherte während der noch verbleibenden Aktivitätsdauer keine Stelle mehr finden könne (Urk. 1 Rz 18). Die geltend gemachte Aggravation sei vorliegend kein Ausschlussgrund, sondern vielmehr Ausdruck der diagnostizierten Gesundheitsschädigung (Urk. 1 Rz 22). Zudem bestehe

kein Raum für eine abweichende Arbeitsfähigkeits einschätzung durch den Rechtsanwender im Rahmen einer zusätzlichen Ressourcenprüfung, zumal die Angaben im Gutachten umfassend und rechtlich nicht zu beanstanden seien (Urk. 1 Rz 27). Doch selbst wenn eine Arbeitsfähigkeit gegeben wäre, könnte die Versicherte diese nicht mehr realisieren, da sie eine m Arbeitgeber angesichts ihres Alters und des gutachtlich festgestellten «massiven Aufwands therapeutischer und arbeitsagogischer Manpower» nicht mehr zumutbar sei (Urk. 1 Rz 28-31). 2.2

Demgegenüber erwog die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung, der bisher in einem Teilzeitpensum tätigen Versicherten sei gemäss medizinischer Einschätzung eine angepasste Tätigkeit in

Vollzeit und mit voller Leistungsfähigkeit zumutbar. Es seien eine Aggravation, Symptomausweitung, Selbstlimitierung, Entschädigungserwartung, Persönlichkeitsregression, Dekonditionierung, subjektive Leistungsinsuffizienz und hypochondrische Verarbeitungstendenz sowie simulatorische Elemente ausgewiesen. Zudem befinde sich die Versicherte nicht mehr in fachärztlicher Behandlung, womit die Therapieoptionen noch nicht ausgeschöpft seien (Urk. 2).

Dem fügte sie in der Beschwerdeantwort hinzu, dass selbst bei Vorliegen der klassifikatorischen Merkmale eines psychosomatischen Leidens von vornherein keine Grundlage für eine Rente bestehe, soweit Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 die

Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten würden. Solche seien gemäss den Gutachten des

C.____

und von Dr. G.____ gegeben. In die gutachtliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit seien zudem invaliditätsfremde die festgestellten psychosozialen Belastungsfaktoren und die bestehende Dekonditionierung eingeflossen (Urk. 6). 2.3

Es bleibt anzumerken, dass die Beschwerdelegitimation der Beschwerdeführerin unbestritten ist, was unter Berücksichtigung der Rechtsprechung (z.B. Urteil des Bundesgerichts 8C_108/2018 vom 16. April 2018 E. 3) und aktenkundigen wirtschaftlichen Hilfe (Urk. 3/3-5) nicht zu beanstanden ist.

E. 3

Nach einem Sturz auf den Hinterkopf und Rücken im Februar 2012 (Urk. 7/36/ 168) übernahm die Suva als zuständiger Unfallversicherer zunächst die Heilbehandlungskosten und zahlte ein Taggeld aus (Urk. 7/36/2 f.) . Gestützt auf das Ergebnis der kreisärztlichen Untersuchung (Urk. 7/36/67 f. und 7/36/83 ff.) stellte sie die Leistungen indes per Ende Januar 2013 ein (Urk. 7/33). Im Februar 2013 meldete sich die Versicherte erneut zum Leistungsbezug bei der IV-Stelle an (Urk. 7/30 f.) und reichte hierzu einen Arztbericht nach (Urk. 7/35). Die IV-Stelle zog die Akten der Suva bei (Urk. 7/36) , nahm diverse medizinische Berichte zu den Akten (Urk. 7/37)

und holte einen Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 7/38) sowie eine RAD-Stellungnahme

(Urk. 7/39/3 f.) ein. Hernach kündigte sie der Versicherten mit Vorbescheid vom 4. September 2013 die Abweisung des Leistungsbegehrens an (Urk. 7/40). Dagegen erhob die se

Einwand

(Urk. 7/43) und liess mit Hilfe des Sozialdienstes der Gemeinde X.____ (Urk. 7/45) ihre Behandlungspersonen Stellungnahmen verfassen (Urk. 7/46 und 7/49).

In der Folge gab die IV-Stelle ein internistisches, psychiatrisches, rheumatologisches und neurologisches Gutachten in Auftrag (Urk. 7/59), das am 19. September 2014 vom Zentrum

C.____

erstattet wurde (Urk. 7/63) . Darin wurde festgestellt , dass eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit derzeit nicht möglich sei . Insbesondere sei die Abgrenzung bewusstseinsnahes Verhalten versus dissoziativ-regressive Symptomatik nicht mit der notwendigen Sicherheit möglich. Es werde

daher eine stationäre Aufnahme zur Beobachtung und intensiven internistischen und psychiatrischen Behandlung empfohlen (Urk. 7/63/36 f.). Die IV-Stelle auferlegte der Versicherten deshalb eine entsprechende Mitwirkungspflicht

(Urk. 7/65). Diese liess sich so dann vom 5. bis 24. November 2014 stationär in der Psychiatrischen Klinik D.____ behandeln (Urk. 7/72 /1) . Den Austrittsbericht (Urk. 7/72) sowie einen Verlaufsbericht der

ambulant behandelnden Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. E.____ (Urk. 7/75) ,

legte die IV-Stelle den Gutachtern des C.____ vor . Diese kamen zum Schluss, dass sich daraus bezüglich der in ihrem Gutachten offengelassenen Fragen keine neuen Erkenntnisse ergäben , und empfahlen eine weitere stationäre Abklärung mit vorgängiger Aufklärung über die Problematik

(Urk. 7/78 /4 f.). Eine solche ordnete die IV-Stelle mit Mitteilung vom 1 6. Februar 2016 an (Urk. 7/82) und wurde vom 2 5. bis 2 9. April 2016 im Psychiatrischen Ze n trum F.____ durchgeführt. Das entspre chende psychiatrische Gutachten des Leitenden Arztes, Dr. G.____ , datiert vom 1 8. August 2016 (Urk. 7/93).

