

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00562 vom 19. Mai 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-05-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00562

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00562 du 19 mai 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00562 del 19 maggio 2017

Erwägungen

E. 1.1

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.2

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 Zuspreehung 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 revisions rechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 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 mit Hinweisen).

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4) .

E. 1.3

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 145 V 215 E. 5.1, 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 ausgewiesen 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 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 13

E. 1.4

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15 .

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 1.5

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

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.

E. 2

Am 31. August 2020 erhob die Versicherte Beschwerde gegen die Verfügung vom 3. Juli 2020 (Urk. 2) und beantragte deren Aufhebung, die wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügung vom 29. April 2014 sowie die Zusprache einer Invalidenrente (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 30. September 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was der Beschwerdeführerin am 6. Oktober 2020 mitgeteilt wurde (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt: Das letzte Leistungsbegehren sei mit Verfügung vom 29. April 2014 abgewiesen worden, da keine dauerhafte Beeinträchtigung der Gesundheit festzustellen gewesen sei. Im Februar 2017 habe die Beschwerdeführerin eine Verschlechterung geltend gemacht. Die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass sie bereits seit dem Jahr 2012 ein unveränderter Gesundheitszustand und somit keine Verschlechterung vorliege (S. 1).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte geltend (Urk. 1), sie werde seit vielen Jahren sozialarbeiterisch betreut, wobei festgestellt werde, dass ihr Verhalten durchgehend sehr auffällig sei und unmöglich über so viele Jahre hinweg simuliert werden könne. Die stationäre Begutachtung habe eine erhebliche psychische Erkrankung in Form eines Ganser-Syndroms gezeigt. Es handle sich nicht um eine vorsätzliche Simulation, und sie habe keinerlei Ressourcen, um in der freien Wirtschaft erwerbstätig zu sein. Diese Arbeitsunfähigkeit liege seit mindestens 2012 vor (S. 3 f.). Die attestierte Arbeitsfähigkeit sei nicht verwertbar. Weiter sei die Verfügung vom 29. April 2014 zweifelsfrei unrichtig gewesen, weshalb sie wiedererwägungsweise aufzuheben sei (S. 4).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob seit Erlass der Verfügung vom 29. April 2014 eine anspruchsrelevante Verschlechterung eingetreten ist (vgl. vorstehend E. 1.2). Dabei ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 4) auf das Leistungsgesuch eingetreten ist. 3. 3.1

Verfügungen der Versicherungsträger müssen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen, eine Begründung enthalten, das heisst eine Darstellung des vom Versicherungsträger als relevant erachteten Sachverhaltes und der rechtlichen Erwägungen (Art. 49 Abs. 3 Satz 2 ATSG). Gemäss Art. 52 Abs. 2 Satz 2 ATSG werden Einspracheentscheide begründet. Die Begründung eines Entscheides muss so abgefasst

sein, dass die betroffene Person ihn gegebenenfalls anfechten kann. Dies ist nur dann möglich, wenn sowohl sie als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheides ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich der Versicherungsträger leiten liess und auf welche sich der Entscheid stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sich die Verwaltung ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss; vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 126 V 75 E. 5b/ dd mit Hinweis, 118 V 56 E. 5b). Der Mangel eines nicht oder nur ungenügend begründeten Entscheides kann gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung im Rechtsmittelverfahren geheilt werden, sofern die fehlende Begründung in der Vernehmlassung der entscheidenden Behörde zum Rechtsmittel enthalten ist oder den beschwerdeführenden Parteien auf andere Weise zur Kenntnis gebracht wird, diese dazu Stellung nehmen können und der Rechtsmittelinstanz volle Kognition zukommt (BGE 107 Ia 1). Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann es jedoch nicht der Sinn des durch die Rechtsprechung geschaffenen Instituts der Heilung des rechtlichen Gehörs sein, dass Versicherungsträger sich über den elementaren Grundsatz des rechtlichen Gehörs hinwegsetzen und darauf vertrauen, dass solche Verfahrensmängel in einem vom durch den Verwaltungsakt Betroffenen allfällig angehobenen Gerichtsverfahren behoben würden. Der Umstand, dass eine solche Heilungsmöglichkeit besteht, rechtfertigt es demnach nicht, auf die Anhörung des Betroffenen vor Erlass eines Entscheides zu verzichten. Denn die nachträgliche Gewährung des rechtlichen Gehörs bildet häufig nur einen unvollkommenen Ersatz für eine unterlassene vorgängige Anhörung. Abgesehen davon, dass ihr dadurch eine Instanz verloren gehen kann, wird der betroffenen Person zugemutet, zur Verwirklichung ihrer Mitwirkungsrechte ein Rechtsmittel zu ergreifen. Von der Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist nach dem Grundsatz der Verfahrensökonomie dann abzusehen, wenn dieses Vorgehen zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem gleichlaufenden und der Anhörung gleichgestellten Interesse der versicherten Person an einer möglichst beförderlichen Beurteilung ihres Anspruchs nicht zu vereinbaren sind (BGE 120 V 357 E. 2b, 116 V 182 E. 3c und d). 3.2

Vorliegend holte die Beschwerdegegnerin zwei umfangreiche Gutachten ein (vgl. Urk. 8/89 und

Urk. 8/95). Deren Resultate fanden jedoch keinen Eingang in die Begründung der angefochtene n Verfügung. Der lapidare Satz «Unsere medizinischen Abklärungen haben ergeben, dass bereits seit dem Jahr 2012 ein unveränderter Gesundheitszustand vorliegt und somit keine Verschlechterung festgestellt werden konnte» (Urk. 2 S. 1) vermag den Anforderungen an die Begründungspflicht nicht zu genügen. Auch die Beschwerdeantwort fiel nicht ausführlicher aus (Urk. 7). Zudem ging die Beschwerdegegnerin mit keinem Wort auf die Einwände der Beschwerdeführerin (Urk. 8/105) ein. Damit wäre grundsätzlich eine Rückweisung zur gehörigen Begründung angezeigt.

Davon ist zugunsten der Beschwerdeführerin jedoch abzusehen, da dies eine unnötige Verzögerung bedeuten würde. Das Gericht behält sich in weiteren ähnlichen Fällen eine Rückweisung an die Beschwerdegegnerin mit entsprechen der Kostenaufgabe vor. 4. 4.1

Die leistungsverneinende Verfügung vom 29. April 2014 erging im Wesentlichen gestützt auf das Gutachten von Dr. med. A.____ und Dr. med. B.____, Facharzt und Fachärztin für

Psychiatrie und Psychotherapie, vom

23. Mai 2013 (Urk. 8 /32) . Darin

wurde nach Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer eigenen Untersuchung eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), differentialdiagnostisch eine nicht näher bezeichnete, anhaltende wahnhaftige Störung (ICD-10 F22.9; S. 15) diagnostiziert. Zum Befund wurde festgehalten (S. 11): Die Beschwerdeführerin sei alleine, pünktlich und knapp ausreichend gepflegt zum Gespräch erschienen. Sie sei zu Zeit, Ort und Situation nicht orientiert gewesen. Zur eigenen Person habe sie ausser den eigenen Namen und dem Herkunftsland nicht viel angeben können.

Aufmerksamkeit, Konzentration und Auffassungsgabe seien schwer eingeschränkt gewesen. Das Langzeitgedächtnis sei beeinträchtigt und schwer überprüfbar gewesen. Ihre Angaben, dass sie „nicht wisse“, hätten über weite Strecken nicht einfühlbar gewirkt. Die Aggravations- und Verdeutlichungen der körperlichen Beschwerden hätten die Kommunikation erschwert. Die Angaben zu Gefühlen und Wahrnehmungen seien schwer fassbar gewesen. Inhaltlich sei sie auf Schmerzen und „nicht wissen“ und „nicht können“ eingeengt gewesen. Sie habe sich ängstlich klagend und auffällig hilfsbedürftig gezeigt. Gleichzeitig habe sie Misstrauen und Ablehnung signalisiert. Die Kooperation sei derart eingeschränkt gewesen, dass auch nach der über zweistündigen Untersuchungszeit unklar geblieben sei, ob sie tatsächlich mit der Situation überfordert gewesen sei oder bewusst unklare und schwer nachvollziehbare Angaben über ihre Biographie und ihren Zustand gemacht habe. Die Intelligenz sei vermutlich im unteren Normbereich. Ein affektiver Rapport habe nicht hergestellt werden können.

