



**Fall-Nr.:** IV 2014/46  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 19.12.2019  
**Entscheiddatum:** 16.11.2016

### **Entscheid Versicherungsgericht, 16.11.2016**

**Art. 28 Abs. 1 IVG: Anspruch auf eine Rente, Beurteilung eines tridisziplinären Gutachtens bei einer psychischen Diagnose, Einordnung einer posttraumatischen Belastungsstörung, Rückweisung aufgrund Nichtbeantwortung des Beginns und des Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. November 2016, IV 2014/46).**

Besetzung

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Fabienne Hug

Geschäftsnr.

IV 2014/46

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführerin,**

gegen

**IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,**

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand



### Rente

### Sachverhalt

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 23. August 2009 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Sie gab an, sie leide an einer Rückenkrümmung, an Nervenproblemen, an Rücken- und an psychischen Beschwerden und sie sei seit dem 13. Mai 2009 zu 100% arbeitsunfähig. Gemäss dem Auszug aus dem individuellen Beitragskonto (IK) hatte sie im Jahr 2008 Fr. 41'575.-- verdient (IV-act. 9). Vom 1. Oktober 2003 bis zum 31. August 2009 (recte: 31. Mai 2009, vgl. IV-act. 13-11) war die Versicherte zu 50% bei der B.\_\_\_\_ AG als Maschinen- und Anlagebedienerin zu einem Lohn von Fr. 3'455.-- angestellt gewesen (IV-act. 13-2). Somit bezieht sich die Angabe der Arbeitgeberin zum beitragspflichtigen Lohn der versicherten Person von Fr. 44'915.-- auf eine Entschädigung bei einem Pensum von 100%. Die Arbeitgeberin hatte der Versicherten aufgrund der anhaltend schlechten Auftragslage am 19. März 2009 auf Ende Mai 2009 gekündigt. Die Klinik Z.\_\_\_\_ hatte der Versicherten am 3. Juni 2009 eine leichte linkskonvexe degenerative LWS-Skoliose (Scheitel L3) und eine leichte diffuse Discusprotrusion (L2-L5) attestiert (IV-act. 19-10). Am 30. Juni 2009 hatte die Klinik E.\_\_\_\_ berichtet, die Versicherte leide an einer linkskonvexen grossbogigen lumbalen Skoliose mit Cobb-Winkel von 25 Grad (IV-act. 19-8). Es bestehe kein Nachweis auf eine Diskushernie. Die Versicherte zeige rechts ein massiv theatralisch wirkendes antalgisches Gangbild (IV-act. 19-6). Bemerkenswert sei, dass die Versicherte trotz der Angabe massiver Schmerzen im Bereich des Rückens und des rechten Beins beim Aufsteigen auf die Untersuchungsliege sofort spontan in den Langsitz gegangen sei. Es handle sich um eine somatoforme Störung, möglicherweise im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung, weshalb keine weiteren Infiltrationen und auch keine Operationen im Bereich der Lendenwirbelsäule empfohlen seien. Aus neurologischer Sicht liege eine Arbeitsfähigkeit von 100% vor, obwohl aus psychiatrischer Sicht möglicherweise eine Arbeitsunfähigkeit bestehe. Im Auftrag der Swica erstellten Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_, Neurologie FMH, und Dr. med. D.\_\_\_\_, Psychiatrie, am 16. September 2009 ein neurologisches und psychiatrisches Gutachten (Swica-act. 2 und 3). Dr. D.\_\_\_\_ führte aus, dass aufgrund eines depressiv-ängstlichen



Syndroms mit Somatisierung und Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bestehe, welche mindestens noch für weitere sechs Monate anhalten werde. Dr. C.\_\_\_\_ berichtete, die Versicherte leide an einem depressiven Syndrom mit Verdacht auf Somatisierung, an Hypertonie und möglicherweise an Migräne. Die erhobenen neurologischen Befunde zeigten keinen sicheren oder wahrscheinlichen Hinweis für eine behindernde Läsion am zentralen oder peripheren Nervensystem. Sie seien somit nicht ausreichend für eine neurologisch begründbare Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die von der Versicherten vorgetragene Beschwerden (Schmerzen entlang der Wirbelsäule, Hemikranien) seien am ehesten im Kontext eines depressiven Syndroms zu verstehen und zu behandeln. Es liege ein erhebliches depressives Syndrom vor, welches eine Arbeitsunfähigkeit von 100% - zunächst begrenzt für sechs Monate - rechtfertige. Am 24. September 2009 bestätigten zwei andere Ärzte der Klinik E.\_\_\_\_ die bisher gestellten Diagnosen. Sie berichteten, dass die Beschwerden nur unwesentlich besser geworden seien, weshalb davon ausgegangen werden könne, dass die linkskonvexe lumbale Skoliose weder die Ursache der Rücken- noch die Ursache der Beinschmerzen sei. Insbesondere die Beinschmerzen der Versicherten könnten nicht erklärt werden. Aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht gebe es deshalb keine Möglichkeit, die Beschwerden zu verbessern (IV-act. 19-5).

