

200 17 180 IV
SCI/IMD/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 29. Juni 2017

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Imhasly

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

IV-Stelle Bern
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern
Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 16. Januar 2017



Sachverhalt:

A.

Die 1988 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin [vgl. Akten der Invalidenversicherung, Antwortbeilage {AB} 200 S. 2 für die korrekte Schreibweise des Familiennamens]) meldete sich im März 2007 unter Hinweis auf eine Lernbehinderung erstmals bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (AB 2). Nach Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht sprach die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) der Versicherten berufliche Massnahmen in Form einer Berufsberatung zu (AB 17). In der Folge liess sie eine Arbeitsmarktliche-Medizinische Abklärung (AMA) in der Abklärungsstelle C._____ durchführen (AB 27, 31). Nach weiteren medizinischen Abklärungen bezüglich eines am 24. März 2008 erlittenen Unfalls mit Schulterverletzung (SLAP-Läsion [AB 36, 54 S. 6]) verneinte die IVB nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 62, 63) mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 1. April 2009 (AB 79) einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 10 %.

B.

Im Juni 2010 ersuchte die Versicherte die IVB erneut um Leistungen. Zur Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung gab sie eine HWS-Distorsion nach Autounfall am 25. Dezember 2009 an (AB 81 S. 7 Ziff. 6.2, 87.1). Die IVB nahm wiederum erwerbliche und medizinische Abklärungen vor, insbesondere veranlasste sie eine rheumatologisch-psychiatrische Begutachtung durch die Dres. med. D._____, Facharzt für Rheumatologie (Gutachten vom 23. März 2011 [AB 114]), und E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Gutachten vom 17. Mai 2011 [AB 113.1]). Gestützt auf deren interdisziplinäre Beurteilung vom 24. Mai 2011 (AB 113.2, 114 S. 17 f.) stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 21. Juni 2011 (AB 115) die Abweisung des Leistungsgesuchs mangels invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschadens in Aussicht. Am 7. Sep-

tember 2011 verfügte sie dementsprechend (AB 120). Diese Verfügung blieb unangefochten.

C.

Im April 2013 meldete sich die Versicherte wiederum bei der IVB zum Leistungsbezug an (AB 139). Zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen führte sie u.a. aus, seit einem Autounfall am 25. Dezember 2009 Kopf- und Nackenschmerzen zu verspüren sowie eine Gefühllosigkeit im linken Bein zu haben. Seit 2010 nehme sie zudem Stimmen und Schatten wahr, habe sie psychotische Phänomene, Depressionen, diffuse Ängste, Ängste vor Menschen und Zugfahren, Angst davor, angegriffen zu werden und vor Unfällen. Die Angst sei omnipräsent. Sie habe oft Suizidgedanken. Seit 2012 habe sie eine Sehschwäche (AB 139 S. 5 Ziff. 6.2). Nach Aktualisierung der medizinischen Aktenlage beauftragte die IVB Dr. med. E. _____ zweimalig mit einer Verlaufsbeurteilung (Gutachten vom 31. Dezember 2013 [AB 164.1] und vom 28. Oktober 2014 [AB 179.1] sowie Stellungnahme des Gutachters vom 19. Dezember 2014 [AB 181]). Gegen die gestützt darauf vorgesehene Leistungsabweisung (Vorbescheid vom 29. Dezember 2014 [AB 182]) erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, Einwand (AB 186, 188), woraufhin die IVB zunächst zwei Stellungnahmen bei Dr. med. E. _____ einholte (Stellungnahmen vom 22. April 2015 [AB 197] und vom 26. Mai 2015 [AB 202]) und sodann eine weitere psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. F. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, in Auftrag gab (Gutachten vom 14. März 2016 [AB 223.1] und Stellungnahme vom 28. April 2016 [AB 226]). Mit Vorbescheid vom 9. Mai 2016 (AB 227) stellte die IVB die erneute Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht, mit der Begründung, der Gesundheitszustand habe sich seit der letztmaligen Abweisung nicht wesentlich verändert. Nach wie vor liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor. Nach dagegen vorgebrachten Einwänden (AB 230) und seitens der Versicherten gestellten Ergänzungsfragen (AB 234) bzw. deren Beantwortung durch die Gutachterin (AB 237) verfügte die IVB am 16. Januar 2017 wie vorgesehen (AB 238).

D.

Hiergegen erhob die Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 16. Februar 2017 Beschwerde mit den Anträgen, die Verfügung vom 16. Januar 2017 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr ab dem 1. April 2014 eine ganze Rente auszurichten. Eventualiter sei die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Des Weiteren ersuchte die Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt B._____ als amtlicher Anwalt.

Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 20. März 2017 die Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 28. März 2017 nahm die Beschwerdeführerin Stellung zur Beschwerdeantwort. Ein Doppel dieser Eingabe ging mit prozessleitender Verfügung vom 30. März 2017 an die Beschwerdegegnerin.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist

gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 16. Januar 2017 (AB 238). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung (Beschwerde S. 2 Rechtsbegehren).

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

In formeller Hinsicht macht die Beschwerdeführerin eine mehrfache Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend: Im Zusammenhang mit dem Gutachten von Dr. med. F. _____ vom 14. März 2016 (AB 223.1) sieht sie eine solche einerseits darin, dass die Beschwerdegegnerin ihr das Gutachten vor Stellung der Ergänzungsfragen nicht eröffnet hatte, wodurch ihre eigenen Ergänzungsfragen durch die Gutachterin nicht zeitgleich beantwortet worden seien, und andererseits darin, dass ihr die Stellungnahme zu den von ihr formulierten Ergänzungsfragen erst mit der Verfügung zugestellt worden seien. Eine dritte Gehörsverletzung habe die Beschwerdegegnerin dadurch begangen, dass sie auf die von ihr beantragte Prüfung der Wiedererwägung der leistungsabweisenden Verfügung vom 7. September 2011 (AB 120) nicht eingegangen sei, womit sie ihrer Begründungspflicht nicht nachgekommen sei (Beschwerde S. 4 ff. Ziff. 5).

