

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00599 vom 10. Januar 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-01-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00599

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00599 du 10 janvier 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00599 del 10 gennaio 2023

Erwägungen

E. 3

S. 4), lässt sich eine solch vorgezogene Arbeitsunfähigkeit weder auf das Y.____-Gutachten noch die zitierten RAD-Stellungnahme oder den Entscheid des Unfallversicherers (vorab Urk. 9/55/29-31) stützen. Ebenso verneinte Prof. Z.____

zunächst klar einen Zusammenhang zwischen den geklagten Schmerzen und dem Unfall; die Indikation zum Prothesenwechsel stellte er letztlich allein aufgrund der Ergebnisse der zwischen dem 22. Mai und 19. Juni 2017 erfolgten Abklärungen (vgl. Urk. 9/72/1-22). Später relativierte er seine Aussage offensichtlich im Hinblick auf das Taggeld, bezeichnete das Unfallereignis vom 28. März 2016 allerdings nur als «eher» richtungsweisend (vgl. Urk. 9/72/7).

E. 5.1

Bezüglich des psychiatrischen Teilgutachtens machte die Beschwerdeführerin geltend, der Gutachter habe verkannt, dass die von ihm angeführten therapeutischen Ansätze anfänglich umgesetzt worden seien, sie nunmehr aber gedanklich so stark in den Schmerzen, dem Unfall und dem sozialen Abstieg verhaftet sei, dass eine regelrechte Therapie nicht mehr möglich sei. Dies führe auch dazu, dass sie nicht mehr auf ihre kognitiven Fähigkeiten zurückgreifen, das Haus nicht mehr allein verlassen und die öffentlichen Verkehrsmittel nicht mehr benützen könne. Auch im Haushalt sei sie eingeschränkt. Dabei handle es sich also nicht nur um eine mögliche Panikstörung. Im Übrigen sei es gerade die Behandlerin, welche die Beschwerdeführerin sehr gut kenne und trotz ihres Behandlungsauftrags bestens dazu in der Lage sei, allfällige Inkonsistenzen einzuschätzen (vgl. Urk. 13 S.

8).

E. 5.2

Geht es um psychische Erkrankungen sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1: statt vieler Urteil des Bundesgerichts 8C_890/2017 vom 15. Mai 2018 E. 2.2). Die Behandelbarkeit sagt dabei, für sich allein betrachtet, nichts über den invalidisierenden Charakter einer psychischen Störung aus. Sie ist vielmehr als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2.1-2).

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).

Dabei gilt es zu beachten, dass nach der Rechtsprechung auch eine stark ausgeprägte und verfestigte subjektive Krankheitsüberzeugung mit entsprechendem dysfunktionalem Verhalten, Selbstlimitierung, sekundärem Krankheitsgewinn und Dekonditionierung keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG und Art.

E. 5.3

Vorliegend ergab die Symptomvalidierung im Rahmen der neuropsychologischen Testung deutliche Hinweise auf ein nichtauthentisches Antwortverhalten. Die Anzahl richtiger Antworten lag noch unterhalb der Ratewahrscheinlichkeit und deutet somit auf eine gezielte Auswahl von Falschantworten hin, was wiederum eine intakte Kognition/ Mnestic erfordert (vgl. Urk. 9/128/129).

Ebenso fielen den Gutachtern in der orthopädischen (vgl. E. 3.2 letzter Abschnitt) und neurologischen (vgl. E. 3.4) Untersuchung neben dem klagenden Verhalten der Beschwerdeführerin (etwa Urk. 9/128/49 oben)

massgebliche Inkonsistenzen , vorab in Bezug auf das Schonhinken, auf.

Der demonstrierte Leidensdruck mit massivsten Schmerzen und Ängsten lässt sich zudem auch behandlungsanamnestisch nicht nachvollziehen . So liess sich in der Begutachtung kein wirksamer Analgetika-Spiegel nachweisen (vgl. E. 3.1), wobei

die Beschwerdeführerin die Einnahme von Medikamenten, etwa Targin , schon früher unter Hinweis auf Nebenwirkungen abgelehnt hatte (vgl. Urk. 9/98 /2 und 9/55/141 f.) . Die Rhizarthrose wurde bisher soweit ersichtlich noch nicht therapiert (vgl. E. 4.4) . Eine Trochanterrevision lehnte

die Beschwerdeführerin

- bei allerdings auch fraglicher Indikation – ab

(vgl. Urk. 9/98) . Ebenso lehnte sie

eine von den Behandlern im Februar 2020

dringend empfohlene stationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie ab und beharrte auf einer Wassertherapie (vgl. Urk. 9/105/6).

