

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00559 vom 8. Mai 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-05-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00559

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00559 du 8 mai 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00559 del 8 maggio 2022

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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 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. 1.3

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

E. 1.4

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu

machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrad es auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (Urteil des Bundesgerichts 9C_351/2020 vom 21. September 2020 E. 3.1, insbesondere mit Hinweis auf BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.5

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen).

E. 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den Antrag auf Abweisung des Leistungsbegehrens der Beschwerdeführerin am 21. Oktober 2021 damit, dass das Gerichtsgutachten im Ergebnis die Expertise der Z.____ vom 16. Mai 2018 (vgl. Urk. 2/7/76) bestätige. Aus somatischer Sicht sei der Beschwerdeführerin eine angepasste Tätigkeit uneingeschränkt zumutbar. Bei der gerichtlichen Begutachtung verunmöglichten – wie schon in der Vorbegutachtung – zahlreiche Inkonsistenzen in den Symptomschilderungen, dem Verhalten, der klinischen Beobachtung sowie die auffällige Beschwerdevalidierung die Beurteilung von etwaigen Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Gemäss dem Gerichtsgutachten könne auch von einer weiteren Begutachtung oder der Beobachtung in einem stationären Aufenthalt keine bessere Beurteilbarkeit erwartet werden (Urk. 28 S. 1). Vorliegend seien gesundheitlich bedingte Leistungseinschränkungen nicht nachweisbar, wobei die versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit trage, wenn es ihr – unter Einbezug der im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes gebotenen Abklärungen des Versicherungsträgers respektive des Sozialversicherungsgerichts – nicht gelinge, den geklagten Gesundheitsschaden und dessen invalidisierenden Auswirkungen nachzuweisen (S. 2). 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 30), dass bei Betrachtung aller vorliegenden medizinischen Akten – inklusive Medas-Gutachten – alles dafür spreche, dass bei ihr keine umsetzbare Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt existiere (S. 4 f. Ziff. 4). Dabei sei zu berücksichtigen, dass die Medas-Experten bewusst nicht behaupteten, die Inkonsistenzen seien durch Aggravation zu erklären (S. 5 Ziff. 5, vgl. auch S. 7 f. Ziff. 10 f.). Die Gutachter hätten nicht genügend berücksichtigt, dass die histrionischen Anteile der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin in hohem Grade dafür verantwortlich seien, dass sie ihre Leiden überzeichne (S. 8 Ziff. 12). Die

Medas-Expertise weise ein wesentliches Manko auf, da die Gutachter mit keinem Wort die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung diskutierten, dies obwohl eine solche Störung im Z.____-Gutachten als einzig gesicherte Diagnose genannt worden sei (S. 5 ff. Ziff. 6 ff.).

Aufgrund der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), der anhaltenden depressiven Störung, des sozialen Rückzugs, des hohen Chronifizierungsgrades, der kombinierten Persönlichkeitsstörung und des therapieresistenten Verlaufs der bisherigen Behandlung lägen klare Hinweise für das Vorliegen einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit vor (S. 9 f. Ziff. 14 f.).

Im Zusammenhang mit dem Eventualantrag führte die Beschwerdeführerin aus, es könne nicht auf das Medas-Gutachten abgestellt werden, da sich die Experten bewusst nicht zu den Auswirkungen der gestellten Diagnosen geäußert hätten. Ein Antrag auf Einholung eines weiteren Gutachtens erübrige sich, da sich die komplexe Erkrankung der Beschwerdeführerin der Analyse in einer einmaligen Exploration entziehe (S. 10 Ziff. 17). Weitere Abklärungen in Form eines stationären Aufenthalts oder einer praktischen Arbeitserprobung in einem geschützten Rahmen würden demgegenüber gesicherte Aufschlüsse über die bestehenden Inkonsistenzen ergeben (S. 11 ff. Ziff. 20 ff.). Da mit sei im vorliegenden Fall eine rechtsgenügende Beurteilung durch weitere Abklärungen noch

möglich, weshalb der Schluss auf Beweislosigkeit nicht zulässig sei (S. 13 ff. Ziff. 25 ff.). In ihrer Eingabe vom 17. Januar 2022 (Urk. 33) wies die Beschwerdeführerin unter anderem auf die hohen Hürden für die Annahme einer Beweislosigkeit hin (S. 4 Ziff. 5). Im Weiteren führte sie aus , dass gemäss dem

Medas -Gutachten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine persistierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege (S. 5 f. Ziff. 9 ff.) . 2.3

Unbestritten ist vorliegend, dass die Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht in einer körperlich leichten und vorwiegend sitzenden Tätigkeit in der Nähe zu einer Toilette voll arbeitsfähig ist (Urk. 23A S. 32) . Diese Einschätzung deckt sich mit der Beurteilung durch die Medas -Gutachter, deren Ausführungen in dieser Hinsicht allesamt nachvollziehbar und plausibel sind. Von internistisch-rheumatologischer Seite wurden in der Medas -Expertise multiple, rezidivierende und inzwischen verheilte Stressfrakturen (Tibia rechts distale Epiphyse, Tibia

Calcanei rechts, Mittel- und Vorfuss links) sowie eine Osteopenie erwähnt (Urk. 23A S. 29).