Dr. A.____ und Dr. B.____ diskutierten und verwarfen sodann die Differentialdiagnosen einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.2), einer nicht näher bezeichneten, anhaltenden wahnhaften Störung (ICD

E. 6

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 6.1

Die leistungsverneinende Verfügung vom 29. April 2014, welche den hier massgeblichen Vergleichszeitpunkt darstellt (vgl. vorstehend E. 1.2), erging gestützt auf das Gutachten von Dr. A.____ und Dr. B.____ (vgl. vorstehend E. 4.1). Dazu führte das Sozialversicherungsgericht in seinem Urteil vom 26. September 2017 (Urk. 8/71) in Erwägung 5 Folgendes

aus:

Die Gutachterin und der Gutachter hielten nach Diskussion anderer Diagnosen fest, es rechtfertige sich abschliessend die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung, weil sie „das Konzept der Störung migrationspezifischer und soziokultureller Einflussfaktoren umfassender beschreibe“. Dies ist angesichts des Umstands, dass soziokulturelle Einflussfaktoren bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes einer versicherten Person grundsätzlich unberücksichtigt bleiben müssen, fragwürdig, auch wenn präzisierend festgehalten wurde, dass die Krankheit der Beschwerdeführerin als Ausdruck einer

schwierigen psychosozialen Situation bei einer wenig integrationswilligen Frau gesehen werden müsse. Was mit wenig Integrationswillen gemeint war, erscheint jedoch unklar, insbesondere angesichts des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin während gut fünf Jahren problemlos eine regelmässige Arbeit verrichten konnte. Dass die Fachärztin und der Facharzt kein zumutbares Arbeitspensum festlegen konnten und eine spezialisierte Abklärung empfahlen, zeigt die Schwierigkeit beim Beurteilen der Auswirkungen des nach gutachterlicher Ansicht klar vorhandenen psychischen Leidens mit Krankheitswert, liess aber schlussendlich die zu beurteilende Frage nach der Restarbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht offen. Auch blieb der Umstand, dass die Gutachterin und der Gutachter fälschlicherweise von einer bereits erfolgten Berentung der Beschwerdeführerin ausgingen, nach Lage der Akten unberücksichtigt. Dass die Beschwerdegegnerin bei dieser Sachlage und der genannten Diagnose die Invalidität der Beschwerdeführerin anhand der damals geltenden Förster-Kriterien beurteilten und verneinten, ist zwar nachvollziehbar, aber angesichts der doch vorhandenen Mängel des Gutachtens nicht vollends überzeugend.

Der Beweiswert des früheren Gutachtens ist jedoch vorliegend nicht Prozess thema, und die Beschwerdeführerin hätte gegen die frühere leistungsverneinende Verfügung Beschwerde erheben können. Auch stellt die geänderte Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen für sich allein keinen Neuanmeldungs- bzw. Revisionsgrund dar (BGE 141 V 585 E. 5), weshalb die Frage, ob eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin gestützt auf das Gutachten A. ___ / B. ___ nach heutigen Kriterien gleich ausfallen würde, offen bleiben muss. Ein Vergleich mit einer früheren medizinischen Sachlage, wie er bei einer Neuanmeldung vorzunehmen ist, ist jedoch nur möglich, wenn die frühere Sachlage rechtsgenügend abgeklärt und nachvollziehbar beurteilt wurde. Dies ist vorliegend zumindest fraglich. Eine frühere Beurteilung, die möglicherweise gestützt auf ungenügende Grundlagen erging und dennoch einen Leistungsanspruch verneinte, darf nicht dazu führen, dass der versicherten Person die Glaubhaftmachung einer Verschlechterung übermässig erschwert wird.

E. 6.2

Nachdem es im genannten Urteil einzig um die Frage ging, ob die Beschwerdeführerin eine Verschlechterung glaubhaft gemacht hat, hatte das Gericht nur die Eintretensfrage zu prüfen. Vorliegend ist jedoch der materielle Anspruch der Beschwerdeführerin und damit verbunden die Frage einer anspruchrelevanten Veränderung zu prüfen, weshalb der Beweiswert des Gutachtens A. ___ / B. ___ in die Prüfung einzubeziehen ist. Unter Verweis auf die obgenannten Erwägungen ist deshalb festzuhalten, dass zwar keine Anzeichen für eine offensichtliche Unrichtigkeit des Gutachtens A. ___ / B. ___ bestehen. Die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung der gestützt auf dieses Gutachten ergangenen Verfügung vom 29. April 2014 sind deshalb nicht erfüllt. Denn die Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG setzt voraus, dass kein vernünftiger Zweifel an der Unrichtigkeit der Verfügung möglich, folglich nur dieser einzige Schluss denkbar ist. In diesem Sinne qualifiziert unrichtig ist eine Verfügung, wenn eine Leistung aufgrund falscher Rechtsregeln beziehungsweise ohne oder in unrichtiger Anwendung der massgeblichen Bestimmungen zugesprochen wurde (BGE 141 V 405 E. 5.2, 140 V 77 E. 3.1 mit Hinweis). Gleiches gilt bei einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes, insbesondere wenn die notwendigen fachärztlichen Abklärungen überhaupt nicht oder nicht mit der erforderlichen Sorgfalt durchgeführt wurden (vgl. Art. 43 ATSG; BGE 141 V 405 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts 8C_717/2017 vom 2. August 2018 E. 3.2 mit Hinweisen). Soweit

ermessensgeprägte Teile der Anspruchsprüfung vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage einschliesslich der Rechtspraxis im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung in vertretbarer Weise beurteilt worden sind, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (BGE 141 V 405 E. 5.2 mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_766/2016 vom 3. April 2017 E. 1.1.2 mit Hinweisen). Die beantragte wieder erwägungsweise Aufhebung der Verfügung vom 29. April 2014 (vgl. Urk. 1 S. 2) fällt damit ausser Betracht, zumal das Gericht ohnehin die Verwaltung nicht zu einer Wiedererwägung anhalten kann (BGE 133 V 50 E. 4.2.1).

E. 6.3

Hingegen wirkt sich der Umstand, dass das Gutachten A.____ / B.____ nicht zu überzeugen vermag, das Ausmass der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bei der damaligen Anspruchsprüfung als unklar betrachtet werden muss und die ursprüngliche Verfügung somit mangelhaft war, rechtlich auf das vorliegende Revisionsverfahren aus. Das Bundesgericht hat dazu in seinem Urteil 9C_602/2007 vom 11. April 2008 festgehalten, dass das Gericht bei festgestellter zweifelloser Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung die auf Art. 17 ATSG gestützte Revisionsverfügung mit dieser substituierten Begründung schützen kann. Zwar ist diese Rechtsprechung in erster Linie für Fälle gedacht, in denen sich die Unrichtigkeit der ursprünglichen Verfügung zu Ungunsten des Versicherten (Herabsetzung oder Aufhebung der Rente) auswirkt. Wenn aber infolge Mangelhaftigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung erst gar nicht überprüft werden kann, ob sich seither der Invaliditätsgrad erheblich verändert hat, muss es in analoger Anwendung der genannten Rechtsprechung auch möglich sein, die Rentenverfügung zu Gunsten eines Versicherten abzuändern, selbst wenn die Revisionsvoraussetzungen nicht nachzuweisen sind. Hierin liegt keine gerichtliche Verpflichtung der Verwaltung, ihre Verfügung in Wiedererwägung zu ziehen, was rechtsprechungsgemäss unzulässig wäre. Vielmehr wird damit lediglich der fehlenden Nachvollziehbarkeit der ursprünglichen Rentenzusprechung Rechnung getragen. Diesen Umstand hat nicht die versicherte Person zu vertreten, ansonsten ihr Anspruch auf revisionsrechtliche (Art. 17 ATSG) Rentenerhöhung dann beeinträchtigt oder gar vereitelt würde, wenn eine gerichtliche Beurteilung, ob die Revisionsvoraussetzungen tatsächlich eingetreten sind, infolge der Mängel des früheren Verwaltungsaktes von vornherein nicht möglich ist (E. 5.1).