Die Beschwerdegegnerin hat die Fragen der Beschwerdeführerin der Gutachterin gestellt. Letztere hat hierauf ausführlich Stellung genommen (AB 237). Zudem kann darauf hingewiesen werden, dass die Verletzung des rechtlichen Gehörs durch die nach Ansicht der Beschwerdeführerin verspätete Zustellung der Stellungnahme der Gutachterin im vorliegenden Verfahren geheilt worden wäre (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 126 V 130 E. 2b S. 132; SVR 2013 IV Nr. 26 S. 76 E. 4.2). Welche Bedeutung dem Gutachten wie auch allen weiteren ärztlichen Berichten zukommt, hat das Gericht im Rahmen der materiellen Beurteilung frei zu prüfen.

Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs hinsichtlich einer allfälligen Wiedererwägung der Verfügung vom 7. September 2011 (AB 120) liegt nicht vor, hat sich die Beschwerdegegnerin doch hierzu in der angefochtenen Verfügung – wenn auch kurz – geäußert (AB 238 S. 2).

3.

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

3.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei

Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

3.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

3.4 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

3.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüg-

lich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.6 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.7 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

3.8 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Dies gilt auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351) sowie analog, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 22 E. 3b S. 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Diese Eintretensvoraussetzung

soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

4.

4.1 Fest steht, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanschuldung vom April 2013 (AB 139) eingetreten ist und den Rentenanspruch in der angefochtenen Verfügung vom 16. Januar 2017 (AB 238) materiell geprüft hat. Die Eintretensfrage ist – da nicht streitig – vom Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 7. September 2011 (AB 120) und der Verfügung vom 16. Januar 2017 (AB 238) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet

ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen.

4.2 Die Verfügung vom 7. September 2011 (AB 120) basierte in medizinischer Hinsicht auf dem rheumatologischen Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 23. März 2011 (AB 114), dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 17. Mai 2011 (AB 113.1) und deren interdisziplinären Beurteilung vom 24. Mai 2011 (AB 113.2, 114 S. 17 f.).

4.2.1 Dr. med. D. _____ hielt fest, es bestünden leichtgradige körperliche Einschränkungen von Seiten der Halswirbelsäule und der rechten Schulter, wobei sich daraus keine relevante Auswirkung auf die letzte Arbeitstätigkeit begründen lasse. Bei der Untersuchung hätten sich nur dürftige somatische Befunde objektivieren lassen. Im Vordergrund stünden sicher extra-somatische Momente als Ursache für das geklagte Beschwerdebild. Aggravatorische Tendenzen seien sicher auch vorhanden (AB 114 S. 15).

4.2.2 Dr. med. E. _____ diagnostizierte eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), einen aktenanamnestisch bekannten IQ von 79, eine depressive Reaktion nach Autosebstunfall (ICD-10: F43.21), nächtliche, psychosenahe Zustände (ICD-10: F23.8) sowie mehrere Fälle von chronischen Krankheiten in der Familie mit Invalidität (ICD-10: Z63 [AB 113.1 S. 9]). Er hielt fest, es könne keine eindeutige somatische Ursache für die geklagten Schmerzen gefunden werden. Die Versicherte zeige Hinweise für das Bestehen einer psychosomatischen Überlagerung: Sie sei auf die Schmerzen fixiert und äussere hypochondrische Befürchtungen. Die Beschwerden stellten zudem den Hauptfokus ihres Interesses dar. Ausgelöst worden sei die Schmerzkrankheit durch den Autounfall vom Dezember 2009. Die medikamentöse Behandlung sei als ungenügend zu beurteilen. Bezüglich der differentialdiagnostisch postulierten paranoiden Schizophrenie erfülle die Versicherte die Kriterien der ICD-10 nicht. Es sei erwogen worden, dass die nächtlichen psychoseähnlichen Erlebnisse durch die Depression verursacht würden. Diese Annahme sei prinzipiell möglich, allerdings würden die typischen Symptome für eine depressive Episode fehlen. Eine organische Ursache für die nächtlichen Sensationen sei ebenfalls nicht gefunden worden. Es sei an bewusstseinsnahe Tenden-

zen zu denken. Zusammenfassend sei das psychische Krankheitsbild der Versicherten nicht bedeutend, es beschränke sich grösstenteils auf nächtliche Phänomene und kaum auf objektivierbare Befunde. Es müsse auf die massgeblichen ungünstigen Faktoren hingewiesen werden (AB 113.1 S. 10 ff.). Die Versicherte sei in ihrer bisherigen Tätigkeit nicht wegen psychischer Störungen eingeschränkt. Allenfalls bestehe eine erhöhte Ermüdbarkeit wegen Schlafstörungen. Die reduzierte Belastbarkeit ergebe sich vor allem aus krankheitsfremden Gründen (AB 113.1 S. 14).

4.2.3 In der interdisziplinären Beurteilung vom 24. Mai 2011 (AB 113.2, 114 S. 17 f.) hielten die Gutachter zusammenfassend fest, es lasse sich bis dato keine krankheitsbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit feststellen.