Eine

(wenn auch kurze) stationäre Schmerztherapie fand erst

kurz vor Erlass des Vorbescheides Anfang November 2020 statt (vgl. Urk. 9/155/1). Im Übrigen führt die Beschwerdeführerin auch keine Heimübungen oder anderen Aktivitäten zur Kräftigung der Muskulatur sowie Gewichtsreduktion zur

Entlastung von Achsenskelett/Gelenken durch, obschon die Hüfte normal belastet und physiotherapeutisch angegangen werden darf (vgl. Urk. 9/128/105 unten und 9/105/3 f. ; zu den myofaszialen Beschwerden ferner Urk. 9/55/125 oben , 9/55/127 und 9/55/142).

E. 5.4

5

Im Bericht der Psychiatrie D.____ vom 31. März 2021 (Urk. 9/155) wurde erörtert, in den ersten eineinhalb Jahren der Behandlung habe sich die Beschwerdeführerin langsam wieder einen Bewegungsradius mit Benutzung des öffentlichen Verkehrs und eine Teilarbeitsfähigkeit von 50 %

aufgebaut. Sie habe von der Psychoedukation profitiert und ein Expositionstraining sei möglich gewesen. Vor der Metallentfernung sei sie aktiv auf Stellensuche gewesen. Nach dieser sei leider die erhoffte Schmerzreduktion nicht eingetreten. Die Beschwerdeführerin sei wieder unsicherer im Gang geworden und habe sich, nachdem es im Juni 2019 zu einem «Fast-Sturzereignis» gekommen sei, nicht mehr allein vor die Tür getraut.

Trotz regelmässiger Expositionsversuche sei es nicht gelungen, ihren Bewegungsradius zu erweitern. Sie sei gefangen in der Angst, erneut zu stürzen und im schlimmsten Fall die Gehfähigkeit zu verlieren. Eine weitere Steigerung von Seralin über 200 mg pro Tag sei aufgrund von Magendarmirritationen nicht möglich;

da sie zuvor auf 0,25 mg pro Tag reduzierte Lorazepam habe wieder auf 1 mg erhöht werden müssen. Psychoedukative Ansätze würden sie nicht erreichen und könne sie nicht für sich umsetzen. Dies gelte auch für die in der stationären Schmerztherapie vom 2. bis 12. November 2021

(richtig: 2020) erlernten Übungen. Sobald sie emotional unter Druck komme, könne sie nicht mehr auf ihre kognitiven Fähigkeiten zugreifen. Sie verlasse das Haus nicht mehr ohne Begleitung und sei nicht mehr in der Lage, den öffentlichen Verkehr zu nutzen. Im Haushalt sei sie nur eingeschränkt handlungsfähig. Man sehe sie zu 100 % arbeitsunfähig. Sie leide an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, einer PTBS sowie einer Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst, ICD-10: F41.0).

E. 5.4.1

Strittig ist des Weiteren einzig, ob mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Panikstörung vorliegt, welche die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Die Behandler beschreiben eine solche im Zusammenhang mit von der Beschwerdeführerin berichteten Stürzen bzw.

«Fast-Stürzen», die nicht weiter belegt sind. Eine ärztliche Versorgung ist zumindest lediglich für den Sturz im März 2016 aktenkundig. Aus den Unterlagen ergibt sich Folgendes:

E. 5.4.6

Es fallen zunächst Inkonsistenzen in der Schilderung der Ereignisse durch die Beschwerdeführerin auf. So fügte sie bezüglich des Unfalls im März 2016 immer weitere Details hinzu (Bein eingeknickt, über hervorstehend Holzplatte gestolpert, fast vom Bus angefahren), während sich zu den Stürzen im August 2018 und Juni 2019 – ausser der Erwähnung eines Busses bzw. der Korrektur auf einen nur «Fast-Sturz» – keinerlei Details in den Berichten finden (wann, wo, was genau passiert, in Begleitung von wem). Auch konkrete Panikattacken werden keine beschrieben, wobei das Expositionstraining im Rahmen der Therapie auch bloss in der Vorstellung stattfand.