Schliesslich verneinte die IV-Stelle mit Verfü gung vom 5. Januar 2017 einen Rentenanspruch der Versicherten (Urk. 2). Diese reichte im Februar 2017 zusätzlich ein Gesuch um Ausrichtung einer Hilf losenentschädigung ein (Urk. 7/113). 2.

Gegen den Rentenentscheid erhob die anwaltliche vertretene (Urk. 4) Gemeinde X.____ mit Eingabe vom 2. Februar 2017 Beschwerde. Darin beantragte sie, der Versicherten die gesetzlichen Leistungen, insbesondere eine Invaliden rente zuzusprechen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der IV-Stelle (Urk. 1 S. 1 und 10). In der Beschwerdeantwort vom 1 3. März 2017 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). In der Folge lud das Gericht die Versicherte zum Prozess bei (Urk. 8; Zustellbeleg Urk. 9). Diese verzichtete indes auf die Einreichung einer Stellungnahme (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1.1

Im älteren polydisziplinären Gutachten de s

C.____ vom 1 9. September 2014 wur den als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: gemischte dissoziative Störung, depressive Störung, Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen und Diabe tes mellitus Typ 2 (Urk. 7/63 /39).

E. 3.1.2

Dazu erläuterte das C.____ in der Konsensualbeurteilung

zusammengefasst, d ie Versicherte zeige eine erhebliche Konversionsstörung, aktuell insbesondere im Sinne einer dissoziativen Bewegungsstörung. Affektiv sei das Zustandsbild von einer wesentlichen Affektlabilität, depressiven Affekten und multiplen Klagen über Schmerzen funktioneller Einschränkungen gekennzeichnet. Es sei dabei auch von einer Verdeutlichungstendenz auszugehen. Wie so häufig bei dissozia tiven (Konversions-)Störungen sei es schwierig, den Anteil bewusstseinsferner vom Anteil bewusstseinsnaher Tendenzen abzugrenzen. Aus psychiatrische r Sicht imponiere insgesamt eine schwer regredierte, an dissoziativ-depressiven Symp tomen leidende Versicherte mit ausgeprägter Aggravationstendenz. Im soma tischen Bereich bestehe ein schlecht eingestellter Diabetes mellitus, der allenfalls im Zusammenhang mit Symptomen wie Müdigkeit, Schwäche und kognitiver Störung stehe. Die neurologischen und rheumatologischen Befunde seien im Rah men des psychischen Leidens zu interpretieren (Urk. 7/63/40 f.) .

E. 3.2.1

Die C.____ -Gutachter schlussfolgerten deshalb, die Versicherte sei in ihrer Durchhalte- und Leistungsfähigkeit, in der Planung und Strukturierung von Aufgaben, in der Teamfähigkeit usw. multipel eingeschränkt. Sie zeige indes Verhaltensweisen, die als bewusstseinsnahe im Sinne der Aggravation angesprochen werden müssten. Man könne deshalb keine sicheren Angaben zur Arbeitsunfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht machen. Gesamthaft müsse jedoch gesagt werden, dass sie aufgrund ihrer aktuellen Symptompräsentation einem Arbeitgeber zumutbar sei (Urk. 7/63/41 f.). Berufliche Massnahmen seien derzeit illusorisch (Urk. 7/63/42).

E. 3.2.2

Zuletzt sei die Versicherte als Reinigerin tätig gewesen. Aufgrund der vorherrschenden Konversionsstörung mit depressiven Affekten und massiv-regressivem Verhalten bestehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen. Mit Bezug auf adaptierte Tätigkeiten könne man die Verminderung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischen Gründen nicht sicher abgrenzen (Urk. 7/63/41 f.). Unbestrittenermassen bestehe ein psychisches Leiden mit Krankheitswert im Sinne der beschriebenen Konversionsstörung. Dieses sei in seiner Relevanz gegenüber den bewusstseinsnahen aggravatorischen Faktoren heute aber nicht mit Sicherheit abzugrenzen. Müsste die Restarbeitsfähigkeit der Versicherten aus psychiatrischer und damit gesamtmedizinischer Sicht dennoch geschätzt werden, würde diese mit ca. 40 % beziffert (Urk. 7/63/43). Mit Sicherheit könne heute nur gesagt werden, dass der Versicherten keine gefährlichen Tätigkeiten zugemutet werden könnten, dass sie in ihrer Leistungsfähigkeit sicherlich vermindert sei, dies mindestens um 20 %, mit hoher Wahrscheinlichkeit weit über dieses Mass hinaus, ohne dass aber genaue Angaben hierzu möglich wären (Urk. 7/63/46).

E. 3.2.3

Derzeit bestünden zudem unbefriedigende Behandlungsergebnisse, wobei noch nicht von konsequenten Rehabilitationsmassnahmen und Therapien gesprochen werden könne (Urk. 7/63/44). Einerseits benötige die Versicherte aus somatischen und psychischen Gründen eine intensive Behandlung, andererseits müsse das heute vermutete aggravatorische Verhalten in seinen Dimensionen weiter geklärt werden. Man empfehle deshalb die stationäre Aufnahme. Dabei könne die Versicherte über längere Zeit beobachtet werden und ein bewusstseinsnaher Verhaltensanteil mit besserer Sicherheit von invalidisierenden Faktoren abgegrenzt werden (Urk. 7/63/42).