A.b Am 14. Dezember 2009 berichtete Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, dass die invasiv tätigen Spezialisten kaum im Stande seien, die Gesamtsituation der Versicherten korrekt einzuschätzen (IV-act. 19-1). Aus dem ortho-pädischen respektive wirbelsäulenchirurgischen Fachgebiet könne bezüglich der beruflichen Belastbarkeit keine Aussage gemacht werden. Aufgrund der im MRI, im Röntgenbild sowie im CT vorliegenden Befunde sei es möglich, dass die Versicherte einer ganztägigen (100%) Tätigkeit nachgehen könne. Es sei aber auch möglich, dass ihr die vorliegenden Befunde invalidisierende Schmerzen verursachten. Gemäss dem Austrittsbericht des Spitals G.\_\_\_\_ vom 16. Dezember 2009 litt die Versicherte an einer posttraumatischen Belastungsstörung mit aktuellen Bauchschmerzen (IV-act. 24). Am 25. Januar 2010 hielt Dr. med. H.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, fest, dass bei der Versicherten eine passive Strategie mit einer erheblichen Therapieresistenz bestehe (IV-act. 23). Am 13. Februar 2010 gab Dr. med. I.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, an, aufgrund der Kriegserlebnisse der Versicherten lägen eine chronifizierte,



subsyndromale posttraumatische Belastungsstörung, eine posttraumatische Persönlichkeitsveränderung und eine rezidivierende depressive Episode mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vor (IV-act. 24-2). Trotz der Schwere des psychischen Leidens sei die Versicherte als Produktionsmitarbeiterin jahrelang tätig gewesen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage aus rein psychiatrischer Sicht ungefähr 70%. Gleichwohl sei eine weitere Krankschreibung von mehr als 50% kontraindiziert, da sich die depressive Symptomatik aufgrund des dann eintretenden Verlustes an Aktivität und Sozialkontakten eher verstärken würde. Die Arbeitszeit sei stufenweise zu erhöhen, um die drohende Invalidisierung zu vermeiden. Er empfehle eine berufliche Massnahme. Von einer Berentung rate er ab. Konkret sei die Versicherte ab dem 1. März 2010 wieder zu 50% arbeitsfähig. Am 28. Juni 2010 berichtete Dr. med. J.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, die Versicherte leide an einer schweren depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung mit zwei Suizidversuchen (IV-act. 37). Aufgrund von Konzentrationsstörungen, einer stark verminderten Leistungsfähigkeit und starken Anpassungsschwierigkeiten könne sie momentan keine Arbeit ausführen. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar.

A.c Am 7. Juli 2010 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass aufgrund des Gesundheitszustandes keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien und deshalb ein Anspruch auf eine Rente geprüft werde (IV-act. 40). Die Swica beauftragte Dr. med. K.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie, am 28. September 2010 mit der Erstellung eines Gutachtens. In seinem Gutachten vom 14. Oktober 2010 hielt Dr. K.\_\_\_\_ fest, dass es keine Hinweise für eine willentliche Herbeiführung oder eine massive Verdeutlichung psychischer oder körperlicher Störungen im Sinne einer Aggravation oder Simulation gebe. Aus psychiatrischer Sicht bestehe für jede Tätigkeit unter den Bedingungen der freien Wirtschaft eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Die Prognose einer kurzfristigen Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei angesichts des deutlich prolongierten Behandlungs- und Heilverlaufs sowie der ungünstigen psychosozialen Kontextfaktoren wenig wahrscheinlich (IV-act. 50). Am 5. November 2010 hielt die Klinik L.\_\_\_\_ nach dem stationären Aufenthalt der Versicherten vom 4. Mai 2010 bis zum 2. Juli 2010 fest, dass die Arbeitsfähigkeit verbessert werden könne und dass eine traumaspezifische Therapie indiziert sei. Der beginnende Rollenwechsel und der Migrationshintergrund seien als soziale Faktoren krankheitsauslösend bzw. -erhaltend