Der begutachtende Urologe diagnostizierte eine neurogene Harnblasenfunktionsstörung und attestierte eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, so fern für die Beschwerdeführerin ein relativ rascher und unkomplizierter Zugang zu einer Toilette besteht (Urk. 23C S. 3 f.). Die neurologische Expertin ging von einer episodischen Migräne ohne Aura, einer neurogenen Harnblasen- und Darm funktionsstörung, einem chronischen Schmerzsyndrom sowie anamnestisch von einem Somnambulismus aus, wobei sie das Vorliegen klinisch und bildgebend objektivierter Befunde zur Begründung einer relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verneinte (Urk. 23E S. 6, S. 10). Der Gastroenterologe stellte die Diagnose einer anamnestischen Stuhlinkontinenz IV und ging in einer körperlich leichten Arbeit in der Nähe einer Toilette, zu welcher die Beschwerdeführerin un mittelbar und uneingeschränkt Zugang hat, von einer vollen Arbeitsfähigkeit aus (Urk. 23F S. 3f.).

Unbestritten blieb auch der

von den neuro psychologischen Expertinnen gestellte Befund einer unplausiblen und inkonsistenten Symptom produktion vor dem Hintergrund einer ungenügenden Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft sowie einer Symptomverdeutlichung, was dazu führte, dass keine Angaben über die tatsächliche kognitive Leistungsfähigkeit gemacht werden konnte (Urk. 23D S. 7 f.). Auch diese Beurteilung ist schlüssig und überzeugend.

Demgegenüber beanstandete die Beschwerdeführerin das psychiatrische Medas -Gutachten, da sich die Expertin nicht mit der Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung auseinandergesetzt und nicht genügend berücksichtigt habe, dass die Inkonsistenzen in den Angaben der Beschwerdeführerin wesentlich auf die histrionischen Anteile ihrer Persönlichkeit zurückzuführen seien (Urk. 30 S. 5 Ziff. 6, S. 8 Ziff. 12).

Streitig und zu prüfen ist damit, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in psychischer Sicht revisionsrelevant verschlechtert hat, so dass ihr nunmehr ein Anspruch auf eine Invalidenrente zu steht.

E. 3

Das Sozialversicherungsgericht holte in der Folge bei der MEDAS Y.____ (Medas) ein polydisziplinäres Gutachten (Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Gastroenterologie,

Neurologie, Urologie und Neuropsychologie) ein. Die Medas erstattete die Expertise am 22. September 2021 (Urk. 23 A),

wozu den Parteien mit Verfügung vom 28. September 2021 (Urk. 25) das rechtliche Gehör gewährt wurde. Mit Eingabe vom 21. Oktober 2021 (Urk. 28) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung des Leistungsbegehrens der Beschwerdeführerin (S. 2) . Letztere äusserte

sich am 17. November 2021 (Urk. 30) zum Gerichtsgutachten und teilte mit, dass sie an den Anträgen in der Beschwerde vom 19. Juni 2019

betreffend Zusprache

einer R ente und Gewährung der unentgeltlichen Prozess führung festhalte. Im Weiteren stellte sie den Eventualantrag, es seien durch das Gericht weitere Abklärungen in Form eines stationären Aufenthalts oder einer Arbeitserprobung zu veranlassen, um gestützt darauf ein Urteil zu fällen. Sub eventuell sei das Verfahren zu sistieren und an die Beschwerdegegnerin zurück zuweisen, um weitere Abklärungen zu tätigen, und es sei erst nach Eingang der Ergebnisse das neue Urteil zu fällen (S. 2). Am 17. Januar 2022 (Urk. 33) nahm die Beschwerdeführerin Stellung zur Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 21. Oktober 2021 (Urk. 28), wobei sie an ihren bisherigen Anträgen festhielt (Urk. 33 S. 2). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 20. Januar 2022 (Urk. 34) und 17. Februar 2022 (Urk. 36) auf eine Stellungnahme zu den Eingaben der Beschwerdeführerin vom 17. November 2021 (Urk. 30) und 17. Januar 2022 (Urk. 33) . Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Die gerichtlich bestellten Medas -Gutachter Dr. med. A.____ , Allgemeine Innere Medizin FMH, Dr. med. B.____ , Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Dr. med. C.____ , Urologie FMH, Dr. med. D.____ , Gastroenterologie FMH, Dr. med . E.____ , Allgemeine Innere Medizin FMH, Dr. med. F.____ , Neur ologie FMH sowie lic . phil. G.____ ,

Fachpsych o login für Neuropsychologie FSP, stellten in ihrer Konsens beurteilung vom 22. September 2021 (Urk. 23 A S. 1-35) folgende Diagnosen (S. 22 f.) : - PTBS (ICD-10 F43.1) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig nicht quantifizierbares Aus mass (ICD-10 F33.XX) - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und histrionischen Anteilen (ICD-10 F61.0) - neurogene Harnblasenfunktionsstörung bei inkompletter Pudendus -Läsion bei Status nach Spontangeburt des dritten Kindes 2004 - Harnblasenentleerung willkürlich per Urethram - i ntermittierende tropfenweise Urininkontinenz - Video- Urodynamik Januar 2017: hypokapazitive, hypersensitive und über aktive Harnblase mit Detrusor -Sphinkter- Dyssynergie - Status nach erfolglosem Therapieversuch mit Toviaz 8 mg 2017 - Status nach Botox-Injektion in den Detrusor August 2017 und November 2017 mit Verschwinden der Urini nkontinenz (nur vorübergehende Wirkung) - Status nach Versuch einer sakralen Neuromodulation März 2018 (akten anamnestisch therapeutisch wirksam, jedoch Abbruch wegen Infekt der Elektroden) - MRI- Schädel 2 2. November 2018: einz e l ne Läsionen am Corpus des linken Seitenventrikels und strichförmige Läsion in der optischen Radiatio links; MRI-Hals-/Brust-/Lendenwirbelsäule 27. November 2018: keine demyelinisierende oder KM-affine Läsion des Rückenmarks, keine signifikanten degenerativen Veränderungen des Achsenskeletts. - anamnestisch Stuhlinkontinenz IV (CCS-Inkontinenz-Score) - episodische Migräne ohne Aura - anamnestisch Somnambulismus - Status nach multiplen