E. 3.3

Die vorstehenden Schlussfolgerungen

zur Arbeitsfähigkeit stellen somit keine fundierten medizinischen Erkenntnisse dar, was die C.____ -Gutachter letztlich selbst betonten. Dabei

ist von vornherein unerklärlich, wie bei fehlender Möglichkeit zur Abgrenzung des Anteils der als «ausgeprägt» beurteilten Aggravation bzw. deren Relevanz überhaupt eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgegeben werden konnte. Es überrascht daher nicht, dass diese kurzgefasst lautete, die Versicherte sei aus psychiatrischer Sicht als

Reinigungskraft überwiegend wahr schein lich vollständig arbeitsunfähig, in einer adaptierten Tätigkeit sei sie sicher 20 % , vermutungsweise sogar 60 % arbeitsunfähig , ohne hierbei ein konkretes Belastungsprofil zu definieren. Diese Bandbreite lässt sich selbst unter Berücksichtigung der wenigen angegebenen, teilweise unspezifischen Einschränkungen (vgl. E. 3.2) schwer lich nachvollziehen.

E. 3.4

Es kommt hinzu, dass die C.____ -Gutachter verschiedentlich fest hielten , dass man eine schwere depressive Störung, wie sie in den vorhandenen Arztberichten mehrfach erwähnt werde, heute nicht diagnostizieren könne . Vielmehr erscheine das Verhalten konversionsneurotisch bedingt, dabei seien (bewusstseinsferne) depressive Affekte, Affektlabilität und multiple funktionelle Symptome im Rahmen dieser Erkrankung neben bewusstseinsnahen Anteilen zu sehen. Eine psychische Symptomatik aufgrund des leichten Hyperparathyreoidismus sei unwahr scheinlich (Urk. 7/63/43). Das heutige psychiatrische Krankheitsbild entspreche nicht demjenigen, wie es in den Akten bis zuletzt beschrieben worden sei (insbesondere werde nirgends eine Konversionsstörung mit ausgeprägtem Tremor beschrieben), die sichere Abgrenzung gegenüber bewusstseinsnahe aggraviertem Verhalten sei heute nicht möglich (Urk. 7/63/44). Nach Aktenlage sei es im zeitlichen Verlauf seit dem Jahr 2011 aus psychiatrischer Sicht zu einer inter mittierenden Besserung des Gesundheitszustandes der Versicherten gekommen, das heutige Zustandsbild zeige eher eine wesentliche Verschlechterung, insbesondere eine Symptomänderung gegenüber den vorhandenen Akten (Urk. 7/63/45).

Dabei versäumten es die C.____ -Gutachter, sich mit diesen Feststellungen auch auseinanderzusetzen und eine medizinische Erklärung für die plötzliche Änderung und Verschlechterung der Symptomatik

zu finden. Eine solche Veränderung unmittelbar nach Erhalt des negativen Vorbescheides der Invalidenversicherung (vgl. dazu vorliegend: Urk. 7/35, 7/36/74 f. und 7/36/86 versus Urk. 7/46/2 und 7/49) wirft per se Fragen auf, was angesichts des gutachtlich beschriebenen Krankheitsverlaufs seit dem Jahr 2011 und der festgestellten «ausgeprägten» Aggravation umso mehr gelten muss.

E. 3.5

Schliesslich wurde in der C.____ -Begutachtung folgendes

Verhalten beobachtet: Bei der Begrüssung in der Wartezone sei die Versicherte ruhig dagesessen. Nach der Vorstellung durch den Gutachter habe sie sofort begonnen, zu zittern und mit dem Kopf zu schütteln und sei unter Stöhnen und mit schmerzverzerrtem Gesicht aufgestanden. Der Ehemann habe sie bei jedem Schritt gestützt. Beim Sprechen habe die Versicherte grobschlägig mit den Händen und Armen gezittert und oft den Kopf geschüttelt. Zuweilen habe sie kurz innegehalten und sich mit der linken Faust auf ihren Oberschenkel oder in die rechte Hand geschlagen . Während der Anamnese habe

sie den Wunsch geäußert, Wasser zu trinken, und sich die Flasche von der Dolmetscherin aus der am Boden stehenden Tasche holen lassen . Sie habe diese geöffnet und begonnen, diese heftig zu schütteln sowie mit dem Kopf zu zittern und so etwas zu trinken. Auf die Frage, was für Therapien sie mache, habe sie gemeint, sie kämpfe, gebe alles, damit sie wieder arbeiten könne. Auf Nachfragen habe sie erklärt , in der Physiotherapie handle es sich um Massagen, manchmal Fango und auch Laufband. Unter Hinweis darauf , dass ihr

Ehe man sie beim Gang ins Untersuchungszimmer habe stützen müssen, habe sie erklärt, man habe ihr das Laufband vorgeschlagen, aber leider sei es nicht gegangen. Zu einem späteren Zeitpunkt soll sie geäußert haben, sich Insulin spritzen zu wollen. Dabei habe sie die Tasche selbst vom Boden genommen und ein Set hervorgeholt. Unter heftigem Zittern habe sie nach drei Anläufen etwas Blut vom Finger gewinnen können, um den Blutzucker zu messen. Sie habe die Injektionsseite des Insulin-Pens in den Mund genommen, dabei kurz aufgehört zu zittern und die Verschlusskappe zwischen den Zähnen gehalten. Sie habe sich das Insulin in die Bauchhaut gespritzt und unter beidseitigem Zittern versucht, die Nadel wieder zu bedecken. Dazu habe sie einen kurzen Moment aufgehört zu zittern (Urk. 7/63/18 f.).

Weiter war die Rotation der Halswirbelsäule in der Untersuchung bei deutlich spürbarer Gegeninnervation beidseits auf 20° eingeschränkt, indes war im Gespräch mit der seitlich sitzenden Dolmetscherin vor und nach der Untersuchung wiederholt und ohne Zeichen einer Schmerzreaktion eine Rotation bis 80° durchführbar. Auch ansonsten war der klinische Untersuchung durch die ausgeprägte Gegeninnervation und zeitweise gezielte Abwehrreaktionen der Versicherten, bei denen sie jeweils kurz zu zittern aufhörte, erheblich erschwert (Urk. 7/63/20 f.).