Auffällig ist ferner der Zeitpunkt der Stürze . Diese sollen sich – nach dem ersten (vergleichsweise schwersten) Sturz im März 2016, nach zahlreichen Operationen zwischen 1993 und 2017 sowie bei objektiv erneut gutem Operations ergebnis – jeweils kurz vor dem erwarteten Erreichen einer vollen Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht zugetragen haben. Mitte 2018 sollen massivste Ängste aufgetreten sein , die anfänglich

innert kurzer Zeit gut auf die Therapie ansprachen, ab Mitte 2019

therapeutisch indessen überhaupt nicht mehr angegangen werden konnten .

Hinzu kommen gewichtige invaliditätsfremde Faktoren : So war die Beschwerdeführerin im Jahr 2019 auf wirtschaftliche Hilfe angewiesen, nachdem ihr Ehemann seit Ende 2018 arbeitslos war. Des Weiteren ist ein sekundärer Krankheitsgewinn zu erwägen , insoweit der Ehemann, die Verwandten und die (angeblich psychiatrische) Spitex der Beschwerdeführerin fast sämtliche Hausarbeiten abnehmen und sie umsorgen (etwa Urk. 9/128/48). Diese sieht denn auch keinen Anlass, selbst etwas an ihrer Situation zu ändern, sondern gibt den Ärzten die Schuld

an ihrem Zustand (etwa Urk. 9/128/113 und Urk. 9/105/6). Gleichzeitig befolgt sie deren Anordnungen und Empfehlungen nicht in dem Ausmass, wie es der geklagte Leidensdruck nahelegen würde (vgl. E. 5.3).

E. 5.5

Zusammenfassend ist das Verhalten der Beschwerdeführerin klar verdeutlichend , ihre Angaben erscheinen

zudem unzuverlässig und anspruchsbefreiend . Der begutachtende Psychiater hat sich für seine

Einschätzung der Arbeitsfähigkeit daher zu Recht primär auf den psychopathologischen Befund und nicht auf die neuropsychologische Testung oder anderweitige Angaben der Beschwerdeführerin

abgestützt . Damit wird nicht in Abrede gestellt, dass sie psychisch beeinträchtigt ist . Das Ausmass ihres Leidens sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit lassen sich jedoch aus den genannten Gründen nicht näher feststellen, als vom Gutachter angegeben . Eine allenfalls

darüber hinausgehende Arbeitsunfähigkeit bzw. eine schwerwiegendere psychische Störung

blieb trotz entsprechender Abklärungen beweislos. Diese Beweislosigkeit wirkt sich nach der allgemeinen , in Art.

E. 5.7.1

Zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome

hielt der begutachtende Psychiater fest, dass ausweislich des von ihm AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Befundes lediglich leichtgradige Beeinträchtigungen zu objektivieren seien – insbesondere würden Stimmung, Antrieb und affektive Schwingungsfähigkeit nicht erheblich gestört wirken (vgl. Urk. 9/128/132).

Der Indikator des Behandlungs- und Eingliederungserfolgs ist wenig aussagekräftig. So sprach die Beschwerdeführerin im Jahr 2018 innert kurzer Zeit gut auf die psychiatrische

Behandlung an und begab sich offenbar auf die Suche nach einer neuen Arbeitsstelle; im Jahr 2019 soll indessen nach einer m «Fast-Sturz» keine Form der Therapie mehr sinnvoll durchführbar gewesen sein. Als Komorbiditäten bestehen Hüft- und Handbeschwerden, die gemessen an ihrem somatischen Korrelat nicht als gravierend gelten können (vgl. E. 4). Bei hinreichend gelungener familiärer und beruflicher Entwicklung nachvollziehbar verneint wurden vom begutachteten den Psychiater s strukturelle Defizite im Sinne einer Persönlichkeitsproblematik (vgl. Urk. 9/128/135), während eine bloss

subjektive Krankheitsüberzeugung mit dysfunktionalem Verhalten und sekundärem Krankheitsgewinn das berufliche Fortkommen zwar ebenfalls erschwert, aber wie dargetan keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstellt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_473/2019 vom 25. Februar 2020 E. 4.2.2).