Kann mangels nachvollziehbarer Arbeitsfähigkeitsbeurteilung zum Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache kein Vergleich mit der beruflichen Leistungsfähigkeit zum Zeitpunkt des Revisionsentscheides gezogen werden, ist darauf abzustellen, wie sich die Arbeitsfähigkeit in diesem Zeitpunkt präsentierte (E. 5.2).

Somit ist vorliegend zu prüfen, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der hier angefochtenen Verfügung vom 3. Juli 2020 verhält. Die im Zeitraum vor dem Urteil des Sozialversicherungsgerichts vom 26. September 2017 ergangenen Arztberichte (von Dr. G.____,

Urk. 8/58/1-5; und Dr. D.____,

Urk. 8/58/6-10 = Urk. 8/56) sind deshalb nicht massgeblich.

E. 6.4

Dr. G.____ (vgl. vorstehend E. 5.2) ging von einer vollen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin aus, wies jedoch darauf hin, dass die se Arbeitsunfähig keit nicht durch ihn attestiert worden sei. Er bezog sich dabei wohl auf die psychiatrische Einschätzung und trug damit dem Umstand Rechnung, dass eine Beurteilung der Auswirkungen des psychischen Zustands der Beschwerdeführerin nicht in sein Fachgebiet der Allgemeinen Inneren Medizin fällt. Dr. G.____

hielt jedoch Beobachtungen fest, wie die Beschwerdeführerin von Ungeziefer am ganzen Körper berichte und teilweise Schlangen auf dem Boden sehe, dass die Organisation der Tagesstruktur durch ihren Mitbewohner erfolge, sie immer von ihm zu Konsultationen begleitet werde und zu jeder Jahreszeit die gleiche Daunenjacke, Wollmütze und das Tuch vor dem Mund trage. Eine Kommunika tion sei nicht möglich.

E. 6.5

Solche Beobachtungen tätigte auch Dr. D.____ (vgl. vorstehend E. 5.1): Hinsichtlich Tagesstruktur zeige die Beschwerdeführerin wenig Ressourcen, sei gänzlich auf die Unterstützung ihres Mitbewohners und befreundeten Kollegen Herrn F.____ angewiesen. Ohne diese Unterstützung wäre eine Heimunterbringung erforderlich . Zu den Konsultationen werde sie von ihm gebracht, sie trage zwang haft, auch im Sommer, eine Wollmütze, Daunenjacke und ihr inzwischen zerrissenes Kleid zu ihren Turnhosen. Sie sei nicht in der Lage, allein einzukaufen, zu kochen oder den Haushalt zu führen. Hinzu kämen starke kognitive Defizite. Eine psychotherapeutische Intervention sei bei ausgeprägter Therapieresistenz und stark eingeschränkten Ressourcen verunmöglicht. Sie halte ein Tuch vor das Gesicht, weil sie überall «üble Gerüche» wahrnehme, und beschreibe optische sowie Körperhalluzinationen. Sie sei im Affekt traurig, sehr ängstlich, miss trauisch, schreckhaft, schnell irritierbar und reizüberflutet. Sie leide unter einer chronifizierten, therapieresistenten, schweren psychiatrischen Störung, die sowohl Denken, Fühlen, Handeln als auch situationsübergreifend die Aktivität und Partizipationsfähigkeit massiv beeinträchtigten. Die Beschwerdeführerin sei vollständig arbeitsunfähig.

Zum Bericht von Dr. D.____ ist festzuhalten, dass sie als b ehandelnde Ärztin in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person steht und sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren hat . Die Berichte von Therapeuten verfolgen daher nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforde rungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte – beziehungsweise regelmässig behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2) – mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, kommt im Streitfall ein direktes Abstellen einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nur selten in Frage (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1). Der Bericht von Dr. D.____ lässt deshalb eine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht zu. Aus den von ihr und Dr. G.____ übereinstimmend festgestellten Beobachtungen ist jedoch grundsätzlich auf eine erhebliche Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin zu schliessen.

E. 6.6

Lic. phil. H.____ vermochte anlässlich der neuropsychologischen Begutachtung vom Oktober 2018 (vgl. vorstehend E. 5.3) keine reguläre Untersuchung durchzuführen, da die Beschwerdeführerin keine Auskünfte gegeben und keine Fragen beantwortet habe. Sie habe bizarre Äusserungen getätigt oder irrationale Fragen nach Schlangen oder Gerüchen gestellt; das Verhalten habe sich konstant gezeigt. Dennoch habe sie während zwei Stunden mitgemacht und sich scheinbar allen Aufgaben gewidmet. Lic. phil. H.____ konnte die Arbeitsfähigkeit nicht beurteilen.

Eine solche Beurteilung gelang auch Dr. I.____ nicht (vgl. vorstehend E. 5.4). Er beschrieb übereinstimmend mit den Vorberichten ein bizarres Verhalten, aber auch signifikante Inkonsistenzen während der Exploration, die die Beschwerdeführerin habe keine gänzlich fehlende Mitarbeit gezeigt.

Dr. I.____ konnte jedoch nicht schlüssig beantworten, ob es sich dabei um krankheitsbedingte Inkonsistenzen handelt. Eine artifizielle Störung liesse sich weder bestätigen noch ausschliessen. Dr. I.____ empfahl eine stationäre Begutachtung.

E. 6.7

Diese fand vom 8. bis 12. April 2019 statt und ermöglichte eine von einer Momentaufnahme unabhängige ausführliche Beobachtung und Beurteilung der Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin. Das Gutachten von Dr. J.____ erging unter Berücksichtigung sämtlicher Beweisanforderungen (vgl. vorstehend E. 1.6). Der Beweiswert des Gutachtens wird durch die Berücksichtigung der Beobachtungen des Pflegepersonals und des Arbeitsverhaltens der Beschwerdeführerin noch erhöht. Es ist somit darauf abzustellen. Der Beweiswert des Gutachtens, den auch Dr. K.____ bejahte (vgl. vorstehend E. 5.6), wird von den Parteien ebenfalls nicht in Frage gestellt.

E. 6.8

Dr. J.____

diagnostizierte ein Ganser-Syndrom mit pseudo-psychotischen, pseudo-demenziellen und pseudo-neurologischen Symptomen, daneben einen Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit abnormem Krankheitsverhalten und ängstlich-depressiver Begleitver Stimmung, eine akzentuierte Persönlichkeit mit abhängigen und histrionischen Zügen, anamnestisch eine Anpassungsstörung mit abhängigen und histrionischen Zügen sowie eine somatische Komorbidität (vgl. vorstehend E. 5.5.1). Diese Diagnosen leitete Dr. J.____ sorgfältig und nachvollziehbar her (vgl. vorstehend E. 5.5.3). Er stellte dieselben Verhaltensmuster wie die behandelnden Ärzte fest, wies aber - wie dies teilweise Dr. I.____ und Lic. phil. H.____ beobachteten - darauf hin, dass reichlich Inkonsistenzen vorhanden seien (keine stationäre Behandlung trotz extremem Schwächezustand und erstaunlichem Symptomreichtum, keine auch nur tendenzielle Verbesserung trotz Einsatz verschiedener Psychopharmaka, keine Orientierung, aber problemloses Zurechtfinden auf der Station und abgesehen von den sprachlichen Äusserungen völlig orientierter Eindruck). Das Erscheinungsbild sei mit Wollmütze, Schal um Mund und Nase, lange schwarze Steppjacke und zerfetztem Rock über Trainingshose sehr auffällig. Dass aufgrund des hoch auffälligen Kommunikationsstils das Niveau der Verständigung sehr tief geblieben sei und man nie ganz sicher sein könne, ob der Sinn der Frage verstanden worden sei, sei wohl auf eine Unwilligkeit der präzisen Beantwortung zurückzuführen (E. 5.5.2). Dr. J.____ beschrieb verschiedene maladaptive Phänomene, die eine Diskrepanz zwischen dem Schweregrad der Störung und den gravierenden

Auswirkungen auf das Arbeitsverhalten zeigten. Es müsse bekräftigt werden, dass dieser eindrückliche Leidenszustand wenig Authentizität für sich beanspruchen könne und vor allem durch ein maladaptives Spielen der Patientenrolle geprägt sei. Es handle sich jedoch nicht um eine reine, vorsätzlich intendierte Simulation, sondern vielmehr seien simulatorische Elemente im Spiel, zumal in einer desolaten Situation die menschlichen Fähigkeiten zur Täuschung mobilisiert würden, um ein Überleben zu sichern. Dr. J. ___ nannte weiter verschiedene IV-fremde Faktoren. Die verschiedenen Störungskomponenten könnten von ihrem strukturellen Schweregrad nicht als besonders gravierend bezeichnet werden, so dass den Faktoren «Krankheitsverhalten» und «IV-fremde Elemente» doch ein substantieller Stellenwert zukomme (vorstehend E.