Diese Schilderungen plausibilisieren einerseits

das von den C.____-Gutachtern fest gestellte deutliche Aggravieren durch die Versicherte, wecken andererseits aber auch beachtliche Zweifel an den gestellten Diagnosen. Insbesondere konnten nämlich

sowohl die (unstrittig nicht organisch bedingten) Schmerzen als auch der Tremor in Situationen, in denen sich die Versicherte von den Gutachtern nicht direkt beobachtet fühlte

oder eine gezielte Bewegung ausführen wollte, nicht konstatiert werden.

E. 4

4.4.1

Im

jetzigen Zustand mit massiver Regression und Dekonditionierung, so Dr. G.____ weiter, sei die Versicherte als Reinigungskraft nicht mehr einsetzbar, da sie aufgrund ihrer massiven psychogenen Fehlentwicklung mit dissoziativen und somatoformen Elementen die Voraussetzungen dafür nicht mehr erfülle. Bestmöglich sei ihr eine sitzende Tätigkeit ohne größeren Kraftaufwand mit repetitiven Abläufen bzw. leichter manueller Seriendarbeit, was zumindest im geschützten Rahmen mit limitiertem Arbeitstempo grundsätzlich machbar sei. Im Arbeitsversuch habe die Versicherte maximal 5 Stunden pro Tag mit einer Leistungsfähigkeit von 50 % nach Abzug zusätzlicher

Pausen und einem Output von grob geschätzt 35 % gearbeitet. Theoretisch entspreche dies einem ca. 20%-Pen sum in der freien Wirtschaft, wobei die Umsetzung aus reisetechischen und betrieblichen Gründen, z.B. Dekonditionierung, subjektive Leistungsinsuffizienz und Eigenmotivationschwäche, fraglich sei. 4.4.2

Das Leistungspotenzial liesse sich vermutlich bis maximal 40 % ausweiten, doch wäre dies mit einem enormen arbeitsagogischen, therapeutischen (insbesondere Motivationsarbeit)

und logistischen Aufwand (Personentransport) verbunden, zumal die Progredienz der Störung trotz recht intensiver Behandlung auf somatischer und psychischer Ebene nicht verhindert werden können. Weitere Arbeitsversuche müssten im geschützten Rahmen erfolgen, wobei der Anstieg der Leistungskurve möglicherweise so gemächlich wäre, dass – zumindest in Anbetracht des Alters – in der nächsten Zeit kein wirtschaftlich verwertbares Leistungspotenzial zustande käme. Dabei bleibe es angesichts des verstörenden Verhaltens auch weiterhin fraglich, ob die Versicherte einem Arbeitgeber in der freien Wirtschaft überhaupt zumutbar wäre. So könne die

Prozentzahl höchstens für einen geschützten Rahmen postuliert werden (Urk. 7/93/39-41 und 7/93/50). 4.4.3

Rückblickend müsse stark vermutet werden, dass die Versicherte ihre Arbeitsfähigkeit nie ganz verloren habe, die psychogene Fehlentwicklung nach dem angeblichen Unfall im Jahr 2012 indes relativ zügig voran geschritten sei und die somatoformen Störungsphänomene bei erfolgloser Rentenbewerbung durch dissoziative Störungen zunehmend ausgeweitet worden seien. Dies trotz permanenter ambulanter und sogar stationärer Behandlung. Rückblickend müsse die Arbeitsfähigkeit unmittelbar nach dem Unfall noch relativ hoch veranschlagt werden (grob geschätzt 80 %), was sich aber durch die Symptomausweitung im Laufe der Jahre allmählich noch etwas verschlechtert habe (Urk. 7/93/40).

E. 4.1

Im jüngeren

Gutachten des Psychiatrischen Zentrums F.____

vom 18. August 2018 diagnostizierte Dr. G.____ als die Arbeitsfähigkeit beeinflussend: (1) dissoziative Bewegungsstörungen (ICD-10: F44.4), konkret psychogene Tremor, psychogene Dysphasia und psychogene Kamptokormie, (2) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) mit abnormem Krankheitsverhalten und diversen Phänomenen der dysfunktionellen Beschwerdebewältigung sowie (3) eine Begleitver Stimmung mit ängstlichem und depressivem Gepräge (allenfalls ICD-10: F41.2; Urk. 7/93/28).

E. 4.2.1

Dazu erläuterte er, es bestehe ein grobschlägiger, variabler, auf Kopf und obere Extremitäten fokussierter Tremor, der bei entsprechender Willensbildung präzise Zielbewegungen zulasse. Die Sprachstörung führe insbesondere auf Deutsch zuweilen in die vollständige Unverständlichkeit, in der Muttersprache Serbisch sei dies etwas weniger der Fall. Typisch sei bei der Versicherten ein starkes rhythmisiertes Stammeln, das synchron mit den Schlägen ihres groben Schütteltremors verlaufe. Die dramatisch anmutende Steh- und Gehbehinderung im Rahmen der höchst individuellen Gestaltung der Patientenrolle habe eine rein psychogene Ursache. Dabei imponiere eine scheinbare Schwäche der Beinmuskulatur

beim Aufstehen aus

sitzender Stellung. Das Gangbild sei verlangsamt, kleinschrittig, breitbeinig und aufgrund der gekrümmten Körperhaltung weitaus kräfte raubender als ein aufrechter Gang (Urk. 7/93/28 f.).

E. 4.2.2

Bei der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bestehe als Konflikt das Dilemma, einerseits im Hinblick auf die kritische finanzielle Versorgungslage ein Einkommen zu erzielen, andererseits eine aversive Haltung gegenüber der früheren Tätigkeit zu haben, so dass die Versicherte heute entsprechende Arbeiten den Angehörigen überlasse. Die Besonderheit liege darin, dass der Hauptanteil der klinischen Symptomatik durch dysfunktionale Verarbeitungspsychismen bestimmt werde, die per se wenig bis keine Störungswert aufweisen würden,

aber gleichwohl zu ernststen Hindernissen bei der Rehabilitation werden könnten. Dies gelte vorab für die dissoziativen Phänomene, welche ein gutes Stück schwerer als die rein « pathischen Elemente» ins Gewicht fallen würden.