4.3 Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 7. September 2011 (AB 120) lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

4.3.1 Im Austrittsbericht der Kriseninterventionsstation Spital G. _____ vom 30. Dezember 2011 (AB 140 S. 4 ff.) bezüglich einer vom 2. November bis 2. Dezember 2011 dauernden Hospitalisation wurden der Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10: F43.1) nach Selbstunfall mit dem Auto, ein Status nach *Commotio cerebri*, mit seither immobilisierendem cervicocephalem Schmerzsyndrom, und emotional instabile Persönlichkeitszüge diagnostiziert sowie die Differentialdiagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung gestellt. Zudem wurde auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen/depressiven Anteilen nach Selbstunfall sowie auf eine Clavicula-Fraktur 2008 nach Treppensturz hingewiesen. Bezüglich der geklagten Halluzinationen wurden aufgrund der Vermutung, diese seien eher traumatischer als psychotischer Herkunft, die bisher verabreichten Neuroleptika abgesetzt. Die Halluzinationen hätten in der Folge weder zu- noch abgenommen. Verbesserungen habe jeweils das Zusammensein mit der Familie gebracht. Im Rahmen eines Familiengesprächs sei die fehlende Tagesstruktur thematisiert worden. Geklagte Ess-Brechattacken hätten nicht verifiziert werden können.

4.3.2 Im Bericht des Spitals H. _____ vom 13. Mai 2013 (AB 142) über den stationären Aufenthalt vom 17. bis 27. April 2012 finden sich die folgenden Diagnosen: Verdacht auf eine nicht näher bezeichnete, nicht organische Psychose (ICD-10: F29), Tinnitus und Hypakusis rechts, sowie chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41).

4.3.3 Am 9. November 2012 berichtete Dr. med. I. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, über den Aufenthalt der Beschwerdeführerin im Spital G. _____ vom 2. August bis 8. November 2012 (AB 140 S. 9 f.). Diagnostiziert wurden u.a. eine schizoaffektive Störung (ICD-10: F25.1) im Rahmen einer protrahierten Adoleszenz/unreifen Persönlichkeit sowie einer annähernden Lernbehinderung, ein Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung nach kriminellem Erlebnis und ein Status nach Verkehrsunfall 2009 mit/bei chronischer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen/depressiven Anteilen. Als Hauptbeschwerden äussere die Patientin Stimmen hören und Schatten sehen, ausserdem fehlende Impulskontrolle, Aggressionen gegen Gegenstände und sich selber, Traurigkeit und Ängste sowie Kopfschmerzen. Bis vor kurzem habe sie bei ihren Eltern gelebt, seit ca. einem Monat wohne sie bei ihrem Bruder aufgrund von Konflikten mit dem gewalttätigen Vater. Im März 2008 habe sie bei einem Treppensturz eine Claviculafraktur erlitten. Der nachfolgende Wiedereinstiegsversuch bei der Arbeit sei wegen Schmerzen gescheitert.

4.3.4 Dem Eintrag in der Krankengeschichte des Spitals G. _____ vom 18. Februar 2013 (AB 145 S. 4 f.) ist zu entnehmen, dass sich die Situation der Patientin durch keine Therapie, weder ambulant noch stationär oder teilstationär, geändert habe. Als Diagnose wurden aufgeführt: Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit emotional-instabilen Anteilen, DD Persönlichkeitsstörung, DD schizoaffektive Störung auf dem Boden von belasteter Familienkonstellation und Traumatisierung, St. nach Verkehrsunfall 2009, Tinnitus rechts, anamnestisch verminderte Intelligenz ohne Erfüllung von Diagnosekriterien sowie Hinweise auf somatoforme Schmerzstörung. Aktuell bestehe keine Medikation.

4.3.5 Der Hausarzt Dr. med. J. _____, Facharzt für Innere Medizin, fasste die Situation im Bericht vom 17. Mai 2013 (AB 145 S. 1 f.) so zusammen, dass drei Problemkreise bestehen würden: 1) Eine bisher nicht definitiv diagnostizierbare (aber zweifelsfrei schwere) psychiatrische Erkrankung; 2) ein Symptomenkomplex bestehend aus diversen Schmerzen am Bewegungsapparat als Folge verschiedener Unfälle; 3) eine erhebliche Adipositas mit dringendem Verdacht auf polyzystische Ovarien und beginnendem metabolischem Syndrom. Seit Jahren bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit.

4.3.6 Dem Bericht von Dr. med. I. _____ vom 30. Mai 2013 (AB 154) sind die folgenden Diagnosen zu entnehmen: PTBS bei St. n. Commotio cerebri bei Selbstunfall mit Auto mit mehrmaligem Überschlagen am 15. (richtig: 25. [AB 100.24]) Dezember 2009 (ICD-10: F43.1); emotional-instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.31), DD Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0); psychotische Störung unter Belastung (ICD-10: F23.0), DD dissoziative Störung (ICD-10: F44.9); somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.41); Lernbehinderung bei aktenanamnestisch IQ von 79; z.T. sehr ausgeprägter Tinnitus und Hypakusis rechts (ICD-10: H93.1) nach Autounfall 2009. Seit 2010 habe sich eine Verschlechterung ergeben. Dies wohl auch wegen der Lernbehinderung, die das Erlernen des Umgangs mit psychischen Schwierigkeiten deutlich erschwere bis verunmögliche. An eine Arbeitstätigkeit bzw. berufliche Massnahmen sei nicht zu denken.