5.5.4).

Wenngleich es der Krankheitsentwicklung und dem klinischen Beschwerdebild an Konsistenz und Plausibilität

fehle, spreche der Verhaltensstil der Beschwerdeführerin in Bezug auf das Arbeits- und Privatleben gegen eine rein simulatorische Produktion, da er sehr stark von Regression und Passivität geprägt sei (vgl. vorstehend E. 5.5.5). Diese Feststellung steht im Einklang mit derjenigen der behandelnden Ärzte (vgl. vorstehend E. 5.1-5.2), und es ist festzuhalten, dass das gegenüber allen Therapeuten über Monate und Jahre gezeigte Verhalten immer gleich blieb und sich auch anlässlich der stationären Begutachtung kein Abweichen zeigte. Es ist schlicht nicht vorstellbar, dass die Beschwerdeführerin ein solches Verhalten über diese Zeit simuliert. Dr. J. ___ erachtete den Anteil der psychopathologischen Erscheinungen mit eindeutigen Krankheitswert in Bezug auf die jahrelange Arbeitsunfähigkeit zwar nicht als allzu hoch (vgl. vorstehend E. 5.5.5). Eine reine Aggravation oder Simulation konnte Dr. J. ___ jedoch klarerweise nicht bejahen. Somit wurde ein psychischer Gesundheitsschaden bestätigt, der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat. Die massgeblichen Indikatoren wurden von Dr. J. ___ berücksichtigt.

E. 6.9

Wie in BGE 145 V 361 dargelegt, ist in allen Fällen durch die Verwaltung beziehungsweise das Gericht zu prüfen, ob und inwieweit die ärztlichen Experten ihre Arbeitsunfähigkeitsschätzung unter Beachtung der massgebenden Indikatoren (Beweisthemen) hinreichend und nachvollziehbar begründet haben. Dazu ist erforderlich, dass die Sachverständigen den Bogen schlagen zum vorausgehenden medizinisch-psychiatrischen Gutachtensteil (mit Aktenauszug, Anamnese, Befunden, Diagnosen usw.), das heisst sie haben im Einzelnen Bezug zu nehmen auf die in ihre Kompetenz fallenden erhobenen medizinisch-psychiatrischen Ergebnisse fachgerechter klinischer Prüfung und Exploration. Ärztlicherseits ist also substantiiert darzulegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen. Der psychiatrische Sachverständige hat darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar - zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken - unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person (E. 4.3).

E. 6.10

In Nachachtung dieser Vorgaben erachtete Dr. J.____ die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit maximal zu 50 % arbeitsfähig .

In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von etwa 60 % . Dabei sei aufgrund des hoch auffälligen Verhaltens und Erscheinungsbildes ein Publikumskontakt in Zukunft besser zu vermeiden und die Tätigkeit sollte vorwiegend sitzend sein. Aufgrund der Überempfindlichkeit sollte es sich um eine ruhige, reizarme Umgebung mit wenig Lärm und Betrieb handeln, Geruchsbelastungen seien zu vermeiden, dennoch werde die Beschwerdeführerin Mund und Nase hinter einem Tuch verbergen und über Geruchsbelästigungen klagen. Die vorgesetzte Person müsse grosses Verständnis für ausgefallene Verhaltens- und Ausdrucksformen haben, welche nicht als überzeugend krank oder behindernd imponierten. Aufgrund der Dissimulation sollte sprachliche Kommunikation ebenfalls keine grosse Rolle spielen und es sollte sich nicht um feinmotorische Tätigkeiten handeln (vgl. vorstehend E. 5.5.6).

Damit trug Dr. J.____ den vorhandenen Beeinträchtigungen Rechnung. Angesichts dieses ausführlichen Belastungsprofils ist aber fraglich , ob die angestammte Tätigkeit im Service - mit Kundenkontakt, Hektik, Essensgerüchen, weitgehend stehend und gehend - noch zumutbar ist. Dies kann jedoch aus nachfolgenden Gründen offen bleiben. Dass, wie Dr. J.____ festhielt, die Arbeitsfähigkeitskurve horizontal verlaufen sei (vgl. vorstehend E. 5.5.6), ist aus den in E. 6.3 genannten Gründen unbeachtlich. 7. 7.1

Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln (Art. 16 ATSG; BGE 138 V 457 E. 3.1 mit Hinweis). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt ist gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot von und Nachfrage nach Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf. Das gilt sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (BGE 110 V 273 E. 4b; ZAK 1991 S. 320 f. E. 3b; Urteil des Bundesgerichts 9C_830/2007 vom 29. Juli 2008 E. 5.1). Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind jedoch rechtsprechungsgemäss keine übermässigen Anforderungen zu stellen (Urteil des Bundesgerichts 9C_910/2011 vom 30. März 2012 E. 3.1 mit Hinweis; vgl. BGE 138 V 457 E. 3.1). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei denen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Von einer Arbeitsgelegenheit kann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nur noch in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichtes 8C_434/2017 vom 3. Januar 2018 E. 7.2.1 und 9C_253/2017 vom 6. Juli 2017 E. 2.2.1, je mit weiteren Hinweisen). 7.2

Die bei der Beschwerdeführerin bestehenden Einschränkungen erweisen sich als so erheblich, dass es als ausgeschlossen erscheint, dass sie die ihr verbleibende Arbeitskraft

auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch wirtschaftlich nutzen kann. Bei den von Dr. J.____ beschriebenen gravierenden Einschränkungen und dem zu beachtenden Belastungsprofil (vgl. vorstehend E. 6.10)

wäre eine Tätigkeit nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich. In sämtlichen Bereichen (Instruktion, Arbeitskleidung, Arbeitsumfeld, Arbeitsinhalt, Person des Vorgesetzten und der Teammitglieder) wäre eine Rücksichtnahme und Begleitung in einem Ausmass Voraussetzung, welches wohl nur, wenn überhaupt, an einem Therapie- oder geschützten Arbeitsplatz vorhanden wäre. Das Finden einer entsprechenden Stelle ist deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zum Vornherein ausgeschlossen.

Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (BGE 138 V 457 E. 3.1 mit Hinweis; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 9C_118/2015 vom 9. Juli 2015 E. 2.1 und 8C_645/2017 vom 23. Januar 2018 E. 3.1, je mit weiteren Hinweisen). 7.3

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin ab 1. Juli 2020 Anspruch auf eine ganze Rente hat.

Der angefochtene Entscheid ist nach dem Gesagten nicht rechtens. Dies führt zur Gutheissung der Beschwerde. 8.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Damit erweist sich das Gesuch der Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 2) als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 3. Juli 2020 aufgehoben, und es wird unter Hinweis auf die Erwägungen festgestellt, dass die Beschwerdeführerin ab 1. Juli 2020 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Departement Soziales der Stadt Winterthur - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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

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

E. 8

ATSG) sind.

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. 9

V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 10

F22.9) sowie einer generalisierten Angststörung und einer asthenischen Persönlichkeitsstörung, wie sie von Dr. med. C.____ festgestellt worden waren

(S. 18 f. ; vgl. Urk. 8/12). In Anbetracht der erhobenen Befunde lasse sich resümieren, dass keine wesentlichen Hauptfähigkeitsstörungen und ebenso keine deutliche Psychopathologie vorlägen. Die Explorandin zeige aber eine Aggravation ihrer Symptome, weil sie sich subjektiv schwer eingeschränkt erlebe. Somit rechtfertige sich abschliessend die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung, da sie das Konzept der Störung migrationspezifischer und soziokultureller Einflussfaktoren umfassen der beschreibe (S. 19 f.).