Aufgrund der Chronologie des Auftretens könnten die dissoziativen Störungen gleichsam als Eskalationsstufe betrachtet werden, indem die Versicherte ihr Leiden ab einem bestimmten Entwicklungsstadium nicht mehr nur verbal ausgedrückt, sondern angefangen habe, ihren Patientenstatus in aktiven Gebärden auszuleben, was unter Umständen enorm theatralische Funktionen annehmen und bei längerem Andauern sekundär via Dekonditionierung und Fixierung von Fehlhaltungen und dysfunktionalem Bewegungsmuster sogar zu realen, schwerlich reversiblen Funktionseinbußen führen könne (Urk. 7/93/29 f.).

E. 4.2.3

Es bleibe die Frage, inwieweit dieses hochauffällige Verhalten der bewussten Kontrolle der Versicherten unterstellt sei, wie weit sie also für die suboptimale Nutzung ihres Bewegungsapparates verantwortlich gemacht werden könne. Daneben sei anzumerken, dass sie durch ihr ebenso extremes wie unnötiges Selbstschonungsverhalten auch alles unterlasse, was der Förderung ihrer allgemeinen Fitness dienen könnte. Dabei sei bekannt, dass regelmässige Bewegung schon in bescheidener Dosierung nicht nur generell vitalisierend, sondern auch antidepressiv wirken könne. Dass durch diese höchst eingeschränkte Lebensweise die depressiv getönte Stimmungslage aufrechterhalten werde, verstehe sich von selbst. Bei der Versicherten sei hauptsächlich der Bewegungsapparat betroffen, daneben aber auch noch die Sprachproduktion, was bereits eine zentrale, ich-nähere Funktion darstelle, sodass sie eine Mittelposition zwischen psycho- und somatoformer Dissoziation einnehme. Was die somatoformen Aspekte angehe, sei eine zusätzliche Diagnose zu stellen, da

diese Symptomgruppe den dissoziativen Störungen bzw. dem Unfall um Jahre voraus gegangen sei (Urk. 7/93/30 f.).

E. 4.2.4

Da die Schmerzempfindungen weit im Vordergrund stünden und als Hinderungsgrund für reguläres Arbeiten angeführt würden, könne am ehesten von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gesprochen werden. Typischerweise würden damit eine kleine Anzahl von Phänomenen der dysfunktionalen Beschwerdebewältigung einhergehen, bei der Versicherten: Aggravation, Symptomasweitung, Persönlichkeitsregression, Selbstlimitierung, amplifizierender Wahrnehmungsstil, übertriebenes Schonverhalten, sozialer Krankheitsgewinn, subjektive Leistungssuffizienz und limitierte Leistungsmotivation. Viele der « Inkonsistenzen nach Widder »

seien offenbar auffindbar gewesen, als sich das Störungsbild noch im Stadium der somatoformen Schmerzstörung befunden habe. Die zusätzlichen Beeinträchtigungen durch die dissoziativ bedingten Bewegungsstörungen und den Sprachzerfall füllten diese Lücke gewissermassen ein Stückweit auf, so dass die Versicherte einer Selbstinvalidisierung durch diese Symptomausweitung deutlich näher

gekommen sei. Dass diese Ausfälle nicht ganz irreversibel seien, habe der Arbeitsversuche vor Ort gezeigt. Es koste aber gewaltige Anstrengungen seitens der Medizinalpersonen und der Arbeitsagogen, um kleine Fortschritte zu erzielen, die sie sogleich wieder zunichte

gemacht werden könnten, wenn die Versicherte zu ihrem angestammten Lebensstil mit übertriebenem Schonverhalten und Verharren in der Krankheitsrolle zurückkehre (Urk. 7/93/32-34).

E. 4.3

Daraus schlussfolgerte Dr. G. unter Hinweis auf den « Invalidisierungsprozess im Sinne von Weinstein », dass sowohl die somatoforme wie auch die dissoziative Störung als Überlebensstrategie unter Zuhilfenahme der sozialen Systeme aufgefasst werden könnten, wobei die Dissoziation noch eine erheblich grössere Regressionstiefe voraussetze, um in diesem Ausmass zum Tragen zu kommen.

Was die früher mehrfach diagnostizierte Depression angehe, entstehe aufgrund der aktuellen Befundlage der Eindruck einer vorwiegend deprimierten, aber auch etwas ängstlichen Grundstimmung, die jedoch keinen episodenhaften Verlauf zeige und bezüglich Schweregrad und Auswirkungen auf die Produktivität deutlich hinter die dissoziative und somatoforme Symptomatik zurücktrete. Es könne eher von einer Begleiterscheinung gesprochen werden, teilweise zum Störungsbild gehörend, teilweise durch den reizlosen und bewegungsarmen Lebensstil zustande gekommen. So habe nur schon der dreitägige Arbeitsversuch hier eine gewisse Besserung gezeigt.

Bezüglich der Intelligenz könne nur auf die Lebensgeschichte /-bewährung abgestellt werden, welche auf eine Intelligenz im untersten Normbereich schliessen lasse. Von den aktuellen Leistungstests her müsste auf eine schwere Demenz geschlossen werden, doch lasse sich diese eklatant und in ihrer Inkonsistenz unpausible Leistungsschwäche im Grunde nur durch massive Verdeutlichungs tendenzen erklären.

Ferner könne es sein, dass angesichts des Schmerzmittelkonsums von angeblich 4 g Dafalgan pro Tag auch von analgetika-induzierten Schmerzen gesprochen werden müsse. Zudem seien die reichhaltigen somatischen Komorbiditäten (z.B. Diabetes mellitus Typ II, Hörverminderung und degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule ohne Nervenkompression) anzuführen, die sich erschwerend auf die Leistungsentfaltung auswirken dürften (Urk. 7/93/ 34-36).

E. 4.6.1

Nach der allgemeinen Beweisregel (Art.