4.3.7 Im Gutachten vom 31. Dezember 2013 (AB 164.1) diagnostizierte Dr. med. E. _____ nächtliche psychosenahe Zustände, gelegentliches Auftreten tagsüber unter Belastung (ICD-10: F23.8), einen aktenanamnestisch bekannten IQ von 79 sowie eine somatoforme Schmerzstörung, gebessert (ICD-10: F45.4 [S. 9]). Er hielt fest, die Diagnosestellung sei weiterhin schwierig. Unterdessen habe sich die Unsicherheit zusätzlich verstärkt. Als konstant könnten die nächtlichen psychoseähnlichen Zustände angesehen werden. Im Zusammenhang damit leide die Versicherte an Verstimmungen, insgesamt habe sich die Stimmungslage aber verbessert. Zwar benutze sie den Unfall als einzige Erklärung für

ihr Leiden, eine PTBS sei aber nicht objektivierbar, da die typischen Symptome für diese Diagnosestellung, vor allem Flashbacks, nicht nachweisbar seien. Im Rahmen der Untersuchung habe sich ergeben, dass die laut wahrgenommenen Stimmen tatsächlich seltener vorhanden seien als bisher angenommen, da oft nur "normale" Gewissensstimmen aufträten. Zudem sei die Stimmungslage besser, da die Versicherte plane, selbstständig zu wohnen. Die Situation werde vor allem durch die unbefriedigende medikamentöse Behandlung mit Malcompliance kompliziert. Dies sei ein unbefriedigender Zustand, da die psychische Störung auf Neuroleptika positiv ansprechen würde. Daher sei dringend zu empfehlen, der Versicherten die Unabdingbarkeit einer medikamentösen Behandlung nochmals zu erklären bzw. eine derartige einzuleiten, dies unter regelmässiger Kontrolle. Vor der Durchführung einer derartigen Therapie, welche zielführend und zumutbar sei, könne das Ausmass der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht endgültig beurteilt werden (S. 9 ff.). In der jetzigen psychiatrischen Verfassung sei die Versicherte kaum fähig, eine konstante relevante Arbeitsleistung zu erbringen. Seit November 2010 sei sie arbeitsunfähig (S. 12 Ziff. C.2./6.). Die geltend gemachten Beschwerden seien durch die Diagnose einer psychoseähnlichen Störung mit ihren negativen Auswirkungen grösstenteils erklärbar. Daneben gebe es psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren, welche nicht zu vernachlässigen seien (lange Phase von Arbeitsuntätigkeit, invalide Mutter, arbeitsunfähiger Vater [S. 14 Ziff. 2]).

4.3.8 Im Bericht vom 24. April 2014 (AB 170) führte Dr. med. I. _____ aus, entsprechend der Aufforderung des Gutachters Dr. med. E. _____ sei nochmals ein medikamentöser Behandlungsversuch unternommen und dabei die Compliance überprüft worden (vgl. dazu AB 172 S. 4 f.). Die Patientin habe daraufhin weiterhin über die gleichen Phänomene berichtet. Weil die Medikation keine Veränderung bewirkt habe, sei diese wieder gestoppt worden. Es sei davon auszugehen, dass die Halluzinationen nicht schizophrener Natur, sondern traumatischen Ursprungs seien, wogegen Neuroleptika tatsächlich schlecht helfen würden.

4.3.9 Dem Verlaufsgutachten von Dr. med. E. _____ vom 28. Oktober 2014 (AB 179.1) sind die bereits im Gutachten vom 31. Dezember 2013 (AB 164.1) aufgeführten Diagnosen zu entnehmen (S. 6). Der Verlauf sei vorsichtig positiv. Die Versicherte habe es geschafft, sich von den Eltern zu trennen bzw. seit ca. einem Jahr selbstständig zu leben. Es falle auf, dass sie im Rahmen der Untersuchung von sich aus erst nach vierzig Minuten auf das Stimmenhören zu sprechen komme. Dies lasse den Schluss zu, dass diese Problematik nicht mehr länger im Vordergrund stehe. Vor allem klage sie über den Tinnitus und das Übergewicht. Die Stimmen seien vor allem nachts vorhanden. Ein Teil davon seien "normale" Gewissensstimmen. Da ansonsten keine Hinweise für eine Psychose bestünden (kein Wahn, keine spezifischen Denkstörungen) könne davon ausgegangen werden, dass bloss ein psychosenaher Zustand bestehe. Eine Schizophrenie könne nicht nachgewiesen werden, da die diesbezüglichen Kriterien der ICD-10 nicht erfüllt seien (S. 6 f.). Die Tatsache, dass sich die Versicherte jetzt nicht neuroleptisch behandeln lasse, spreche eher dafür, dass der Leidensdruck in Hinsicht auf das Stimmenhören nicht sehr hoch sei. Das Stimmenhören alleine, welches vor allem nachts auftrete, schränke die Arbeitsfähigkeit nur wenig ein (S. 7). Die Ausführungen der behandelnden Psychiaterin im Bericht vom 24. April 2014 (AB 170) erachtete der Gutachter als nicht nachvollziehbar. Es sei wissenschaftlich nicht bekannt, dass traumatisch verursachte Halluzinationen schlechter therapierbar seien. Dass die Halluzinationen traumatischen Ursprungs seien, sei spekulativ, seien doch keine hirnorganischen Veränderungen nach dem Unfall festgestellt worden. Zudem habe eine PTBS ausgeschlossen werden können (S. 11 Ziff. 4.).

Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin hin führte der Gutachter im Schreiben vom 19. Dezember 2014 (AB 181) aus, bis Ende 2012 habe eine Arbeitsunfähigkeit von ca. 60 % bestanden. Seit Anfang 2013 bestehe keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit mehr.

In zwei weiteren Stellungnahmen vom 22. April 2015 (AB 197) und vom 26. Mai 2015 (AB 202) erneuerte der Gutachter einerseits seine Einschätzung, wonach eine Medikation mit einem Neuroleptikum zumutbar und ziel-

führend sei, und andererseits führte er aus, er könne rückblickend nicht erklären, warum er im Gutachten vom 31. Dezember 2013 eine Arbeitsunfähigkeit seit November 2010 attestiert habe. Tatsächlich sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt gewesen.