Medizinisch-theoretisch sollte eine Teilarbeitsfähigkeit zumindest in einer Nischentätigkeit vorhanden sein. Auf dem ersten Arbeitsmarkt sei die Beschwerdeführerin wegen ihres auffälligen Verhaltens nicht vermittelbar. Die Krankheit müsse als Ausdruck einer schwierigen psychosozialen Situation bei einer wenig integrationswilligen Frau gesehen werden. Eine nähere Einschätzung eines zumutbaren Arbeitspensums sei schwierig, weshalb eine spezialisierte Abklärung zu empfehlen sei (S. 19 unten f.).

Ein psychisches Leiden mit Krankheitswert sei vorhanden. Retrospektiv könne medizinisch-theoretisch davon ausgegangen werden, dass die Explorandin aus psychiatrischer Sicht seit der Berentung zumindest in einem Teilpensum in einer angepassten Tätigkeit arbeitsfähig gewesen wäre. Genauer lasse sich dies aber nicht einschätzen. Eine psychische Störung sei in Form von Wahrnehmungsstörungen, Gefühl von Ohnmacht und Hilflosigkeit, kognitiven Einschränkungen sicher vorhanden. Aufgrund der verschiedenen diskutierten Inkongruenzen könne aber nicht eingeschätzt werden, ob diese tatsächlich schwerwiegend seien. Eine chronische körperliche Begleiterkrankung sei laut Aktenanamnese vorhanden; die Beschwerdeführerin leide unter chronischen Schmerzen. Ihre Angaben dazu seien aber eher vage und wenig greifbar gewesen. Ein ausgewiesener sozialer Rückzug scheine vorhanden, allerdings lebe die Beschwerdeführerin mit einem Mitbewohner zusammen und sei daher nicht völlig alleine. Der verfestigte,

therapeutisch nicht mehr angehbare innerseelische Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) sei eindeutig vorhanden. Seit Beginn der Krankheitsentwicklung sei die Explorandin nicht mehr in ihre angestammte Tätigkeit zu integrieren. Die Gründe hierfür (Geruchsbelästigung im Café) seien nicht ganz plausibel und nachvollziehbar, da sie ja die Geruchsbelästigung anscheinend auch im übrigen Lebensumfeld verspüre. Es lägen unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequenter Rehabilitationsmassnahmen und Therapien vor. Die bisherigen Therapieversuche hätten eher eine Überforderung der Explorandin dargestellt. Die tagesklinische Behandlung sei nicht nachhaltig und nicht sehr erfolgreich gewesen (S. 24 f.). 4.2

Gestützt auf diese s

Gutachten und nach Prüfung der damals anwendbaren Foerster-Kriterien (vgl. Urk. 8/40/5) verneinte die Beschwerdegegnerin einen invalidisierenden Gesundheitsschaden. 5.5.1

Nach dem Rückweisungs Urteil vom 26. September 2017 wurden folgende Arztberichte eingeholt:

Dr. med. D.____, Leitende Ärztin, integrierte Psychiatrie E.____, stellte mit Bericht vom 19. Juni 2018 (Urk. 8/80) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5): - sonstige anhaltende wahnhaftige Störung (ICD-10 F22.8) - DD: chronifizierte schwere depressive Störung mit pseudodemenzieller Entwicklung und psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) - DD: sonstige Reaktion auf schwere Belastung (Verbitterungsstörung; ICD-10 F48.3) - generalisierte Angststörung mit vereinzelt Panikattacken (ICD-10 F41.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) Die letzte Kontrolle sei am 31. Mai 2018 erfolgt; die Konsultationen fanden alle 2-3 Wochen statt (Ziff. 1.1-1.2). Für angestammte wie angepasste Tätigkeiten bestehe seit November 2012 keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr (Ziff. 1.3). Im weiteren Verlauf habe sich eine zunehmende Chronifizierung der Symptomatik mit einerseits zunehmenden Ängsten und paroxysmalen Panikattacken, depressiven Symptomen mit Verfall von Antrieb, Vitalgefühl, Stimmung, andererseits auch massiver Beeinträchtigung von Denken, Fühlen und Handeln und ausgeprägten kognitiven Defiziten, Halluzinationen, diffusen somatoformen Störungen und Schlafstörungen gezeigt. Hinsichtlich Tagesstruktur zeige die Beschwerdeführerin wenig Ressourcen, sei gänzlich auf die Unterstützung ihres Mitbewohners und befreundeten Kollegen Herrn F.____ angewiesen. Ohne diese Unterstützung wäre eine Heimunterbringung erforderlich (Ziff. 2.1). Trotz bisher intensiver therapeutischer Bemühungen habe sich der psychiatrische Gesundheitszustand der Patientin seit 2013 verschlechtert, mit Chronifizierung auf niedrigem Funktionsniveau. Sie leide nach wie vor unter diffusen Halluzinationen, sei zeitlich, örtlich, mitunter auch zur Person desorientiert. Es bestünden massive Ängste vor Veränderung, mit maximaler Isolation. Zu den Konsultationen werde sie von ihrem Mitbewohner gebracht. Den Weg nach Hause finde sie mit Mühe, trage zwanghaft, auch im Sommer, eine Wollmütze, Daunenjacke und ihr inzwischen zerrissenes Kleid zu ihren Turnhosen. Die Kleider würden von Herrn F.____ gewaschen. Sie sei nicht in der Lage, allein einzukaufen, zu kochen oder den Haushalt zu führen. Hinzu kämen ihre starken kognitiven Defizite, die neurologisch ohne auffälligen Befund blieben. Es zeige sich eine ausgeprägte Therapieresistenz bei stark eingeschränkten Ressourcen, die psychotherapeutische Interventionen verunmöglichten (Ziff. 2.2). Zum Befund hielt Dr. D.____ fest, die Beschwerdeführerin sei wach, zu allen Qualitäten fluktuierend (könne ihr Alter nicht sagen, wisse Monat, Jahreszeit etc. nicht,

scheine nicht am äusseren Geschehen teilzunehmen), halte ein Tuch vor ihr Gesicht, weil sie überall «üble Gerüche» wahrnehme. Auch optische sowie Körperhalluzinationen würden beschrieben, jedoch unter der aktuellen Medikation in leicht reduzierter Form. Die Auffassung sei bei formalgedanklicher Einengung auf Schmerzen schwer beurteilbar, aber wohl massiv gestört. Es sei schwer, ein adäquates Gespräch mit ihr zu führen, da sie das Gesagte nicht verstehe oder falsch interpretiere. Im formalen Denken sei sie sehr verlangsamt und fixiert auf ihre körperlichen Schmerzen, im Affekt traurig, sehr ängstlich, misstrauisch, schreckhaft, schnell irritierbar und reizüberflutet. Im Kontakt mit fremden Personen zeige sie ausgeprägtes Misstrauen, Ängste, sei affektlabil (breche in Tränen aus, wolle flüchten, Panikattacken), somit eine Beziehungsaufnahme kaum möglich sei. Der Antrieb sei stark reduziert (Ziff. 2.4). Die Beschwerdeführerin leide unter einer chronifizierten, therapieresistenten, schweren psychiatrischen Störung, die sowohl Denken, Fühlen, Handeln als auch situationsübergreifend die Aktivität und Partizipationsfähigkeit massiv beeinträchtigen. Bereits eine geringfügige soziale Einbindung erscheine derzeit trotz adäquater Behandlung in weiter Ferne, es sei aktuell auch nicht möglich, eine Tagesstruktur ausserhalb der Wohnung aufzubauen (Ziff. 2.7). Es bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 3.2) und die Beschwerdeführerin sei aufgrund des Krankheitsbildes keinem Arbeitgeber zumutbar (Ziff. 3.1). Die Auswertung des Mini-ICF-App habe eine vollständige Beeinträchtigung in allen Funktionen ergeben (Urk. 8/6-8). 5.2

Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,

stellte mit Bericht vom 2. Juli 2018 (Urk. 8/81/7-10) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5): - Schizophrenie, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F20.9) - generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.50) - depressive Störung (ICD-10 F32.1) - chronisches Panvertebralsyndrom

Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit Beginn der Behandlung im März 2016, wobei die Arbeitsunfähigkeit nicht durch ihn attestiert worden sei (Ziff. 1.3). Die Patientin leide unter chronischen Schmerzen im Bereich der ganzen Wirbelsäule, wechselnden Schmerzen am ganzen Körper, saurem Aufstossen und Magenbrennen. Sie empfinde ein Kribbeln am ganzen Körper, berichte zum Teil von Ungeziefer am ganzen Körper, teilweise sehe sie Schlangen auf dem Fussboden. Die Organisation der Tagesstruktur erfolge durch ihren Mitbewohner, welcher der Patientin die Medikamente verabreiche und Termine organisiere. Ohne Motivation von aussen verlasse sie ihre Wohnung praktisch nicht, sie könne sich ausser Haus auch nicht orientieren (Ziff. 2.2). Sie werde immer von Herrn F.____ zur Konsultation begleitet und trage jedesmal und zu jeder Jahreszeit eine schwarze Daunenjacke, Wollmütze und ein Tuch vor dem Mund. Eine adäquate Kommunikation sei nicht möglich, die Anamnese müsse stets über den Begleiter erfragt werden. Die Patientin erscheine gedanklich auf Schmerzen und Ängste eingeengt, gebe häufig keine Antwort, zum Teil bizarre Äusserungen; sie frage, ob es Schlangen oder Mücken im Raum habe (Ziff. 2.4). Sie sei aufgrund der massiven Funktionseinschränkungen nicht mehr in der Lage, ihre frühere Tätigkeit auszuüben und es bestehe kein Potential für eine Wiedereingliederung (Ziff. 3.4, Ziff. 4.1). 5.3

Lic. phil. H.____, Neuropsychologin, führte im Rahmen der bidisziplinären Begutachtung am 16. Oktober 2018 eine neuropsychologische Abklärung der Beschwerdeführerin durch. In ihrem Gutachten vom 29. Oktober 2018 (Urk. 8/87) diagnostizierte sie neuropsychologisch defizitäre Leistungen, ohne Hinweis für eine Agnosie, Aphasie oder

Apraxie, sowie Hinweise für mnestiche Defizite und eine Dyspraxie (S. 10). Die Erhebung der Anamnese sei nicht möglich gewesen. Die

Beschwerdeführerin habe ausser der Andeutung von Schmerzen keine Auskünfte zur Person gegeben und keine der Fragen beantwortet. Entsprechend sei zu Beginn der Untersuchung eine kurze Befragung mit Herrn F.____ durchgeführt worden (S. 5 Ziff. 3). Eine reguläre neuropsychologische Untersuchung sei nicht möglich gewesen. Während der kursorisch und explorativ gestalteten Untersuchung habe die Beschwerdeführerin abwesend gewirkt und oft erst verzögert und auf Wiederholung der Instruktion reagiert. Die Antworten hätten beliebig gewirkt oder seien echolalisch gewesen. Zu Beginn und auch während der Untersuchung habe sie bizarr anmutende Äusserungen angegeben oder irrationale Fragen nach Schlangen oder Gerüchen gestellt. Das geschilderte Verhalten habe sich konstant gezeigt. Trotz des absurd anmutenden Verhaltens und der geringen Ausdauer für einzelne Aufgaben habe die Beschwerdeführerin während zwei Stunden mitgemacht und sich scheinbar allen an sie gestellten Aufgaben gewidmet (S. 6 f.

Ziff. 4.1). Der Einsatz von Verfahren zur Performanzvalidierung sei aufgrund der defizitären Leistungen nicht möglich gewesen. Die Minderleistungen seien neuropsychologisch nicht erklärbar und als psychiatrisch bedingt anzusehen (S. 11 Mitte). Die Beantwortung von Fragen zur Arbeitsfähigkeit sei nicht möglich (S. 14 Ziff. 8). 5.4

Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Gutachten vom 7. Dezember 2018 (Urk. 8/89) fest, es sei keine psychiatrische Diagnostik vorhanden; eine Beurteilung der Leistungsfähigkeit sei anlässlich der Begutachtung nicht möglich gewesen (S. 12-13). Es seien signifikante Inkonsistenzen während der Exploration im Verhalten der Beschwerdeführerin ersichtlich gewesen, sie habe keine gänzlich fehlende Mitarbeit gezeigt. Zeitweilig habe sich das Verhalten und der Kontakt zum Gutachter adäquat dargestellt, um danach wieder in das vorherrschende, manieriert-bizarre Verhalten zu wechseln. Inwieweit es sich dabei um krankheitsbedingte Inkonsistenzen handle, habe nicht schlüssig beurteilt werden können, weshalb dringend eine stationäre Abklärung vorzunehmen sei (S. 13 unten f. Ziff. 4.6).

Obwohl während der Exploration der Eindruck eines zumindest teilweise demonstrativ-gesteuerten Verhaltens entstanden sei, beispielsweise durch die undifferenzierte Bejahung sämtlicher Suggestivfragen in Zusammenhang mit der Geruchswahrnehmung, habe sich eine artifizielle Störung (ICD-10 F68.1) weder bestätigen noch ausschliessen lassen. Darunter sei eine seltene Ausdrucksform einer Persönlichkeitsstörung zu verstehen, bei welcher Symptome aus unterschiedlichster Motivation vorgetäuscht würden. Es sei eine stationäre Begutachtung vorzunehmen, ohne die die Aktivität und Teilhabe der Explorandin nicht beurteilbar sei (S. 48 unten f.). 5.5
5.5.1

Vom 8. bis 12. April 2019 war die Beschwerdeführerin zwecks Begutachtung im psychiatrischen Zentrum Z.____ hospitalisiert. In seinem am 27. Juni 2019 nach Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese, Durchführung eigener Untersuchungen und Berücksichtigung der Beobachtungen des Pflegepersonals und der Arbeitstherapeuten sowie nach Durchführung einer laborchemischen Abklärung erstatteten Gutachten (Urk. 8/95) stellte Dr. med. J.____, Leitender Arzt, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit Schwerpunkt Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen (S. 33 f.): - Ganser-Syndrom (ICD-10 F44.80) mit pseudopsychotischen,

pseudo demenziellen und pseudo-neurologischen Symptomen - Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) mit abnormem Krankheitsverhalten und ängstlich-depressiver Begleitver Stimmung - akzentuierte Persönlichkeit mit abhängigen und histrionischen Zügen - anamnestic Anpassungsstörung mit sonstigen spezifischen deutlichen Symptomen (ICD-10 F43.28) - somatische Komorbidität 5.5.2

Inkonsistenzen seien reichlich vorhanden. So werde ein extremer Schwächezustand und gleichzeitig ein erstaunlicher Symptomreichtum präsentiert, welcher jedoch nie stationär behandelt worden sei und zumindest phasenweise mangels Compliance der Explorandin auch keine medikamentöse Behandlung erfahren habe. Trotz Einsatz der verschiedensten Psychopharmaka sei jedoch nie auch eine nur tendenzielle Verbesserung zustande gekommen, vielmehr sei im Laufe der Auseinandersetzungen mit dem Sozialversicherungswesen sogar eine Verschlechterung postuliert worden, welche allerdings gutachterlich nicht habe plausibilisiert werden können. Auch die aktuelle Symptomatik könne man nicht als konsistent bezeichnen, zumal die Explorandin einerseits jegliche Orientierung vermissen lasse, sich aber gleichwohl während 5 Tagen problemlos auf der offenen Station zurechtgefunden habe und auch in den gutachterlichen Untersuchungen, abgesehen von ihren sprachlichen Äusserungen, einen völlig orientierten Eindruck hinterlassen habe (S. 14). Vom Erscheinungsbild wirke sie auf Anhieb sehr auffällig: Sie behalte eine schwarze Wollmütze auf, welche tief in die Stirn gezogen sei, wobei ein Schal so um das Gesicht gelegt sei, dass Mund und Nase gänzlich abgedeckt würden. Ausserdem trage sie eine lange schwarze Steppjacke über einem schwarzen Sweater und einer Trainingshose, wobei sie dazwischen noch den grünen zerfetzten Rock, welcher schon bei früheren Untersuchungen erwähnt werde, trage. Die Kommunikation sei von Beginn weg schwierig, zumal sie oft daneben spreche, indem sie nicht auf die Frage eingehe, sondern ein anderes Thema aufgreife. Ausserdem gebe sie vor, keine Ahnung vom Anlass dieser Hospitalisation zu haben, gebe sich örtlich und zeitlich desorientiert und könne Ort und Zeit auch nicht nennen, nachdem man ihr diese zum wiederholten Male vorgesagt habe. Aufgrund des hoch auffälligen Kommunikationsstils sei das Niveau der Verständigung sehr tief geblieben, zumal man nie ganz sicher habe sein können, ob sie den Sinn der Frage verstanden habe. Dies scheine aber weniger ein linguistisches Problem zu sein, vielmehr eine Unwilligkeit, präzise auf die zielgerichtet gestellten Fragen einzugehen (S. 14 unten f.). 5.5.3