Stressfrakturen Mitte-/ Vorfuss beidseits (ED 2018) und Tibia rechts distale Epiphyse (ED 07/2018) - osteodensitometrisch

Osteopenie (DXA 08/2018) - Status nach Lungenembolie mit Lungeninfarkt 2019 - bei Thrombophlebitis Ober- und Unterschenkel rechts - Dauerantikoagulation bei anhaltenden Risikofaktoren (Raucherin, hormonelle Antikonzeption, Varicose), Status nach Immobilisation - unklare Leistungsintoleranz (Spiro-Ergometrie 04/2021 : keine pulmonal-ventilatorische Limitationen) - Asthma bronchiale, Erstmanifestation zirka 2000 (ED in Deutschland) - unter mittelhochdosierter Therapie mit Symbicort 200/6 keine Obstruktion und keine belastungsinduzierte Bronchialkonstriktion nachweisbar (22. April 2021) - Panvertebralsyndrom - polymorphe Mikrokalkgruppe Mamma links - neuropsychologisch nicht plausible und inkonsistente Symptomproduktion vor dem Hintergrund einer ungenügenden Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft sowie Symptomverdeutlichung

Die Experten führten aus, dass sich bei nahezu sämtlichen Teil-Gutachten Inkonsistenzen gezeigt hätten. Es hätten eine ungenügende Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft sowie eine Symptomverdeutlichung erhoben werden können. Diese Faktoren könnten teilweise durch die vorliegende histrionische Persönlichkeitsstörung erklärt werden. Zu welchen Teilen dieses Bewusstseinsnah oder krankheitsbedingt zu bewerten sei, könne nicht festgelegt werden (S. 30).

Im Weiteren hielten die Gutachter fest, dass die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit nicht abschliessend beurteilbar sei (S. 30).

Betreffend Veränderung des Gesundheitszustands seit November 2011 führten die Experten aus, dass aufgrund der inkonsistenten Angaben bei nahezu allen Teilgutachtern und der Tatsache, dass der Mensch stets Veränderungen unterworfen sei, keine eindeutige Aussage gemacht werden könne (S. 31).

Im Weiteren wurde festgehalten, dass viele Widersprüche im Ausmass der Beschwerden, der Schweregrade der Diagnosen und somit der Plausibilität und Konsistenz des vorliegenden polydisziplinären Gutachtens und der voraus gegangenen polydisziplinären Expertisen in einem nicht unerheblichen Umfang auf die inkonsistenten Angaben der Beschwerdeführerin zurückzuführen seien. Ausgehend von 2011 lägen von somatischer Seite eindeutige Befunde und Diagnosen vor, wobei der Schweregrad aufgrund der anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin mit grosser Sicherheit Verfälschungen unterliege. Es lasse sich auch feststellen, dass rein von somatischer Seite bei entsprechender intrinsischer Motivation und einem angepassten Arbeitsplatz (leichte körperliche, primär sitzende Tätigkeit in der Nähe einer Toilette) eine volle Arbeitsfähigkeit vorliegen würde. Von psychiatrischer Seite bestehe eine Komorbidität mit einer PTBS, einer rezidivierenden depressiven Störung und einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und histrionischen Anteilen. Aufgrund des zeitlichen Verlaufs (Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter) und der Definition gemäss ICD-10 (Manifestation von Persönlichkeitsstörungen in der Adoleszenz) hätten im Jahr 2011 eine PTBS und Persönlichkeitsstörung vorgelegen.

Aufgrund der Inkonsistenzen und dem gleichzeitigen Vorliegen einer histrionischen Persönlichkeitsstörung sei eine klare Abgrenzung von einer Aggravation nicht möglich. Aus psychiatrischer und neuropsychologischer Sicht könnten keine abschliessenden Aussagen zum Schweregrad der Diagnosen und zur Leistungsfähigkeit gemacht werden. Dies werde auch nicht durch weitere Gutachten gelingen. Eine histrionische

Persönlichkeitsstörung benötige ein «Publikum» respektive ein soziales Umfeld. Das bedeute, dass selbst durch eine stationäre Hospitalisation, wo sich ein «Publikum» mit Patienten und medizinischem Personal finde, kaum eine Voraussetzung geschaffen werde, um das tatsächlich vorliegende Funktionsniveau zu eruieren. Die Beschwerdeführerin sei fixiert in ihrer Opferrolle, wobei ein chronifiziertes Zustandsbild vorliege. Sie sei – soweit beurteilbar – primär Opfer ihrer erlebten und konstruierten Lebensgeschichte sowie fehlenden Lebensperspektive, so dass hier erhebliche bewusstseinsnahe Anstrengungen vermutet werden müssten, um einen tertiären Krankheitsgewinn zu erzielen (S. 32 f.).