4.3.10 Dem Gutachten von Dr. med. F. _____ vom 14. März 2016 (AB 223.1) sind die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (S. 30):

- Chronifizierte PTBS (ICD-10: F43.1); DD anhaltende Persönlichkeitsveränderung (ICD-10: F62.0) mit/bei:
 - anhaltenden akustischen und optischen Halluzinationen
 - erhöhter Reizbarkeit und Impulsivität
 - depressiver und ängstlicher Symptomatik
 - Regressionstendenzen
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen (ICD-10: F45.41)
- Leichte neuropsychologische Dysfunktion unklarer Ätiologie mit exekutiver Minderfunktion im verbal-kognitiven Bereich, Lernbehinderung bei approximativ IQ 79 mit/bei:
 - unreifen Persönlichkeitszügen (ICD-10: Z73).

Bezüglich der diagnostizierten PTBS könne der Verkehrsunfall im Jahr 2009 als auslösendes Trauma definiert werden. Die Versicherte gebe an, den Unfall wiederholt in Bildern wieder zu erleben (Flashbacks), wobei diese Bilder durch Autos der gleichen Marke oder Hören eines Rettungswagens ausgelöst werden könnten. Seit dem Unfall würden akustische und optische Halluzinationen bestehen. Sie höre eine männliche abwertende Stimme und sehe die Gestalt des "Teufels". Die Versicherte beschreibe sich als wesensverändert. Früher sei sie lebensfroh und aktiv gewesen, heute verbringe sie fast die ganze Zeit zu Hause. Die Impulsivität, Stimmungslabilität und die bestehende Ängstlichkeit könnten ebenfalls im Rahmen der chronifizierten PTBS interpretiert werden. Darüber hinaus sei die bestehende depressive Symptomatik auch im Rahmen dieser Diagnose zu bewerten. Eine eigenständige psychotische oder affektive Erkrankung sei nicht objektivierbar (S. 31). Für die von der Versicherten geschilderte Schmerzsymptomatik habe in den bisherigen Untersuchungen kein ausreichendes somatisches Korrelat festgestellt werden können. Die Versicherte berichte über seit dem Unfall 2009 anhaltend bestehende Kopf- und Nackenschmerzen. Es sei davon auszugehen, dass die psychischen Faktoren eine wichtige Rolle für die Aufrechterhaltung und den Schweregrad der

Schmerzsymptomatik spielten, jedoch nicht ursächlich dafür seien; als Ursache könne der Unfall bewertet werden (S. 32). Der IQ von 79 und die unreifen Persönlichkeitszüge hätten per se keinen Krankheitswert. Im Gesamtkontext müssten sie jedoch dahingehend interpretiert werden, dass die Ressourcen für die Krankheitsbewältigung reduziert seien (S. 32). Die diagnostischen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung seien nicht erfüllt. Die schwankende Emotionalität und Impulsivität/Aggressivität seien im Rahmen der chronifizierten PTBS bzw. der Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung zu interpretieren. Hinweise für eine zusätzliche Persönlichkeitsstörung lägen nicht vor. Ebenso seien die diagnostischen Kriterien einer paranoiden Schizophrenie oder einer anderen schizophreniformen Erkrankung nicht erfüllt. Die seit dem Unfallereignis auftretenden optischen und akustischen Halluzinationen seien am ehesten im Rahmen der Traumatisierung zu interpretieren (S. 33). Es bestünden verschiedene invaliditätsfremde Faktoren, welche jedoch nicht als ursächlich für die bestehende Symptomatik einzustufen seien. Ein negativer Einfluss sei jedoch nicht auszuschliessen (S. 35). Hinweise auf Simulation oder Aggravation lägen nicht vor. Eine leichte Verdeutlichungstendenz habe objektiviert werden können. Diese werde im Rahmen der unreifen Persönlichkeitszüge und geringen intellektuellen Ressourcen interpretiert (S. 36).

Von August 2010 bis November 2012 sei die Versicherte fast ununterbrochen in stationären oder teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen gewesen. Für diesen Zeitraum sei schon rein formal eine vollständige Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Der genaue Verlauf der Arbeitsunfähigkeit sei schwer nachvollziehbar, da wenig konkrete Angaben der Behandler vorlägen. Aus den Akten ergäben sich keine Hinweise darauf, dass nach 2012 zwischenzeitlich eine relevante Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Spätestens ab dem Begutachtungszeitpunkt sei von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (S. 34 f.).

4.3.11 Dr. med. I. _____ hielt im Bericht vom 12. April 2016 (AB 225) fest, die Therapie sei Mitte Januar 2016 beendet worden, da sich die Symptomatik weiterhin nicht habe verändern lassen. Auf den Einsatz von Medikamenten sei bei Wirkungslosigkeit verzichtet worden. Eine berufliche

Tätigkeit sei nicht möglich, die Patientin komme bereits im Alltag an ihre Grenzen.

4.3.12 In der Stellungnahme vom 28. April 2016 (AB 226) betreffend die Frage nach einer revisionsrelevanten Veränderung des Gesundheitszustandes seit dem 7. September 2011 führte Dr. med. F. _____ aus, aufgrund der Berichte der behandelnden Ärzte aus dem Jahr 2011 werde deutlich, dass bereits zu diesem Zeitpunkt die Ausprägung der pathologischen psychischen Befunde in vergleichbarem Mass wie heute bestanden hätten. Es sei daher davon auszugehen, dass bereits zum damaligen Zeitpunkt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Eine seither eingetretene relevante Verschlechterung habe nicht objektiviert werden können. Es sei aus ihrer fachlichen Einschätzung nicht nachvollziehbar, dass im Rahmen der damaligen Begutachtung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert worden sei. Mit Bericht vom 1. Januar 2017 (AB 237) bestätigte sie diese Einschätzung.