E. 4.6.2

Dies gilt – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin – selbstredend auch für dissoziative Störungen und somatoforme Schmerzstörungen, obschon Dr. G. das wenig leistungsorientierte Verhalten ohne Willen zur Gesundung und Leistungen als « integralen Bestandteil » derselben bezeichnete (Urk. 7/93/49) und letztere nicht mit einem

konsistenten Verhalten begründete, das auf einen gemäss ICD-10 Klassifikation vorausgesetzt «andauernden und quälenden Schmerz» schliessen lassen würde (vgl. Weltgesundheitsorganisation [WHO], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], 10. Aufl. 2015, S. 233), sondern in fragwürdiger Weise mit «Phänomenen der dysfunktionalen Bewältigung» (z.B. Aggravation und Selbstlimitierung; Urk. 7/93/32) und «Inkonsistenzen nach Widder» (z.B. Diskrepanz zwischen subjektiven Beschwerden und körperlicher Beeinträchtigung im Untersuchungsbericht «weniger ausgeprägt»; geringer Leistungsdruck trotz intensiv geschilderter Beschwerden «nicht offensichtlich»; appellative, demonstrative Klagen, ohne dass beim Untersucher das Gefühl der Betroffenheit entstehe «vorhanden»; Diskrepanzen zwischen eigenen Angaben und Fremdanamnese «in der Vergangenheit»; Diskrepanzen zwischen geschilderter Beeinträchtigung und eruierten Aktivitäten des täglichen Lebens «nicht nachgewiesen»; Therapie einseitig auf Beschwerdelinderung, nicht aber Aktivierung ausgerichtet; Urk. 7/93/33/ f.).

In der ICD-10 Klassifikation wird zwar ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es oft schwer sei, eine bewusste Simulation eines Bewegungs- oder des Empfindungsverlustes von dissoziativen Störungen zu unterscheiden. Nichtsdestotrotz wird Simulation im Sinne von ICD-

E. 4.6.3

Was Dr. G. _____

unter diesen

Gesichtspunkten ausführte, vermag indes nicht zu überzeugen.

Sonannte er als Auslöser der psychischen Beschwerden keine schwerwiegenden psychosozialen Belastungsfaktoren, traumatisierenden Ereignisse, gestörten Beziehungen oder unlösbaren und unerträglichen Konflikte (WHO, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], 10. Aufl. 2015, S. 212 f. und 233). Vielmehr stellte er sinngemäss fest, dass die Versicherte auf ein Einkommen angewiesen sei, aber eine Aversion gegen ihre frühere Tätigkeit

habe. Da der Vorbescheid der Invalidenversicherung negativ gewesen sei, hätten sich die Symptome weiter ausgeweitet. Dass das beschriebene «Dilemma»

gleich schwer wiegt, wie die aufgelisteten Kriterien gemäss ICD-10, ist zu bezweifeln. So zeigt die Erwerbsbiographie der Versicherten

eine langjährige Tätigkeit mit

zahlreichen Stellen- und Tätigkeitswechseln, einer Wiederaufnahme der Arbeit nach der ersten ablehnenden Rentenverfügung

und bis zuletzt guter Arbeitsleistung (vgl. Urk. 7/93/8 und 7/93/13) sowie mehrstündiger Präsenzzeit beim ersten, wenn auch therapeutischen Beschäftigungsversuch.

Zudem

rückte Dr. G. _____

vorwiegend Aspekte in den Vordergrund, die

höchstens

berücksichtigt werden können , soweit bereits

fachärztlich einwandfrei eine

Gesundheitsbeeinträchtigung diagnostiziert wurde, die also für sich genommen

keine Invalidität zu begründen vermögen : eine

Dekonditionierung und depressiv getönte Stimmungslage infolge unnötigen Schonverhaltens (vgl. Urk. 7/93/30),

eine kurze verbleibende Aktivitätsdauer (Urk. 7/93/40) ,

dysfunktionale Verarbeitungspychismen , die per se wenig bis keinen Störungswert aufweisen

(Urk. 7/93/30) , ein massgeblicher sekundärer Krankheitsgewinn in Form einer fortwährenden Entlastung durch die Angehörigen (Urk. 7/93/38) und eine von enormer Regression geprägte Persönlichkeit, ohne jedoch aktuell oder für die «Ursprungspersönlichkeit» die Diagnose eine Persönlichkeitsstörung im Sinne der ICD-10-Klassifikation ins Auge zu fassen (Urk. 7/93/37) .

Am Rande erwähnte er ferner die Gewichtszunahme und das Gewohnheitsrauchen (Urk. 7/93/39). 5.

E. 5

4.5.1

Damit ist

aus Sicht des Gerichts gleich vorweg festzuhalten, dass die stationäre Begutachtung durch Dr. G.____

im Vergleich zum C.____ -Gutachten keine wesentlichen neuen Erkenntnisse zu Tage förderte . Angesichts der erneut festgestellten massiven Aggravation war es offenbar wiederum nicht möglich, ein konkretes Beschwerdebild abzugrenzen bzw. zu objektivieren , das effektiv auf die diagnostizierten psychischen Störungen zurückzuführen war . Die Einschätzung der künftigen realisierbaren sowie in der Vergangenheit bestehenden Arbeitsfähigkeit entbehren hierbei einer nachvollziehbaren Erklärung . Entsprechend vage blieben die Formulierungen von Dr. G.____ , wo eine klare Stellungnahme im Hinblick auf eine lege artis gestellte Diagnose gefordert gewesen wäre. So erklärte er beispielsweise , die Versicherte sei einer Selbstinvalidisierung durch die Symptomausweitung [nur] «deutlich näher gekommen » , wobei die Ausfälle wohl [auch] nicht gänzlich irreversibel seien (vgl. E. 4.2 .4). Ferner musste er bei der Konsistenzprüfung einräumen , dass ein «eher wenig authentisches » Störungsbild vorliege, wobei das Aktivitätsniveau gleichwohl auf ein extrem tiefes Niveau abgesunken sei. Dabei werde ein hoher Leidensdruck zum Ausdruck gebracht, der im Einzelnen nicht nachzuempfinden sei (Urk. 7/93/38). 4.5.2