E. 3.2

Die psychiatrische Medizinerin -Gutachterin

Dr. B.____ führte in ihrem Teilgutachten vom 12. Juli 2021 (Urk. 23B) aus, dass sich das in der Untersuchung präsentierte Verhalten der Beschwerdeführerin teilweise kongruent zu den Aussagen, teilweise irritierend und widersprüchlich präsentiert habe. Die Angaben über die Traumatisierungen in der Kindheit/Jugendzeit seien in den Akten konsistent und entsprächen vollständig den Schilderungen der Beschwerdeführerin während der Begutachtung. Andere Angaben seien indes teilweise

widersprüchlich und un differenziert. Die Aussagen

betreffend immerwährende Niedergeschlagenheit und Ängste sowie gänzlich fehlende Stimmungsaufhellung passten nicht zur Schwingungsfähigkeit der Beschwerdeführerin, welche sofort aufgehellt wirke, wenn sie von ihren Kindern, Rosen oder sonstigen Freude bringenden Dingen berichte. Bei belastenden Schilderungen sei der Leidensdruck zwar ersichtlich, jedoch nicht in dem Ausmass spürbar, welchen sie verbal ausdrücke. Es sei eine Verdeutlichungstendenz anzunehmen und eine Aggravation könne nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Die Beschwerdeführerin sei im Gespräch stimmungsmässig sehr wechselhaft von lebhaft, läppisch-theatralisch bis hin zu niedergeschlagen gewesen. Sie habe ihre Stimmungslage sowohl von «eher zu friedlich und humorvoll» in «traurig und deprimiert» wechseln können, als auch umgekehrt. Sowohl das «überschwänglich humorvolle» als auch das «zutiefst betübte» Verhalten hätten einen aufgesetzten, eher theatralischen Eindruck gemacht (S. 6 f.).

Im Weiteren hielt die psychiatrische Expertin fest, dass am Vorhandensein der Risikofaktoren, welche eine PTBS begünstigten, keine Zweifel beständen. Das Ausmass der Beschwerden entspreche indes nicht dem klinischen Eindruck, was einem defizitorientierten Denken entsprechen könnte. Zudem könnte dies durch die histrionischen Züge der Beschwerdeführerin erklärt werden und letztlich könne auch eine Verdeutlichung bis hin zur Aggravation nicht ausgeschlossen werden. Der behandelnde Psychiater erachte sodann die Beschwerdeführerin insgesamt als deutlich stabiler als noch vor einigen Jahren, was auch das Ausmass der PTBS reduzieren könne. Ungeachtet der Berücksichtigung dieser Aspekte erachte Dr. B.____ die Diagnose einer komplexen PTBS als gegeben und massgeblich beteiligt an den Ängsten und Konzentrationsschwierigkeiten (S. 11).

Betreffend Depression führte die Gutachterin aus, dass die entsprechenden Beschreibungen der Beschwerdeführerin zu inkonsistent seien und nicht dem klinischen Eindruck entsprächen. Da das Risiko, an einer Depression zu erkranken, für traumatisierte Personen deutlich erhöht sei, die Expertin von einer Traumafolgestörung ausgehe und depressive Symptome auch den Akten zu entnehmen seien, sei davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin rezidivierende depressive Störungen vorlägen. Unter den gegebenen

Umständen sei es nicht möglich, die Depression zu quantifizieren. Mit an Sicherheit grenzen der Wahrscheinlichkeit könne jedoch eine schwere Episode ausgeschlossen werden. Selbst für eine mittelgradige Episode sei die Schwingungsfähigkeit besser als dies normale rweise zu erwarten wäre (S. 12).

Im Zusammenhang mit einer Panikstörung und generalisierten Angststörung hielt die Expertin fest, dass Panikattacken nach 30 Minuten selbstlimitierend seien und – entgegen den Angaben der Beschwerdeführerin – sehr selten über mehrere Stunden andauerten, wobei eine über Tage anhaltende Attacke aus psychiatrischer Sicht nicht erklärbar sei. Aufgrund der Aussage des behandelnden Psychiaters könne davon ausgegangen werden, dass entsprechende Angststörungen vorgelegen hätten, wobei auch dieser der Meinung sei, dass sich die Situation verbessert habe und die Symptomatik regredient sei. Im Zeitpunkt der Exploration seien die Angstzustände (beispielsweise existentielle Sorgen) gut nachvollziehbar, die Kriterien einer Angststörung (weder generalisiert noch Panikattacke) seien indes nicht erfüllt. Angst gehöre ebenfalls zu häufigen Traumafolgestörungen, weshalb davon auszugehen sei, dass diese Symptome im Rahmen der PTBS erklärt und aktuell nicht als eigenständige Störung gewertet werden könnten (S. 12).

Eine wie im Z.____-Gutachten postulierte emotional instabile Persönlichkeitsstörung liege nicht vor. Eine solche kennzeichne sich durch häufige Konflikte mit anderen Menschen und durch streitsüchtiges Verhalten. Der Anamnese der Beschwerdeführerin könne dies nicht entnommen werden, da sie eher über angepasst habe sein müssen, um Gewalttätigkeiten zu vermeiden. Sie zeige in der Exploration indes ein deutlich theatralisches Verhalten. Da Personen mit histrionischen Anteilen ihr ganzes Sein dramatisieren und katastrophisieren könnten, sei damit auch ein Teil der erwähnten Inkonsistenzen erklärbar. Aufgrund von Anamnese und Explorationsbefunden könnten weder die Kriterien einer emotional instabilen noch einer histrionischen Persönlichkeitsstörung vollständig erfüllt werden, weshalb von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und histrionischen Anteilen ausgegangen werden könne (S. 13).