Angesichts der verwirrenden Vielfalt von klinischen Phänomenen, welche auf der neurologischen, der kognitiven, der affektiven, der linguistischen und der psychosomatischen Ebene abbildeten, dürfe es nicht verwundern, dass in den vergangenen zehn Jahren eine ganze Reihe von Diagnosen gestellt worden seien. Die Symptomfülle sei anamnestic gegen Ende 2009 ausgebrochen, als die Explorandin ihre langjährige Arbeitsstelle in einem Café verloren habe (S. 34). In der Folgezeit sei sofort ambulante psychiatrische Hilfe aufgesucht worden, welche jedoch über die Jahre hinweg nichts am manifesten Funktionsniveau der Explorandin habe ändern können. Trotz dem augenscheinlich sehr hohen Beeinträchtigungsgrad mit Orientierungsstörungen, produktiv-psychotischer Symptomatik etc. habe indessen nie eine stationäre Behandlung anberaumt werden müssen. Anlässlich der stationären Abklärung habe sich weder ein depressives Zustandsbild noch eine ausgesprochene Angstsymptomatik gezeigt, vielmehr habe eine grotesk anmutende Verhaltensstörung mit vorgeblichen, augenscheinlich massiven kognitiven Defiziten, ungefragten Angaben über halluzinatorische Erlebnisse

(«Schlangen») und permanenten Klagen über Schmerzen, deren Grund lagen nicht ersichtlich seien, bestanden. Trotz dieser kognitiven Ausfälle machte die Explorandin sowohl in den sozialen Interaktionen als auch im Hinblick auf ihre örtliche und situative Orientierung auf der Station keinen desorientierten Eindruck. Dazu komme, dass in Bezug auf ihre organische Hirnstruktur ein völlig unauffälliger MRI-Befund erhoben worden sei. Angesichts dieser offensichtlichen Widersprüchlichkeiten müsse die psychiatrische Diagnostik bei dieser Explorandin noch einmal komplett neu überdacht werden. Gesucht werde also eine diagnostische Kategorie, die alle (oder möglichst viele) der bisher präsentierten Symptome und Beschwerden erfasse und ausserdem psychoreaktiv, nämlich auf ein zeitlich definiertes Lebensereignis hin auch im mittleren Lebensalter (ca. 45 Jahre) noch auftreten könne. Ein solch vielgestaltiges psychogenes Zustandsbild sei nicht leicht zu finden, doch wiesen hier einige schon früher beschriebene Symptome dissoziativer Art den Weg, so zum Beispiel eine Empfindungsstörung im linken Bein oder aber unerklärliche Schwächezustände beim Gehen und Arbeiten, wie sie sich hier gezeigt hätten. Dies verweise auf das Ganser-Syndrom, welches in unseren Breiten sehr selten geworden sei, indessen wieder beispielsweise bei Asylsuchenden aus fremden Kulturen wieder vermehrt beobachtet werden könne (S. 35). Dabei handle es sich um eine Diagnose mit dissoziativen (oder bewussten Kontrolle des Patienten) entzogenen Merkmalen, die aufgrund zweckgerichteter Hinweise auch Elemente einer Simulation oder einer artifiziellen, also motivational verborgenen Störung in sich bergen könne. Beschrieben werde ein Vorbeireden, das heisse die Beantwortung von Fragen mit einer stets ungefähr richtigen Angabe, wobei der Patient den Sinn der Frage vermutlich korrekt erfasse, eine zu Ort und Zeit, mitunter auch zur Person, gestörte Orientierung, in der Regel jedoch keine Verwirrtheit, klinisch als demonstrativ imponierende Symptome wie vorübergehender Gedächtnisverlust, psychogene Anfälle, wechselnde und situationsabhängige Bewusstseinsstörungen ohne sonstiges objektivierbares Defizit. Sinnestäuschungen auf akustischem Gebiet könnten fakultativ auftreten (S. 37).

Die Tatsache, dass diese imposante Symptomatik schlagartig nach einem einschneidenden negativen Lebensereignis in Erscheinung getreten sei und deutlich länger als einen Monat angehalten habe, lasse zunächst an eine Anpassungsstörung denken (S. 37 unten). Es sei jedoch nicht, wie allgemein zu erwarten, im Laufe der Folgemonate zu einer Erholung gekommen, vielmehr habe nun diese chronifizierte, möglicherweise zweckgerichtete Weiterentwicklung eingesetzt, welche am besten als Ganser-Syndrom zu klassifizieren sei (S. 38). Weiter sei von einer akzentuierten Persönlichkeit mit abhängigen und histrionischen Zügen auszugehen (S. 40). Aufgrund des klinischen Eindruckes müsse offen bleiben, wie schwer und quälend der Schmerz wirklich sei, so dass es bei einem Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bleibe (S. 41). 5.5.4

Es bestehe eine Diskrepanz zwischen Schweregrad der Störung und den gravierenden Auswirkungen auf das Arbeitsverhalten (S. 42 Mitte). Es hätten die folgenden maladaptiven Phänomene beobachtet werden können (S. 43 f.): - Aggravation: massive Verdeutlichung der organisch nicht begründbaren Beschwerden - Symptomausweitung: Durch Einbezug von weiteren Organen und Organsystemen werde die Hilfsbedürftigkeit der Explorandin immer grösser, so dass sich ihr Umfeld gleichsam um das Beschwerdebild herum organisieren müsse - Selbstlimitierung: Diese sei gemäss Resultat des internen Arbeitsversuches enorm - Malkooperation: Die Explorandin sei zur ersten Begutachtung nicht erschienen und habe bei anderer Gelegenheit die Untersuchung abgebrochen. Auch hier habe sie