Zum sozialen Kontext ist gemäss BGE 141 V 281 E. 4.3.3 zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, wie vorliegend die angespannte finanzielle Situation und unbefriedigende Wohnsituation, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a). Andererseits hält der Lebenskontext der versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Ein sozialer Rückzug oder gar eine Isolation ist vorliegend nicht ausgewiesen. Vielmehr wird die Beschwerdeführerin vom Ehemann, in der Schweiz lebenden Verwandten sowie der (angeblich psychiatrischen) Spitex gepflegt und unterstützt. Es ist zudem der wiederhergestellte Kontakt zu den im Ausland lebenden Kindern zu erwähnen, den die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben aufrecht hält. Ebenso steht sie mit

den im Irak lebenden Verwandten telefonisch im

Kontakt und besuchte diese auch (vgl. E.5.5 und Urk. 9/128/20 f.).

E. 5.7.2

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der «Konsistenz» (etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

Hinsichtlich ihres Tagesablaufs blieb die Beschwerdeführerin trotz Nachfragen vage. Soweit ersichtlich steht sie morgens regelmässig

beizeiten auf, beansprucht Hilfe beim Duschen, verbringt den Tag mit ihrer Familie, macht Ausflüge in die Natur und hört gerne Musik (vgl. Urk. 9/12/43, 9/128/48, 9/128/70 f., 9/128/96 und 9/128/121).

Hausarbeiten verrichtet sie nur wenige (etwa Urk. 9/155). Körperlich schwerere und handbelastende Tätigkeiten kann sie dabei bereits aufgrund der somatischen Einschränkungen nicht mehr durchführen

(vgl. Belastungsprofil, E. 3.2). Darüber hinaus demonstriert sie in der neurologischen und orthopädischen Begutachtung inkonsistent weitergehende körperliche und kognitive Einschränkungen. Über früher ausgeübte, heute aufgrund psychischer Beschwerden nicht mehr mögliche Freizeitaktivitäten ist nichts aktenkundig. Eine massgebliche psychische Beeinträchtigung lässt sich daher im Rahmen des Aktivitätenniveaus

nur insoweit eruieren, als die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben nur noch in Begleitung das Haus verlässt. Eine Eingliederung hat bisher nicht stattgefunden, zum behandlungsanamnestisch fragwürdigen Leidensdruck kann auf das in E. 5.3 Ausgeführte

verwiesen werden. Ergänzend ist zu erwähnen, dass die Beschwerdeführerin zumindest nach der Neuanmeldung zum Leistungsbezug konsequent eine psychotherapeutische Behandlung beansprucht. Zur anamnestisch vermerkten Therapie im Psychiatrie Zentrum E. ___ in den Jahren 2016 bis 2018 ist nichts Näheres bekannt (vgl. Urk. 9/93/1 und 9/155).

E. 5.8

Damit lässt sich auch anhand der Standardindikatorenprüfung eine nennenswerte Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht, welche von den Behandlern explizit für den Zeitraum vom 20. August bis 24. Oktober 2018 und aktuell bis auf weiteres in den Berichten vom 17. September 2019 und 31. März 2021 attestiert wurde, nicht genügend plausibilisieren. Im Vordergrund stand

gemäss Angaben der Beschwerdeführerin zudem zunächst die Angst vor dem Verlust der Gehfähigkeit, später vor Bussen, Strassen und Autos (vgl. Urk. 9/128/113 und 9/128/47 oben) mit assoziiertem Vermeidungsverhalten (vgl. Urk. 9/128/123 «Befürchtungen und Zwänge»). In Begleitung kann die Beschwerdeführerin das Haus allerding nach eigenen Angaben verlassen, sei es zu Fuss oder als Beifahrerin im Auto (vgl. auch Urk. 9/128/48); gegebenenfalls wäre es ihr daher zumutbar, den

Arbeitsweg in Begleitung zu bewältigen.

Der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass die Beschwerdeführerin bereits in der RAD-ärztlichen Untersuchung am 26. Januar 2009 – während der sie weinte – erklärt hatte, sie sei schwach, habe Schmerzen und zittere, sei nicht belastbar