Die Gutachterin verneinte schliesslich das Vorliegen einer hyperkinetischen Störung, da der Anamnese der Beschwerdeführerin in der Kindheit und Jugendzeit keine eindeutige Hyperaktivität entnommen werden könne (S. 13).

Dr. B.____ führte im Weiteren aus, dass es die Inkonsistenzen in den Symptom schildern, im Verhalten und in der klinischen Beobachtung sowie eine auf fällige Beschwerdevalidierung unmöglich machten, zu den Einschränkungen der Partizipationsfähigkeit Stellung zu nehmen (S. 14).

Das aktuelle Ausmass der Störung könne nicht genau eruiert werden, weshalb es nicht möglich sei, eine Prognose zu machen. Die Beschwerdeführerin zeige indes einen über Jahre chronifizierten Verlauf, weshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit einer persistierenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen sei (S. 14).

Die Beschwerdeführerin habe durch das Erscheinungsbild und das nonverbale Verhalten in Kombination mit den Schildern ihrer Einschränkungen mehrere Inkonsistenzen aufgezeigt. Eine Aussage über das Ausmass des eigentlichen Leidens könne deshalb nicht gemacht werden. Als konsistent könnten die Angaben betreffend Kindheitstraumatisierungen angenommen werden, ansonsten ergäben sich Hinweise für

eine Verdeutlichungstendenz. Ob dies im Rahmen der Persönlichkeitsstörung unbewusst erfolgt oder ob eine Aggravation besteht, könne aufgrund des vorliegenden Gutachtens nicht abschliessend beurteilt werden (S. 14 f.).

Unter dem Titel Arbeitsfähigkeit hielt die Gutachterin fest, dass Personen mit Traumafolge- und Persönlichkeitsstörungen häufig weniger belastbar seien als gesunde Menschen. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit müsse auch bei der Beschwerdeführerin von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Um eine genaue Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu machen, müssten die Einschränkungen der Partizipationsfähigkeit eruiert werden, was hier aufgrund der zu grossen Inkonsistenzen nicht möglich sei. Unter den gegebenen Umständen könnten auch keine rückblickenden Angaben gemacht werden. Um eine Aussage betreffend bestehende Arbeitsfähigkeit machen zu können, müsste eine längere Beobachtungsphase vorliegen. Dies könnte im Rahmen eines stationären Aufenthaltes erfolgen und mit einem therapeutischen Auftrag verbunden werden (S. 15).

Da es aufgrund der Exploration nicht möglich sei, eine Aussage betreffend den Gesundheitszustand zu machen, könnten auch Veränderungen nicht nachvollzogen werden. Persönlichkeitsstörungen entstünden indes nicht erst im Erwachsenenalter, sondern hätten ihren Ursprung in der Jugendzeit, so dass davon ausgegangen werden könne, dass eine solche Störung bereits im Jahre 2011 vorgelegen habe. PTBS könnten – auch wenn sie ihren Ursprung in der Kindheit hätten – über Jahre bis Jahrzehnte kompensiert sein und keine Einschränkungen verursachen. Im Gutachten von 2011 sei keine entsprechende Diagnose gestellt worden. Dies könne daran liegen, dass die Exploration nicht sorgfältig genug gemacht worden sei oder die Symptome damals kompensiert gewesen seien und entsprechend keine Diagnose gerechtfertigt gewesen sei (S. 17).

Die Gutachterin hielt weiter fest, dass es aufgrund von zahlreichen Inkonsistenzen in Bezug auf Aussagen, Verhalten und Symptombeschreibungen der Beschwerdeführerin nicht möglich sei, das Ausmass der Depression und der Einschränkungen durch die PTBS zu quantifizieren. Somit könne aufgrund der Exploration am 29. Juni 2021 keine Aussage über die Einschränkungen der Partizipationsfähigkeit gemacht werden und es sei nicht möglich, den Verlauf zu beurteilen. Dies entspreche der gleichen Situation wie bereits im Z.____-Gutachten vom 16. Mai 2018. Sinnvollerweise sollte die Beurteilung während eines mehrwöchigen Klinikaufenthalts in einer spezialisierten Institution erfolgen. Dies würde einen längeren Beobachtungszeitraum ergeben und Einschränkungen im Alltag könnten somit objektiviert werden (S. 18, vgl. auch S. 20).

E. 4.1

Wie das Medas-Gutachten vom 22. September 2021 (Urk. 23A) insgesamt entspricht auch das psychiatrische Teilgutachten vom 12. Juli 2021 (Urk. 23B; vgl. E. 3.1 f.)

den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise.

So ist es für die streitigen Belange umfassend, gibt insbesondere Antwort auf die Frage nach dem psychischen Gesundheitszustand und äussert sich zur verbleibenden Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin.