arbeitstherapeutische Aktivitäten vermieden, zum Teil durch starken passiven Widerstand - Persönlichkeitsregression: Sowohl beruflich wie privat nehme sie immer mehr Abstand von der Erwachsenenrolle, welche auch Pflichten beinhaltet - Dekonditionierung: Diese sei bei ihr sowohl im psychischen wie auch im physischen Potential anzunehmen - überbetriebenes/fixiertes Schonverhalten: Sicher in Bezug auf Eigenaktivitäten, daneben würden passive Methoden bei der Therapie (Massagen, Schmerzmittel etc.) bevorzugt - Verharren in der Krankenrolle: Dies seit Jahren und mit ostentativer Symptompräsentation - muskuläre Insuffizienz: Es falle ihr sogar schwer, aus der sitzenden oder hockenden Position in die stehende Position zu wechseln - subjektive Leistungsinsuffizienz: Sie scheine sich praktisch keine strukturierte Tätigkeit mehr zuzutrauen - interozeptiver Wahrnehmungsstil: Sie scheine ihren Körper ständig nach Schmerzempfindungen oder Ermüdungszeichen abzusuchen - amplifizierender Wahrnehmungsstil: Fühle sich überall durch Geruchsempfindungen belästigt - mangelhafte Leistungsmotivation: Zeige keinerlei Intention, in den Leistungsbereich zurückzukehren - sekundärer Krankheitsgewinn: Die Explorandin profitiere stark von den Zuwendungen ihrer privaten Unterstützungsperson, aber auch von den professionellen Helfern, welche sogar ihren Rentenkampf austragen würden. In Anbetracht dieser Vielfalt an maladaptiven Phänomenen müsse bekräftigt werden, dass dieser eindrückliche Leidenszustand wenig Authentizität für sich beanspruchen könne und vor allem durch ein maladaptives Spiel der Patientenrolle geprägt sei (S. 44). Es entstehe auch angesichts der zu prüfenden Symptomatik einer allgemeinen Befindlichkeitsstörung der klinische Eindruck, dass hier kein authentisches Störungsbild vorliege, welches eine langjährige und vollständige Arbeitsunfähigkeit begründen könne, so dass es sogar angezeigt erscheine, die Kriterien für Simulation heranzuziehen (S. 45). Dabei zeige sich, dass es sich nicht um eine reine, das heisse vorsätzlich intendierte Simulation handle, dass vielmehr simulatorische Elemente im Spiel seien, zumal hier in desolater Situation die menschlichen Fähigkeiten zur Täuschung mobilisiert würden, um ein Überleben unter den gegebenen Umständen zu sichern. Eruierbar seien weiter die folgenden IV-fremden Faktoren: Niedrige Intelligenz, aber keine Intelligenzminderung im Sinne der ICD-10, funktionaler Analphabetismus, mangelhafte Schulbildung, fehlende Berufsausbildung, Arbeitssozialisation auf niedrigem Niveau, lange Erwerbslosigkeit nach kränkender Kündigung und Verunmöglichung weiterer Unterstützung ihrer Mutter, Entfremdung von der Arbeitswelt, ungünstige Mentalität mit passiver Heilserwartung, langjähriger Rentenkampf, welcher vom sozialen Umfeld unterstützt werde, Geschiedenen status, soziale Isolation und Finanzprobleme mit persönlicher Abhängigkeit. Neben den rein psychopathologisch bedingten Einschränkungen seien bei der Gesamtwürdigung des Arbeits- und Leistungspotentials auch eine Anzahl hinderlicher Co-Faktoren zu würdigen, welche keinen psychiatrischen Störungswert aufwiesen (S. 46). Die verschiedenen Störungskomponenten könnten von ihrem strukturellen Schweregrad nicht als besonders gravierend bezeichnet werden, so dass den Faktoren «Krankheitsverhalten» und «IV-fremde Elemente» doch ein substantieller Stellenwert zukomme (S. 47 oben). 5.5.5

Zur Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität hielt Dr. J. ___ fest, es fehle dieser Krankheitsentwicklung und dem klinischen Beschwerdebild an Konsistenz und Plausibilität. Fremdanamnistisch habe indessen abgesichert werden können, dass der Verhaltensstil der Beschwerdeführerin sowohl in Bezug auf das Arbeits- wie auch das Privatleben sehr stark von Regression und Passivität gekennzeichnet sei, was gegen eine rein simulatorische Produktion spreche. Die Schmerzangaben wirkten nicht überzeugend,

sondern aggravorisch, die motorische Schwäche demonstrativ und die Ungeschicklichkeit bei manuellen Arbeiten inszeniert. Auch die pseudodemenziellen Erscheinungen mit massivster kognitiver Einschränkung seien weder organisch begründbar, noch schlugen sie tatsächlich im Sinne einer Desorientierung auf das tägliche Leben durch (S. 49).

Zu den Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen führte Dr. J.____ aus, die Explorandin sei von ihrer Grundintelligenz sicher auf einfache Hilfstätigkeiten eingeschränkt, sei dabei aber mit ordentlichen Umgangsformen bislang gut angekommen. Dies scheine sich radikal geändert zu haben, nachdem sie unerwartet die Kündigung ihrer letzten Stelle erhalten habe, worauf sie eine hochproduktive Symptomatik entwickelt habe. Ihre persönlichen Ressourcen wie kompaktes Wesen, Willigkeit und Gründlichkeit bei einfachen Arbeiten seien fortan nicht mehr genutzt worden und ihre sozialen Ressourcen beschränkten sich auf ihren älteren Wohnpartner sowie die professionellen Helfer. Neben einem deutlich abnormen Krankheitsverhalten seien etliche IV-fremde Elemente vorhanden. Somit könne der Anteil der psychopathologischen Erscheinungen mit eindeutigen Krankheitswert in Bezug auf ihre jahrelange Arbeitsuntätigkeit nicht allzu hoch veranschlagt werden (S. 49 unten f.). 5.5.6

Die angestammte Tätigkeit im Service sei mindestens zu 4 Stunden, nach einer gewissen Anlaufzeit mit Beseitigung von Dekonditionierung und Schlafphasenverschiebung allenfalls zu 5 Stunden täglich zumutbar. Medizinisch begründbar sei diese Leistungseinschränkung jedoch nur zum kleinen Teil. Aufgrund der fehlentwickelten Persönlichkeitsstruktur und den realen gesundheitlichen Einschränkungen (Ganser-Syndrom, somatoforme Beschwerden, zum Teil ängstlich-depressive Begleitver Stimmung) könne von realer 20%iger Leistungsminderung ausgegangen werden. Somit ergebe sich in der bisherigen Tätigkeit eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von maximal 50%. Die Verlaufskurve der Arbeitsfähigkeit dürfte in den letzten Jahren horizontal verlaufen sein (S. 50 unten f.).

Bezüglich einer angepassten Tätigkeit sei aufgrund des hochauffälligen Verhaltens und Erscheinungsbildes ein Publikumskontakt in Zukunft besser zu vermeiden, zumal die Explorandin gewollt eine gewisse Selbststigmatisierung unästhetischer Art betreibe. Die Tätigkeit sollte vorwiegend sitzend sein, jedoch mit der Möglichkeit, sich zwischenzeitlich etwas bewegen zu können. Aufgrund ihrer Überempfindlichkeit sollte es sich um eine ruhige, reizarme Umgebung mit wenig Lärm und Betrieb handeln, Geruchsbelastungen seien zu vermeiden, was die Explorandin indessen nicht davon abhalten werde, über Geruchsbelästigungen zu klagen und Nase und Mund hinter einem Tuch zu verbergen. Die vorgesetzte Person müsste grosses Verständnis für ausgefallene Verhaltens- und Ausdrucksformen haben, welche nicht als überzeugend krank oder behindernd imponierten. Sprachliche Kommunikation sollte ebenfalls keine grosse Rolle spielen, da die Explorandin heute ihre Sprachkompetenz zu dissimulieren scheine. Die Art der Tätigkeit sollte nicht allzu feinmotorisch angelegt sein, da die Explorandin auch diesbezüglich ihre Einschränkungen dissimuliert habe (S. 51 unten f.). Im aktuellen Zustand wären minimal 4 Stunden Präsenzzeit, nach Abbau der Dekonditionierung und Schlafphasenverschiebung eventuell 5-6 Stunden, vertretbar. Was die Einschränkung der Leistungen angehe, so könne ihre reale Einschränkung auf schätzungsweise 15 - 20% beziffert werden, zumal sich mehr aus fundierter medizinischer Argumentation nicht begründen lasse. Somit käme man auf ein Arbeitspensum von etwa 60%. Der zeitliche Verlauf sei gleich wie hinsichtlich der

angestammten Tätigkeit (S. 52).

Zu den medizinischen Massnahmen führte Dr. J.____ aus, die therapeutischen Erfahrungen seien in Bezug auf die Hauptstörung des Ganser-Syndroms eher dürftig, zumal die zentrale Problematik in einer kaschierten Verweigerungshaltung bestehe. Die früher geschilderte ängstlich-depressive Verstimmung sei aktuell eher wenig präsent, die angeblichen Halluzinationen («Schlangen») seien pseudo-psychotischer Natur und sprächen auf antipsychotische Medikamente nicht an. Die Prognose sei bei diesem Störungsbild eher ungünstig, entspringe doch ein wesentlicher Teil der Symptomatik dem Streben nach Entlastung und Entschädigung (S. 53 unten f.). 5.6

Dr. med. K.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, nahm am 10. Juli 2019 (Urk. 8/104/6-9) Stellung zum Gutachten von Dr. J.____ und führte aus, es werde aus medizinischer Sicht empfohlen, vollumfänglich auf die Beurteilungen hinsichtlich Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit abzustellen (Urk. 8/104/9). 6.

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