und könne nicht arbeiten. Im Haushalt könne sie gar nichts machen und auch nicht ausser Haus gehen. Auch Interessen habe sie keine. Der Ehemann bestätigte damals, dass er den Haushalt erledigen müsse, wenn er von der Arbeit nach Hause komme. Er könne auch nicht in den Irak, weil er die Beschwerdeführerin nicht allein lassen könne. Er denke auch, die dringendste Hilfe sei Geld. Die untersuchende Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie erörtere damals mitunter, die Beschwerdeführerin sei in ihrem Denken fixiert und eingengt auf das Erlebte und zudem in ihrem Verständnis, was «Hilfe» sei. Sie habe versucht, ihre Perspektiven zu vermitteln, doch diese schmetterte alles ab, beispielsweise auch «nur mal raus zu gehen» (vgl. Urk. 9/23/2 f.). Die RAD-Ärztin gelangte zum Schluss, die Beschwerdeführerin und ihr Ehemann hätten grosse Probleme, die Zuständigkeiten sozialer und sozialversicherungstechnischer Einrichtungen zu begreifen und grosse finanzielle Probleme, welche auch die Familie im weiteren Umfeld belasten würden, da diese für deren Unterstützung aufkomme. Spreche man konkrete nur denkbare Möglichkeiten der besseren Integration an, würden jene von der Beschwerdeführerin sofort grundsätzlich abgelehnt. Dabei widerspreche sie sich schon, wenn sie einmal spontan sage, mit den Händen könnte sie ja arbeiten, aber mit einem Ausweis f lasse man sie nicht, und wenn man mit ihr den Eingliederungsgedanken nur andenke, sage sie so fort, sie könne gar nichts tun. Angesprochen auf den Widerspruch sei sie ziemlich klar im Denken. Ihr seien letztlich alle Massnahmen der sozialen und beruflichen Integration zumutbar bzw. würden ihr sogar guttun. Inhaltlich müsste es sich um eine ganz einfache Tätigkeit handeln, die zeitlich zu 100 %

zumutbar wäre. Leistungsmässig müsse man bei den bestehenden Ängsten (etwa dass ihr Ehemann sie aufgrund der Situation verlassen könnte) mit Einschränkungen rechnen. Wie viel die Leistung betrage, könne man theoretisch nicht sagen. Es komme ganz ausgeprägt

dazu, dass die Beschwerdeführerin das Leben hier nicht kenne. Mit erheblicher Unterstützung der gut integrierten Verwandtschaft sei ihr bei bestehenden intak ten Denkvorgängen zumutbar,

mitzuhelfen sich kulturell einzugewöhnen. Sie sei daher in erster Linie aus nicht medizinischen Gründen nicht arbeits- bzw. besser gesagt eingliederungsfähig (Urk. 9/23/4) . Nach der

leistungsablehnenden Verfü gung

vom 4. Juni 2009 (Urk. 9/35) und dem negativen Vorbescheid vom 19. Februar 2010 (U rk. 9/47) begann die Beschwerdeführerin alsdann im Februar 2010 zu arbeiten (vgl. Urk. 9/74) und

führte zuletzt ein Team .

Gesamthaft betrachtet schilderte die Beschwerdeführerin damals wie heute somit ähnliche Beschwerden bei einem vergleichbaren

Aktivitätenniveau und schwierigen finanziellen Verhältnissen. Auch damals schloss sie aus, dass sie selbst etwas an ihrer Situation ändern respektive arbeiten könnte und dennoch vollzog sie kurz darauf eine erfreuliche berufliche Entwicklung. 6.

Zusammenfassend kann somit vollumfänglich auf die gutachterliche Einschät zung der Arbeitsfähigkeit

–

präzisiert durch den

RAD-Arzt in Bezug auf die konkreten Rekonvaleszenzzeiten

–

abgestellt werden. Die Beschwerdegegnerin hat

zugunsten der Beschwerdeführerin für den Zeitraum vom

März 2016 bis Juni 2017 eine volle Arbeits un fähigkeit in

jeglicher Tätigkeit angenommen. Damit erübrigen sich weitere medizinische Abklärungen. Im Übrigen ist die Invaliditäts bemessung (vgl. Urk. 6/1 , Verfügungsteil 2) unbestritten , wobei angesichts der errechneten Invaliditätsgrade von 100 %

bzw. 16 %

ein leidensbedingter Abzug ohne Einfluss auf den Rentenanspruch bleibt . Damit hat es bei der in der angefochtenen Verfügung festgesetzten, befristeten ganzen Rente vom 1. November 2017 bis 31. Juli 2018 sein Bewenden. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. 7.

E. 7

Abs. 2 ATSG darstellt. Ein Rentenanspruch fällt sodann ausser Betracht, soweit eine attestierte Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht oder direkte Folge psychosozialer und soziokultureller Belastungsfaktoren ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_473/2019 vom 25. Februar 2020 E. 4.2.2 mit diversen Hinweisen).