Das psychiatrische Teilgutachten

beruht auf den notwendigen psychiatrischen

Untersuchungen und Dr. B.____ berücksichtigte detailliert die geklagten Beschwerden und setzte sich mit diesen

auseinander (Urk. 23B S. 4 ff., S. 10 ff.). Die Expertise wurde sodann in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben, wobei sich die psychiatrische Gutachterin zur Krankheitsentwicklung äusserte und Bezug auf die medizinischen Vorakten nahm (Urk. 23B S. 11 ff.).

1

ff. in Verbindung mit Urk. 23A S. 3 ff.). Auch wurde die Einschätzung des behandelnden Psychiaters, Dr. med. H.____, Psychiatrie und Psychotherapie, im Rahmen der Fremdanamnese erhoben (Urk. 23B S. 9 ff.). Die Expertin schälte insbesondere die Inkonsistenzen zwischen den geschilderten Beschwerden und den objektiven Befunden respektive dem teilweise gezeigten Verhalten der Beschwerdeführerin heraus und würdigte diese in einleuchtender Weise

(Urk. 23B S.

6 ff., S. 11 ff.).

Sie kommentierte zudem abweichende Einschätzungen anderer Arztpersonen und würdigte diese nachvollziehbar (S. 13).

Schliesslich leuchtet die Expertise in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen im Gutachten sind begründet.

In diesem Sinne diagnostizierte Dr. B.____ aus psychiatrischer Sicht in nachvollziehbarer Weise eine PTBS, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig nicht quantifizierbares Ausmass, sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und histrionischen Anteilen (Urk. 23B S. 10), wobei es aufgrund zahlreicher Inkonsistenzen in den Angaben, dem Verhalten und der Symptombeschreibung der Beschwerdeführerin nicht möglich war, das Ausmass der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu benennen (S. 15, S. 17 ff.).

Die Expertise erfüllt demnach die praxisgemässen Kriterien an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens (BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c), weshalb für die Entscheidungsfindung darauf abzustellen ist.

E. 4.2

An dieser Beurteilung vermag der Hinweis der Beschwerdeführerin, aufgrund des Medas-Gutachtens sei – im Einklang mit der Auffassung des behandelnden Psychiaters – von einer fehlenden Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt auszugehen (Urk. 30, S. 4 Ziff. 4; Urk. 33 S. 5 Ziff. 9 ff.), nichts zu ändern. In den von der Beschwerdeführerin wiedergegebenen Textstellen

des Medas-Gutachtens ist zwar

namentlich von einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit einer (persistierenden) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit die Rede, was indes nichts daran ändert, dass die Medas-Experten in nachvollziehbarer Weise keine abschliessende Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin vornehmen konnten (Urk. 23A S. 32 ff.; Urk. 23B S. 15, S. 18 ff.).

Gleichermassen geht der Einwand der Beschwerdeführerin, die psychiatrische Expertin habe das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung nicht diskutiert, obwohl die Z.____-Gutachter im Jahre 2018 eine solche als einzig gesicherte Diagnose betrachteten (Urk. 30 S. 5 f. Ziff. 6; vgl. auch Urk. 2/7/76/3-22 S. 12 f.), ins Leere. Die Z.____-Expertise vom 16. Mai 2018 lag Dr. B.____ im Rahmen der zu beurteilenden Begutachtung vor, nahm sie doch bei der Begründung der für sie relevanten Diagnosen ausdrücklich Bezug darauf (Urk. 23B S. 13; vgl. auch Urk. 23A S. 5). Sodann kommt es im Rahmen der Invaliditätsbemessung grundsätzlich nicht auf die Art der Diagnose, sondern einzig darauf an, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat. Massgebend ist der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik (Urteil des Bundesgerichts 9C_361/2016 vom 22. August 2016 E. 4.2.1).

Im Zusammenhang mit den Vorbringen der Beschwerdeführerin betreffend Aggravation (Urk. 30 S. 6 f. Ziff. 7 ff., Urk. 33 S. 6 f. Ziff. 10 f.) ist zu berücksichtigen, dass die Medas-Gutachter nicht von einer solchen ausgingen, sondern die diesbezügliche Frage im Rahmen der Begutachtung nicht abschliessend beurteilen konnten (Urk. 23A S. 30, S. 33; Urk. 23B S. 15).

Was den Hinweis der Beschwerdeführerin auf ein Telefongespräch ihrer Rechtsvertreterin mit Dr. H.____

vom 10. November 2021 angeht (Urk. 30 S. 9 Ziff. 13), ist festzuhalten, dass kein entsprechender Bericht des behandelnden Arztes vorliegt. Die von Dr. H.____ postulierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit wurde sodann nur rudimentär begründet. Abgesehen von der im Rahmen der Beweiswürdigung zu berücksichtigenden Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte und Ärztinnen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc), hat Dr. H.____ im Rahmen der Fremdanamnese ausgeführt, dass sich die Befundlage verbessert habe und eine Stabilisierung eingetreten sei. Er wisse nicht, weshalb die Beschwerdeführerin an gebe, dass es ihr seit Oktober 2020 schlechter gehe; er könne dies nicht bestätigen (Urk. 23B S. 9 Mitte). Die Beschwerdeführerin habe einen gewissen Hang zu histrionischem Verhalten, weshalb es durchaus zu Inkonsistenzen zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung kommen könne. Vor diesem Hintergrund ist da von auszugehen, dass Dr. H.____s Einschätzung, dass die Beschwerdeführerin auf dem ersten Arbeitsmarkt vollständig arbeitsunfähig sei, deren eigene Wahrnehmung widerspiegelt.