4.4 Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf die Einschätzung der Gutachterin Dr. med. F. _____ davon aus, im massgebenden Vergleichszeitraum (vgl. E. 4.1 hiervor) sei keine revisionsrelevante Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten. Sie hat das Leistungsbegehren dementsprechend abgewiesen. Hiergegen bringt die Beschwerdeführerin im Wesentlichen vor, es sei nicht erstellt, dass sich ihr Gesundheitszustand im Verlauf (d.h. seit der Verfügung vom 7. September 2011) weder verbessert noch verschlechtert habe. Da ein Revisionsgrund nicht ausgeschlossen werden könne, sei eine freie Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen vorzunehmen und gestützt auf das beweiskräftige Gutachten von Dr. med. F. _____, welches ihr eine vollständige Arbeits- und Leistungsunfähigkeit attestiere, habe sie Anspruch auf eine ganze Rente (Beschwerde S. 6 ff. Ziff. 6 ff.).

Aus der Selbstdarstellung der Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtungen durch Dr. med. E. _____ als auch durch Dr. med. F. _____ ergibt sich ohne weiteres, dass die Beschwerdeführerin ihre Beschwerden wie auch ihr berufliches Versagen auf den Verkehrsunfall vom Dezember 2009 zurückführt (AB 179.1 S. 3, 223.1 S. 19). Dies trifft jedoch offensichtlich nicht zu. Mit Blick auf die umfassende medizinische

Dokumentation fällt auf, dass die Darstellungen der Beschwerden im Verlauf der diversen medizinischen Behandlungen und Untersuchungen zusehends dramatischer und mit den echtzeitlichen Erhebungen im Widerspruch stehend ausgefallen sind. Mit der Befassung durch Dr. med. F._____ ergab sich ein weiteres Mal eine Steigerung der Dramatik der vorgetragenen (psychischen) Beschwerden. Dabei ist vorweg festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin selbst nicht von Entwicklungen spricht, sondern ihre neuen Darstellungen konsequent retrospektiv versteht. Dem kann nicht gefolgt werden.

4.5 Dr. med. F._____ diagnostizierte auf der Basis der von der Beschwerdeführerin vorgetragenen Beschwerden und in Ergänzung der bereits von Dr. med. E._____ attestierten Schmerzstörung (ICD-10: F45.41 [AB 164.1 S. 9]) insbesondere eine chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1). Sie hielt dabei fest, die Ausprägung der pathologischen psychischen Befunde habe bereits seit mindestens dem Jahr 2011 in gleichem Mass wie anlässlich ihrer Begutachtung bestanden. Eine eigentliche Veränderung sei nicht eingetreten. Hinsichtlich der Einschätzung allfälliger Veränderungen der Situation deckt sich dieses Gutachten damit ohne weiteres mit der Beurteilung des Dr. med. E._____. Letzterer hatte jedoch eine weit weniger dramatische Befundlage erhoben. Zu klären bleibt damit, ob entgegen der Annahme beider Gutachter dennoch eine Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin objektiviert werden kann.

4.5.1 Dr. med. F._____ hat in ihrer Beurteilung auf die bisher dramatischste Befundschilderung der Beschwerdeführerin abgestellt, eine Veränderung in der zu objektivierenden medizinischen Sachlage jedoch wie dargestellt ausgeschlossen. Auch diese Gutachterin ging davon aus, der Gesundheitsschaden habe bereits vor Erlass der letzten Verfügung gleichermaßen bestanden, weshalb sie ausführte, nach ihrer fachlichen Einschätzung sei nicht nachvollziehbar, dass der Versicherten in der früheren Begutachtung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert worden sei. Diese Einschätzung erfolgte jedoch, ohne dass die Gutachterin die sich aus den früheren Akten ergebenden Diskrepanzen in der Selbstdarstellung der

Beschwerdeführerin nachvollziehbar diskutiert hätte. Es ist dabei insbesondere auf das Folgende hinzuweisen:

- Die Beschwerdeführerin gab gegenüber der Gutachterin an, sie sehe den Teufel (teilweise eigenständig, teilweise in anderen Personen), dieser sei monsterhaft gross und beleidige sie. Er drohe ihr zudem, sie umzubringen (AB 223.1 S. 19). Die Gestalt wurde dabei anders als bis anhin detailliert beschrieben. Die Beschwerdeführerin selbst bezog diese Beschreibung aktenwidrig ausdrücklich bereits auf die Zeit des ersten Erscheinens (AB 223.1 S. 21). Bis anhin war jedoch allein von "Schatten" die Rede. Auch wenn die Beschwerdeführerin diesbezügliche Angaben gegenüber Dr. med. E. _____ bei der neuen Gutachterin in Abrede stellte, ist jedoch zu beachten, dass sie die gleichen Angaben echtzeitlich zahlreich auch gegenüber den behandelnden Ärzten gemacht hatte (z.B. AB 140 S. 9; 145 S. 37, S. 40).
- Nachdem die angeblichen Halluzinationen (Schatten / Stimmen) früher vor allem für die Nacht geltend gemacht worden waren, werden sie nun auch (ebenfalls retrospektiv) für Zeiten, in denen sie einkaufe, behauptet (AB 223.1 S. 19).
- Gegenüber der Gutachterin schilderte die Beschwerdeführerin, sie träume in der Nacht vom Unfall und sie sehe die Unfallbilder vor sich, wenn sie den gleichen Wagentyp ihres damaligen Autos sehe oder einen Rettungswagen höre. Auch dies bezieht die Beschwerdeführerin auf die Zeit bereits unmittelbar nach dem Unfall (AB 223.1 S. 22). Echtzeitlich konnten jedoch von den behandelnden Ärzten während Jahren nie Flashbacks objektiviert werden (vgl. hierzu auch nachfolgend E. 4.5.2 in fine).
- Hinsichtlich des Krankenhausaufenthalts nach dem Verkehrsunfall im Dezember 2009 machte die Beschwerdeführerin gegenüber der Gutachterin geltend, eine Woche im Spital verbracht zu haben (AB 223.1 S. 22), wobei sie effektiv mit einem GCS-Score (Glasgow Coma Scale) von 15 – was dem bestmöglichen Wert entspricht (vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. 2014, S. 786) – ohne be-

deutende Befunde eingeliefert und bereits weniger als 48 Stunden später wieder entlassen wurde (AB 87.2 S. 1, 100.25 S. 5, 100.27 S. 2 f.).