Konkret erhob Dr. G.____ sowohl im klinischen Untersuchung des Körperstatus als auch im Rahmen der Testpsychologie erhebliche Inkonsistenzen bzw. « nicht mit der psychischen Störung erklärbar »

Befunde . Zu erwähnen ist etwa der äusserst schwache Händedruck, der nicht vergleichbar war mit der Kraft, mit der sich die Versicherte an ihren Ehemann klammerte. In diesem

Zusammenhang sei auch ihre – trotz angeblich massiver Schmerzen – wenig rückschonende respektive kräfteraubende Gangart erwähnt. Weiter zeigte sie als Rechtshänderin vor allem einen grobschlägigen Schütteltremor des rechten Armes, der jedoch auf den linken übersprang, wenn sie mit der rechten Hand ein Glas Wasser zum Mund führte. Augenfällig bis krass normabweichend waren die Befunde beim Zahlennachsprechen (Anzahl und Ziffern an sich), bei der Benennung von Bildinhalten (eine Kuh wurde als « Säuli », ein Kirchturm als « grosse Flätsche », eine Postkutsche als « grosses Haus » etc. bezeichnet) oder den Leistungstests rechnerischer und geometrisch-zeichnerischer Art (10-2 = 2, Nachzeichnen einer Spirale mit eigenartigerweise stärkerem Tremor, je weiter die Windungen wurden). Auch gab die Versicherte gegenüber Dr. G. _____ an, es sei der 2. Februar 2013, obschon sie zuvor mit der serbischen Assistenzärztin darüber gesprochen hatte, dass Karfreitag sei. Nachdem zudem nie Symptome für Wahn oder Sinnestäuschung festgestellt worden waren, zeigte sie nun wiederholt Panik vor Spinnen und schwarzen Katzen, die vom Klinikpersonal nicht gesehen wurden (vgl. im Detail Urk. 7/93/14-22 und E. 4.2.1). 4.5.3

Hingegen wirkt die Versicherte beim praktischen Handeln, z.B. wenn sie aufstand, sich ankleiden wollte oder gewisse Utensilien wie Feuerzeug und Raucherwaren beschaffte, keineswegs desorganisiert und legte teilweise eine erstaunliche Geschicklichkeit an den Tag (vgl. Urk. 7/93/17 und 7/93/22). Ihr Schlaf schien – entgegen ihrer Beschwerdeschilderung (Urk. 7/93/12) – während des stationären Aufenthalts ungestört (vgl. im Detail Urk. 7/93/14-22). Zudem legte sich in der kurzen dreitägigen Arbeitstherapie der Tremor während der Arbeit und war zeitweise nicht mehr ersichtlich, so dass sie selbständig und ohne Hilfe eine gute Arbeitsleistung erbringen konnte. Ebenso verbesserte sich ihre Kommunikation von primär Gesten hin zu mehr und deutlicherem Sprechen und auch kurzen Sätzen (vgl. Urk. 7/93/26 f.). 4.5.4

Zweifelsohne überbetont wurde von der Versicherten der hohe Stellenwert von Arbeit in ihrem Leben. Diese gab unter anderem an, das normale Leben bestehe darin zu arbeiten, aber ihr jetziges Leben biete nichts davon. So sei sie wie eine Blume, welche kein Wasser bekomme, weshalb sie jetzt dann wohl auch ganz fertig sei (Urk. 7/93/11). Wenn sie gesund wäre, wäre es ihr völlig gleichgültig, was sie arbeiten würde, aber so gehe es nicht. Sie könne nicht einmal staubsagen. Ihr Ehemann habe extra ein kleines « Bäsli » angeschafft, mit dem sie zumindest ein bisschen Staub wischen könne (Urk. 7/93/12). Sie würde alles versuchen, was die [beruflichen] Fachleute von ihr verlangen würden, auch eine Berufsberatung, müsse dann aber doch dran denken, dass sie nicht einmal mehr selbständig baden könne. Im Sinne eines Schlusswortes erklärte sie nochmals, sich einfach nur bedanken und ausserdem möglichst eine Arbeit finden zu wollen (Urk. 7/93/24).

E. 5.1

Zusammenfassend ist somit nach dem C. _____ -Gutachten auch dem Gutachten von Dr. G. _____ nichts zu entnehmen, was eine schwere psychische Störung mit bestenfalls einer Leistungsfähigkeit von 20 % bis höchstens 40 %

in der freien Wirtschaft wahrscheinlicher erscheinen lassen würde als eine überwindbare, (vorwiegend bis ausschliesslich) bewusstseinsnahe Symptomatik. Dies muss umso mehr gelten, als der enge zeitliche Konnex des Leidensdrucks der Versicherten

zum Verwaltungsverfahren mehr als augenfällig ist, zumal sich die Symptomatik just bei der ersten Begutachtung 2 ½ Jahre nach dem Unfall veränderte und verschlechterte (vgl. E.

3.3.2) und just bis zur Durchführung der zweiten Begutachtung im April 2016 eine Psychiaterin aufgesucht wurde

(Urk. 7/93/13 ; ferner auch Urk. 7/113/2). In diesem Sinne ebenfalls a ufschlussreich, wenn auch nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens und daher nicht im Detail zu erörtern, ist das inzwischen von der Versicherten eingereichte Gesuch um Hilflosenent schädigung (Urk. 7/113). Darin gab sie als gesundheitliche Beeinträchtigung

Diabetes und Zittern an , die Schmerzen erwähnte sie nur am Rande. Dazu machte sie aktenwidrige

Angaben zum Beginn der behaupteten Notwendigkeit einer dau ernden persönlichen Überwachung und vollständigen Hilflosigkeit in sämtlichen alltäglichen Verrichtungen .