Aufgrund der von ihm beschriebenen Befundlage ist eine vollständige Arbeitsunfähigkeit jedenfalls ohne differenzierte Begründung nicht nachvollziehbar.

E. 4.3

Nach dem Gesagten ist gestützt auf das Medas-Gutachten in psychischer Hinsicht von einer PTBS, einer rezidivierenden depressiven Störung und einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und histrionischen Anteilen auszugehen, wobei eine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aufgrund der Inkonsistenzen in ihren Angaben und ihrem Verhalten nicht möglich war.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass bereits im Rahmen der Z.____-Begutachtung im Jahre 2018 zahlreiche Inkonsistenzen in den Angaben der Beschwerdeführerin betreffend die geschilderten Beschwerden, Psychopathologie, Noxen, Medikation, Frequenz der psychotherapeutischen Behandlung, neuropsychologische

Testung und die Auswirkungen der Blasen- und Darmfunktionsstörung

festgestellt wurden. Entsprechend konnten die Z. ___ -Gutachter bereits damals keine gesicherte Diagnosestellung vornehmen und keine Aussage zum Umfang der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin machen (Urk. 2/7/76/1-22 S. 15, S. 18).

E. 5.1

Der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 61 lit. c ATSG). Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, 122 V 157 E. 1a, vgl. BGE 130 I 180 E. 3.2).

Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheidung zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesengebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b).

E. 5.2

Die Medas -Gutachter gingen in ihrer Konsensbeurteilung vom 22. September 2021 übereinstimmend und in nachvollziehbarer Weise davon aus, dass von einer weiteren Begutachtung keine abschliessenden Aussagen zum Schweregrad der Diagnosen und zur Leistungs- und Erwerbsfähigkeit zu erwarten sind. Gleiches gilt aus Sicht der Experten für eine länger dauernde Beurteilung im stationären Rahmen, da eine histrionische Persönlichkeitsstörung ein « Publikum » respektive ein soziales Umfeld benötigt und deshalb selbst durch eine Hospitalisation der Beschwerdeführerin mit einem « Publikum » von Patienten und medizinischem Personal

kaum eine Voraussetzung dafür geschaffen werde, um das tatsächliche Funktionsniveau zu eruieren (Urk. 23A S. 33). Die Medas - Experten

beschrieben eingehend die Inkonsistenzen in den Angaben und im Verhalten der Beschwerdeführerin respektive die Schwierigkeiten, letzteren in der gutachterlichen Beurteilung gerecht zu werden (Urk. 23B S. 6 ff). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass im Rahmen der hier in Frage stehenden Neu anmeldung (Urk. 2/7/34, Urk. 2/7/37) bereits bei der Z. ___ eine polydisziplinäre Expertise eingeholt wurde, gemäss welcher ebenfalls unter Hinweis auf Inkonsistenzen keine abschliessenden Aussagen zur Leistungsfähigkeit gemacht werden konnten (Urk. 2/7/76/1-22 S. 15, S. 18). Dass

das Ausmass der funktionellen Einschränkungen im Rahmen der hier zu beurteilenden Begutachtung weder qualitativ noch quantitativ erhoben werden konnte, ist hauptsächlich dem Verhalten der Beschwerdeführerin zuzuschreiben, was insbesondere gegen eine mehrwöchige stationäre Begutachtung spricht.

Vor diesem Hintergrund sind von einer weiteren Begutachtung oder der Beobachtung in einem stationären Aufenthalt keine abschliessenden Erkenntnisse betreffend die Leistungs-

und Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu erwarten .

E. 5.3

An dieser Beurteilung vermögen die von der Beschwerdeführerin betreffend den Eventualantrag gemachten Einwände (Urk. 30 S. 10 ff. Ziff. 16 ff., Urk. 33 S. 2 ff. Ziff. 1 ff.) nichts zu ändern. Die Beschwerdeführerin räumte am 17. November 2021 selber ein, dass sich der Antrag auf Einholung eines vierten Gutachtens wohl erübrige, weil sich ihre komplexe Erkrankung der Analyse anhand einer einmaligen Exploration entziehe (Urk. 30 S. 10 Ziff. 17).

Was den Hinweis der Beschwerdeführerin auf den im psychiatrischen Teilgutachten erwähnten mehrwöchigen Klinikaufenthalt (Urk. 30 S. 11 Ziff. 19) angeht , ist Folgendes festzuhalten: Dr. B.____ führte am 12. Juli 2021 aus, es sei eine längerdauernde Beurteilung in einem stationären Setting indiziert und wahrscheinlich die einzige Möglichkeit , die Inkonsistenzen zu erklären und die Funktionseinschränkungen einschätzen zu können (Urk. 23B S. 20). In der – auch von Dr. B.____ unterzeichneten – Konsensbeurteilung vom 22. September 2021 (Urk. 23A) wurde demgegenüber nachvollziehbar festgehalten, weshalb von einer stationären Beurteilung keine verlässlichen Aussagen über die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu erwarten sind (S. 33). Diese konsensuale und zeitlich nach dem psychiatrischen Teilgutachten verfasste Einschätzung sämtlicher Medas -Gutachter hat Vorrang gegenüber der

genannten Teilexpertise . Die Kritik der Beschwerdeführerin (Urk. 30 S. 13 Ziff. 24) an der Begründung in der Konsensbeurteilung, weshalb eine stationäre Begutachtung keine verlässlichen Erkenntnisse betreffend Leistungsfähigkeit erbringen würde , geht ins Leere. Die Medas -Gutachter stellten nicht die Kernfachkompetenz des medizinischen Personals in Frage, sondern wiesen darauf hin, dass das Verhalten der Beschwerdeführerin aufgrund der histrionischen Persönlichkeitsstörung bei «Publikum» beeinflusst wird (Urk. 23A S. 33) .

Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin sind auch von einer praktischen Arbeitserprobung (Urk. 30 S. 11 Ziff. 20 , S. 13 Ziff. 24) keine gesicherten Aufschlüsse über die Inkonsistenzen zu erwarten. Auch hier wäre ein «Publikum» vorhanden . Im Übrigen gab die Beschwerdeführerin im Rahmen der Medas -Begutachtung wiederholt an, sie sei nicht mehr arbeitsfähig (Urk. 23A S. 18 , Urk. 23B S. 3).

Der Beschwerdeführerin ist demgegenüber insoweit zu folgen (Urk. 30 S. 13 Ziff. 23), als von einer gerichtlich angekündigten Observation keine verlässlichen Erkenntnisse zu erwarten sind , soweit dies überhaupt ein zulässiges Beweismittel wäre .

Schliesslich ist auch nicht ersichtlich, inwiefern aus der Einholung weiterer ärztlicher Berichte (Urk. 33 S. 3 Ziff. 4) gesicherte Aussagen über die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin resultieren würden . Dies gilt insbesondere mit Bezug auf den behandelnden Psychiater Dr. H.____ , welcher im Rahmen der psychiatrischen Medas -Begutachtung bereits kontaktiert wurde (Urk. 23B S. 9).

E. 6

Im Lichte der obigen Erwägungen ist festzustellen, dass weder die Angaben der Beschwerdeführerin noch die Befunde anlässlich der Exploration die Auswirkungen der von ihr geklagten Beschwerden zu erfassen und insbesondere deren Folgen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zu

plausibilisieren vermögen. Damit wird eine gesundheitliche Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin keineswegs in Abrede gestellt. Indes konnten deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit trotz Ausschöpfung umfangreicher Abklärungen nicht hinreichend erstellt werden.

Auch sind von weiteren Beweisabnahmen – insbesondere von einem zusätzlichen Gutachten oder einer stationären Beobachtung – keine abschliessenden Erkenntnisse zu erwarten. Die diesbezügliche Beweislosigkeit wirkt sich zu Lasten der Beschwerdeführerin aus (vgl. E. 5.1), weshalb eine wie von ihr geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustands seit der Leistungsverneinung in der Verfügung vom 7. November 2011 (Urk. 2/7/30) (weiterhin) nicht mit dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dargetan ist. Bei diesem Ergebnis erübrigen sich Ausführungen zum Antrag der Beschwerdeführerin auf Sistierung des vorliegenden Verfahrens (vgl. Urk. 30 S. 2).

Damit erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 6.1

(mit Hinweisen).

Das Bundesgericht hat in seinem Rückweisungsurteil festgehalten, dass die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren nicht ausreichend beweiswertig waren (Urk. 1 E. 6.5). Damit sind die Voraussetzungen für eine Kostenüberbindung an die Beschwerdegegnerin gegeben. Diese ist demnach zu verpflichten, dem Gericht die Kosten des Gerichtsgutachtens im Betrag von Fr. 22'756.55 (Urk. 24)

zu ersetzen. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 19. Juni 2019 und 17. November 2021 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt und es wird ihr Rechtsanwältin Susanne Friedauer, Zürich, als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVG hingewiesen. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Gerichtskasse die Kosten des Gerichtsgutachtens von Fr. 22'756.55

zu erstatten. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 4.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Susanne Friedauer, Zürich, wird mit Fr. 2'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichts-

kasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen 5 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Susanne Friedauer , unter Beilage des Doppels von Urk. 36 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter Beilage des

Doppels von Urk. 24 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 6 .

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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind bei zulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubSchleiffer Marais

E. 7.1

Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis

IVG sind ermessensweise auf Fr. 8 00 .-- anzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der un ter liegenden Beschwerdeführer in aufzuerlegen.

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraus setzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeistän dung not wendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115).

Da der vorliegende Prozess nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet wer den kann und die Beschwerdeführerin bedürftig ist (vgl. Urk. 2/ 3/3, Urk. 23A S. 17), i st ihr antrags gemäss (Urk. 30 S. 2 in Verbindung mit Urk. 2/1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen. Die der Beschwerdeführerin auf erlegten Gerichtskosten sind demnach einstweilen auf die Gerichtskasse zu neh men .

Nachdem zudem die anwaltliche Verbeiständ ung notwendig ist, ist Rechtsan wäl tin Susanne Friedauer , Zürich, als unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwer de führerin zu bestellen und mit Fr. 2'7 00.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversi cherungsgericht (GSVGer) betreffend Nachzahlungspflicht aufmerksam gemacht.

E. 7.2

Besteht ein Zusammenhang zwischen Untersuchungsmangel seitens der Ver waltung und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen, können die Kosten eines Gerichtsgutachten s der Verwaltung auferlegt werden. Dies ist unter anderem der Fall, wenn

die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt hat, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfüllt (BGE 140

V 70 E.

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