- Gegenüber der Gutachterin wird schliesslich ein erstmaliger Suizidversuch mittels Tabletteneinnahme behauptet (AB 223.1 S. 20). Echtzeitliche Angaben von dritter, insbesondere ärztlicher, Seite fehlen hierzu vollständig. Hingegen machte die Beschwerdeführerin früher wie aktuell immer geltend, sie würde sich wegen der Mutter nie umbringen (AB 154 S. 4, 223.1 S. 20).
- In das Bild der inzwischen hohen Dramatisierung passen auch die im Rahmen der durch einen Sozialarbeiter des Spitals G._____ am 18. April 2013 erstellten IV-Neuanmeldung erfolgten Angaben. Es wird dort als Ausgangspunkt aller Probleme auf einen Verkehrsunfall im Säuglingsalter hingewiesen, bei dem die Beschwerdeführerin aus dem Auto geschleudert worden sei und nach Angaben der Mutter eine Deformation des Kopfes erlitten habe (AB 140 S. 1). Im Bericht des Spitals G._____ vom 30. September 2010 wurde ein Autounfall im Säuglingsalter zwar ebenfalls erwähnt; es wurde jedoch auch festgehalten, dass die Beschwerdeführerin dabei unverletzt geblieben sei (AB 100.3 S. 2). Ob ein solcher Unfall stattgefunden hat, braucht hier nicht abschliessend geklärt zu werden. Erstellt ist auf jeden Fall, dass eine schwere Kopfverletzung aufgrund der nach dem Verkehrsunfall vom Dezember 2009 vorgenommenen und unauffällig gebliebenen radiologischen Abklärungen am Schädel ausgeschlossen werden kann (AB 87.2 S. 6).

Wenn die Gutachterin Dr. med. F._____ vor diesem Hintergrund hinsichtlich der von ihr postulierten (Haupt-)Diagnose einer PTBS (ICD-10: F43.1) zwar den Wortlaut der diagnostischen Leitlinien (AB 223.1 S. 31) zitiert, es jedoch unterlässt eine einlässliche Diskussion zu führen und sich auch mit den früheren Beurteilungen, welche eine solche Störung gerade ausschlossen, auseinanderzusetzen, so kann auf ihre Einschätzung nicht abgestellt werden. Wie die Gutachterin mit Blick auf die offensichtlichen Inkonsistenzen in den biographischen wie auch gesundheitlichen Schilderungen davon ausgehen konnte, es lägen keine Anzeichen für eine Aggra-

vation bzw. allenfalls Simulation vor, hat sie nicht begründet (AB 223.1 S. 26 und 36), zumal bereits in im Anschluss an den Verkehrsunfall vom 25. Dezember 2009 erstellten Berichten von einer erheblichen Symptomausweitung, massiver Selbstlimitierung und reduzierter Kooperation die Rede war (AB 87.2 S. 6, 10 und 15 ff.). Davon, dass die Beschwerdeführerin zufolge eines psychischen Gesundheitsschadens nicht in der Lage wäre, konsistent zu sein und zu bleiben bzw. deswegen ihre Darstellung konstant verändert, geht schliesslich auch die Gutachterin nicht aus.

4.5.2 Wenn der Gutachter Dr. med. E. _____ in seinem Gutachten vom 31. Dezember 2013 (AB 164.1) nach Befundaufnahme anlässlich zweier Untersuchungen in einer nachvollziehbaren Diskussion des Wahngeschehens in der damals präsentierten Form eine PTBS ausschloss, so überzeugt dies. Zunächst fehlt ein Geschehen katastrophentypischen Ausmasses im Sinne der diagnostischen Leitlinien (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 207 f.). Der hier erfolgte Verkehrsunfall vom 15. Dezember 2009 (Überschlagen des Fahrzeuges nach Ausweichmanöver [AB 100.24 S. 4]) war zweifellos eindrücklich, stellt jedoch keine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung dar, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde (vgl. dazu Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] vom 28. Dezember 2006, I 203/06, E. 4.4). Hinzu kommt, dass es auch an den für die Diagnose einer PTBS relevanten echtzeitlichen Befunden im unmittelbaren Nachgang zum Unfall fehlt. So treten die entsprechenden Beschwerden gemäss den diagnostischen Leitlinien innert Wochen bis Monaten, jedoch selten nach sechs Monaten auf. Eine mögliche PTBS wurde vorliegend (als zweite Diagnose nach einer paranoiden Schizophrenie [ICD-10: F20.0]) erstmals im Bericht des Spitals K. _____, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, vom 27. Dezember 2010 (AB 145 S. 46 ff.), mithin ein Jahr nach dem Unfall und nach einer psychosomatischen Behandlung, erwähnt. Darin wurde zum ersten Mal von quälenden Albträumen berichtet, in denen die Beschwerdeführerin immer wieder ihren Unfall erlebe (AB 145 S. 50). Im knapp einen Monat früher erstellten Austrittsbericht des Spitals G. _____ vom 29. November 2010 (AB 145 S. 53 ff.) betreffend eine viereinhalb Monate dauernde

Behandlung in der psychiatrischen Tagesklinik wurden Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen hingegen ausdrücklich ausgeschlossen. Einzig wurde auf gegen Ende des Aufenthalts geltend gemachte Angstzustände mit dem Hören von Stimmen, welche ihr eingeben würden, sie sei nichts wert, hingewiesen. Diese Befunde entsprechen nicht den gemäss den Diagnoserichtlinien erforderlichen typischen Merkmalen, insbesondere im Sinne von Flashbacks, einer PTBS (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], a.a.O., S. 207). Die behandelnden Fachärzte stellten damals denn auch basierend auf ihre Befunde (allein) die Diagnose einer depressiven Episode mittleren Grades (ICD-10: F32.11).