E. 5.2

Da infolge der in beiden Gutachten erstellten erheblichen A ggravation kein sozialversicherungsrechtlich massgebender Gesundheitsschaden ausgew iesen werden konnte (BGE 141 V 281 E. 2.2; 131 V 49 E. 1.2), entfällt eine Prüfung der Standardindikatoren nach BGE 141 V 285 und es ist von einer vollen Arbeits fähigkeit in einer den geringfügigen somatischen Leiden angepassten Tätigkeit (vgl. Urk. 7/39/4 und 7/63/22) auszugehen

(z . B . Urteile des Bundesge richts 9C_393/2017 vom 20 . September 2017 E. 5.5 und 9C_154/2016 vom 1 9. Oktober 2016 E. 5.3. 2) . Auf eine konkrete Invaliditätsbemessung kann ver zichtet werden , da ohne weiteres davon auszugehen ist, dass die Versicherte so mit einen Verdienst im Umfang wi e vor dem Unfall erwirtschaften (Urk. 7/38 , 7/36/9 ff., 7/36/28 ff., 7/36/49 ff.) und den Haushalt ohne massgebliche Ein schränkun gen führen kann.

E. 5.3

D er Vollständigkeit halber sei zur Argumentation der Beschwerdeführerin ange fügt, dass das Bundesgericht im Urteil 8C_604/2017 vom 1 5. März 2018 E. 3.2 (mit diversen Hinweisen) einmal mehr wiederholte, es liege rechtsprechungs gemäss keineswegs allein in der Zuständigkeit der mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztpersonen , selber abschliessend und für die rechts anwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führ e (BGE 140 V 193

E. 3.1). Darum k önne « aus rechtlicher Sicht von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit abgewichen werden, ohne dass sie ihren Beweiswert ver löre ». Darin lieg e weder eine Geringschätzung der ärztlichen Beurteilung noch eine gerichtliche Kompetenzanmassung, sondern es sei notwendige Folge des rein juristischen Charakters der sozialversicherungsrechtlichen Begriffe von Arbeits-/Erw erbsunfähigkeit und Invalidität .

Ohnehin liesse sich vorliegend auch aus der Ressourcenprüfung von Dr. G. ___ nichts zu Gunsten der Versicherten ableiten. Wie bereits erwähnt (v gl. E. 4.5.1) , hielt auch er fest , dass ein «eher wenig authentisches » Störungsbild vorliege und der zum Ausdruck gebrachte hohe Leidensdruck im Einzelnen nicht nachzuemp finden sei.

Eine Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-Klassifikation diagnostizierte er nicht (vgl. E. 4.6.3).

Im Übrigen wurde die Therapie im C.____-Gutachten als ungenügend erachtet und die Versicherte seither nicht längerfristig intensiv oder mit aktivierenden Massnahmen behandelt (vgl. Urk. 7/72). Weshalb Dr. G.____ auf eine dreimonatige stationäre Hospitalisation in der psychiatrischen Klinik D.____ schloss (Urk. 7/93/6), obschon im Austrittsbericht eine solche vom 5. bis 24. November 2014 angegeben wurde (Urk. 7/72/1), ist nicht ersichtlich. Im Übrigen nahm die Gesprächsfrequenz der ambulanten Psychotherapie ab (Urk. 7/93/13) und der Medikamentenspiegel unter- und oberhalb des therapeutischen Referenzbereiches spricht gegen eine zielführende Einnahme von Psychopharmaka (Urk. 7/93/25). Damit lässt sich keine massive Arbeitsunfähigkeit auf Grund psychischer Beschwerden mit erheblichem Leidensdruck plausibilisieren.

Die Folgen dieser Beweislosigkeit wären

im vorinstanzlichen Neuanmeldungsverfahren zu Lasten der

Versicherten gegangen, welche die Neuanmeldung ein gereicht hatte. Dieselbe Beweissituation gilt nun für die Beschwerdeführerin, die selbständig gegen die Verfügung der IV-Stelle Beschwerde erhoben hat (Art. 8 ZGB; Urteil des Bundesgerichts 9C_210/2011 vom 21. April 2011 E. 2.1 mit Hinweisen). 6.

Nach dem vorstehend Gesagten ist also nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit der angefochtenen Verfügung einen Rentenanspruch der Versicherten erneut verneinte. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. 7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.– bis Fr. 1'000.– festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind auf Fr. 800.– festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin, um deren Vermögensinteresse es geht, aufzuerlegen. Die Versicherte hat sich am Verfahren nicht beteiligt, weshalb sie nicht kostenpflichtig wird. Das Gericht erkennt:

E. 8

des Schweizerischen Zivilgesetzbuches, ZGB) hat die versicherte Person die invalidisierenden Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen.

Gelingt dieser Nachweis nicht, verfügt sie über keinen Leistungsanspruch. Mit anderen Worten wird bei Beweislosigkeit vermutet, dass sich der geklagte Gesundheitsschaden nicht invalidisierend auswirkt: Vermutet wird Validität, nicht Invalidität (BGE 139 V 547 E. 8.1 und E. 9.4; BGE 140 V 290 E. 3.3.1). Dass ein invalidisierender Gesundheitsschaden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann und damit theoretisch in unbestimmtem Umfang

möglich ist, berechtigt also grundsätzlich nicht zum Rentenbezug. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann gemäss Bundesgericht nur relevant sein, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_897/2015 vom 15. Januar 2016 E.3.2.1 mit Hinweis auf BGE 130 V 396).

E. 10

: Z76.5 generell als abzuklärender Ausschlussgrund für dissoziative Störung nach ICD-10: F44 genannt. Die Entscheidung hänge von der genauen Beobachtung und vom Verständnis der Persönlichkeit des Patienten ab, den auslösenden Umständen bei Beginn der Störung und den Folgen der Gesundheit verglichen mit der ständigen Behinderung (WHO, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], 10. Aufl. 2015, S. 214 und 221).

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