Nicht per se auf Aggravation weist bloss verdeutlichendes Verhalten hin. Die Frage, ob ein Verhalten (nur) verdeutlichend ist oder die Grenze zur Aggravation und vergleichbaren leistungshindernden Konstellationen überschreitet, bedarf einer einzelfallbezogenen, sorgfältigen Prüfung auf möglichst breiter Beobachtungsbasis. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vorn herein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer gesundheitlichen Störung gegeben sein sollten. Soweit die betreffenden Anzeichen hingegen lediglich neben einer ausgewiesenen verselbstständigten Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen im Umfang der Aggravation zu bereinigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_418/2021 vom 16. September 2021 E. 6.1).

E. 7.1

Da die Beschwerdeführerin Sozialhilfe bezieht (vgl. Urk. 24/4), ist von Mittellosigkeit auszugehen. Ihr Begehren kann trotz Abweisung der Beschwerde nicht als von Prozessbeginn an als klar aussichtslos bezeichnet werden. Ihre Rechtsschutzversicherungen haben eine Leistungspflicht sodann abgelehnt, da die Streitigkeit auf einer Ursache vor Beginn des Versicherungsschutzes beruht (vgl. Urk. 18 und 20). Damit sind die Voraussetzungen nach § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) erfüllt und der Beschwerdeführerin ist entsprechend ihrem Gesuch vom 30. Dezember 2021 (Urk. 13) die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren sowie in der Person von Fürsprecher Küng ein unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen. Dabei ist sie auf ihre Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen.

E. 7.2

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu beurteilen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen, jedoch infolge der ihr gewährten unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Die Beschwerdeführerin ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (§ 16 Abs. 4 GSVGer).

E. 7.3

Überdies ist der unentgeltliche Rechtsvertreter der unterliegenden Beschwerdeführerin aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Da dem Gericht keine Honorarnote eingereicht wurde, ist die Entschädigung wie angekündigt (vgl. Urk. 16) in Anwendung von §§ 7 f. der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht nach Ermessen festzusetzen. Nach § 34 Abs. 3 GSVGer bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Angesichts des Umfangs der medizinischen Unterlagen sowie des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- resultiert vorliegend eine Entschädigung von Fr. 2'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt). Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Anwaltskosten verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst:

Der Beschwerdeführerin wird die unentgeltliche Prozessführung bewilligt und in der Person von Fürsprecher

Daniel Küng, St. Gallen, ein unentgeltlicher Rechtsvertreter bestellt und erkennt:

E. 8

des Schweizerischen Zivilgesetzbuches

(ZGB) verankerten Beweisregel zu Lasten der Beschwerdeführerin aus (vgl. BGE 144 V 427 E. 3.2).

Ihrer Gegenargumentation

(vgl. E. 5.1) kann nur

insoweit gefolgt werden, als die Therapie über einen längeren Zeitraum es der Behandlungsperson grundsätzlich erlaubt, wertvolle Erkenntnisse zum Gesundheitszustand zu gewinnen; eine versicherungsmedizinisch verwertbare Beurteilung setzt

indessen

– vor allem bei Leiden ohne organisch nachweisbare Befunde – eine Plausibilisierung und kritische Auseinandersetzung mit den Angaben des Patienten voraus. Eine solche fehlt in den zitierten Berichten, sei es in Bezug auf die

als Auslöser behaupteten Stürze, das

tatsächliche Ausmass des somatischen Leidens, von welchem die Prognose abhängen soll, oder

die Auffälligkeit in Bezug auf die Therapierbarkeit des Leidens respektive offensichtlich verminderte

Kooperationsbereitschaft. In den Berichten der Behandlungspersonen finden sich keine zusätzlichen Aspekte, die vom begutachtenden Psychiater nicht berücksichtigt wurden (zum Bericht vom 31. März 2021 konkret auch die fachkundige RAD-Stellungnahme, Urk. 9/156/3). Eine volle Arbeitsunfähigkeit als Folge einer therapieresistenten Panikstörung kann daher auch gestützt auf diese Berichte nicht als überwiegend wahrscheinlich gelten. 5. 6

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens zu beachtenden Standardindikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1; Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome [E. 4.3.1.1]; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [E. 4.3.1.2]; Komorbiditäten [E. 4.3.1.3]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

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