Ob es vor diesem Hintergrund angezeigt war, dass Dr. med. E. _____ bei durchaus fraglicher Compliance einem weiteren Medikationsversuch Chancen zugemessen hat (AB 164.1 S. 11), wohingegen die behandelnden Ärzte geltend gemacht hatten, bereits mit verschiedensten Medikamenten ohne jegliche Auswirkung experimentiert zu haben (vgl. AB 140 S. 5, S. 13), braucht hier nicht abschliessend geklärt zu werden. Zumal auch die Gutachterin Dr. med. F. _____ nochmals eine Depressionstherapie angeregt hat (AB 223.1 S. 35), obwohl sie selbst die von den behandelnden Ärzten lange Zeit als reaktive Anpassungsstörung attestierte Störung (AB 145 S. 53 ff.) gar nicht diagnostiziert hat. Tatsache ist, dass die Medikation auf jeden Fall keinen Effekt auf die geltend gemachten psychoseähnlichen Symptome hatte (AB 172 S. 2, 225 S. 3) und diese Symptome bis heute nicht objektiviert werden konnten.

4.5.3 Im Gutachten vom 28. Oktober 2014 (AB. 179.1) schloss Dr. med. E. _____ in Übereinstimmung mit den behandelnden Ärzten schliesslich auch eine Schizophrenie aus (S. 6 f.). Dies ist nachvollziehbar und überzeugt, zumal die Problematik des Stimmenhörens nach wie vor von der Beschwerdeführerin kaum definiert worden war und psychiatrisch nicht objektiviert werden konnte. Im Weiteren widersprach der Gutachter der behandelnden Ärztin hinsichtlich der Genese der angeblichen Halluzinationen nachvollziehbar und überzeugend. So hat er insbesondere erneut darauf hingewiesen, dass eine PTBS auszuschliessen sei. Davon, dass zufolge der bei Dr. med. F. _____ nun detailliert (retrospektiv) beschriebenen

Halluzinationen die Diagnose der Schizophrenie wieder in Erwägung gezogen werden müsste, ging auch diese Gutachterin nicht aus.

4.5.4 Dass die Gutachten des Dr. med. E. _____ hinsichtlich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gewisse Inkonsistenzen aufweisen, was mit ein Grund für die weitere Verlaufsbeurteilung durch eine neue Gutachterin war (vgl. AB 204 S. 4), ändert nichts daran, dass Veränderungen im Gesundheitszustand nicht zu objektivieren sind. Für die vom Gericht zu beurteilende Frage einer Veränderung der (gesundheitlichen) Situation sind Befundlage und Diagnostik massgeblich. Angesichts der wenig spezifischen Befunde ist die diagnostische Einordnungen der geklagten Beschwerden bis heute sowohl von den behandelnden Ärzten wie den Gutachtern sehr verschieden erfolgt. Damit stellt es auch keinen Mangel an den Gutachten des Dr. med. E. _____ dar, dass er in diagnostischer Hinsicht vor wie nach der Verfügung vom 7. September 2011 – bei bisher breitem Spektrum an Erklärungsversuchen – keine eigene relevante medizinische Diagnose stellen konnte (AB 164.1 S. 9 f.). Dies belegt letztlich allein, dass versicherungsmedizinisch eine von den problematischen psychosozialen Belastungsfaktoren unabhängige psychische Störung nicht erstellt werden kann. Entgegen der Annahme der Beschwerdeführerin beweist die letzte Begutachtung durch Dr. med. F. _____ denn auch keineswegs eine früher falsche Beurteilung der medizinischen Sachlage.

4.6 Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ist bei rein objektiver Betrachtung im massgebenden Zeitraum (vgl. E. 4.1 hiavor) unverändert geblieben. Veränderungen in erwerblicher Hinsicht liegen ebenfalls nicht vor. Dementsprechend hat die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 16. Januar 2017 (AB 238) zu Recht mangels revisionsrechtlich relevanter Veränderung abgewiesen. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

5.

5.1 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten,

wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1). Diese Voraussetzungen sind vorliegend erfüllt, womit das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt B. _____ als amtlicher Anwalt gutzuheissen ist.

5.2 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen. Vorliegend werden die Verfahrenskosten auf Fr. 800.-- festgesetzt und der unterliegenden Beschwerdeführerin auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird sie – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – jedoch von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

5.3 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) kein Anspruch auf eine Parteienschädigung.

5.4 Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt B. _____ als amtlicher Anwalt bleibt dessen amtliches Honorar festzulegen.

Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die

Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Mit Kostennote vom 22. April 2016 macht Rechtsanwalt B._____ einen Aufwand von 6.77 Stunden bzw. ein Honorar von Fr. 1'624.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 41.60 sowie Mehrwertsteuer von 8 % (von Fr. 1'665.60) im Betrag von Fr. 133.20, total Fr. 1'798.80, geltend. Dies ist nicht zu beanstanden. Folglich wird der tarifmässige Parteikostenersatz für dieses Verfahren auf Fr. 1'798.80 festgesetzt. Davon ist Rechtsanwalt B._____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse ein amtliches Honorar von Fr. 1'354.-- (6.77 h x Fr. 200.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 41.60.-- und Mehrwertsteuer von Fr. 111.65 (8 % von Fr. 1'395.60), total somit eine Entschädigung von Fr. 1'507.25, auszurichten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht der Beschwerdeführerin gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt B._____ als amtlicher Anwalt wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

5. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 1'798.80 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwalt B. _____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 1'507.25 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
6. Zu eröffnen (R):
- Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bun-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 29. Juni 2017, IV/17/180, Seite 28

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.