(IV-act. 46). Am 12. Dezember 2010 füllte die Versicherte den Fragebogen zur Haushaltsabklärung aus. Dabei gab sie an, in allen Bereichen auf die Hilfe der Schwiegertochter, des Mannes oder des Sohnes angewiesen zu sein (IV-act. 52). Am 3. Januar 2011 erteilte die IV-Stelle den Auftrag, die Versicherte über drei bis fünf Tage zu überwachen und festzustellen, ob diese wirklich gesundheitliche Einschränkungen aufweise (IV-act. 55). Im Bericht zu den Observationsermittlungen vom 29. April 2011 wurde ausgeführt, die Versicherte sei zwei Mal ausser Haus gegangen, einmal zusammen mit einer jüngeren Frau in ein Brockenhaus und einmal alleine in einen Lebensmittelladen. Dabei sei ihr Verhalten insgesamt unauffällig gewesen. Beim Besuch im Brockenhaus und beim Einkauf im Lebensmittelladen habe sie sich ohne Bewegungseinschränkungen und ohne irgendwelche Anzeichen von Schmerzen strecken und bücken können. Bei einer herzlichen Begrüssung einer Bekannten habe die Versicherte gelächelt. Typische Zeichen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung hätten nicht festgestellt werden können. Im Widerspruch zu den behaupteten Beschwerden stehe der zu Fuss erfolgte Besuch des ca. 500 Meter entfernten Brockenhauses ohne Erschöpfungs- oder Müdigkeitserscheinungen (IV-act. 70-5).

A.d Am 1. Juni 2011 gab die Versicherte anlässlich einer Abklärung an Ort und Stelle ("Abklärungsbericht Haushalt") an, nach einem vierwöchigen Aufenthalt in der Klinik L.\_\_\_\_ seien alle Beschwerden immer noch genau gleich wie vorher (IV-act. 72). Allgemein habe sie am ganzen Körper starke Schmerzen. Im Alltag könne sie praktisch nichts mehr alleine verrichten und sei in allem auf Hilfe angewiesen. Aufgrund des Taubheitsgefühls könne sie nicht einmal mehr ein Glas selber halten. Die Abklärungsperson der IV-Stelle berichtete, dass sich die Versicherte demonstrativ schwer krank gezeigt habe. Die Versicherte sei während des Gesprächs nur 15 Minuten sitzen geblieben und die restlichen zwei Stunden aufgrund der Schmerzen gestanden. Im ganzen Gespräch sei eine gewisse Rentenbegehrlichkeit zu spüren gewesen. Beim Abschied habe sich die Versicherte jedoch normal bewegt, sei normal gegangen und habe auch einen festen Händedruck gehabt. Die angegebenen Einschränkungen seien deshalb nicht nachvollziehbar und auch nicht glaubhaft. Eine eigentliche Einschränkung in den Haushaltstätigkeiten bestehe nur in einem geringen Ausmass. Mit der Schadenminderungspflicht des Ehemannes und des Sohnes seien diese möglichen Einschränkungen wieder egalisiert. Zudem ergaben die Ermittlungen zur Erwerbstätigkeit, dass gemäss den Ausführungen des Arbeitgebers die Versicherte



ausschliesslich an den Wochenenden (Samstag/Sonntag) gearbeitet habe. Aufgrund der damit verbundenen Zulagen sei der ausbezahlte Lohn für ein Pensum von 50% auch dementsprechend hoch. Im Verlaufsbericht vom 18. August 2011 berichtete die Klinik L.\_\_\_\_ von einer Persistenz der mittelgradig depressiven Symptomatik in Kombination mit Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung sowie von einer als somatoform eingeschätzten Schmerzsymptomatik im rechten Bein (IV-act. 75). Die Versicherte habe über Insomnie geklagt und im Alltag eine verminderte Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit gezeigt. In der medizinischen Stellungnahme der IV-Stelle vom 6. September 2011 hielt Dr. med. M.\_\_\_\_, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, fest, dass das angeblich invalidisierende depressive Syndrom, die Orientierungsstörungen sowie die körperlichen Einschränkungen durch die Observation widerlegt worden seien. In der Klinik habe die Versicherte nicht das Bild einer mittelschwer depressiven Frau gezeigt, da sie "motiviert" teilgenommen habe. Eine gewisse Angstsymptomatik und ein sozialer Rückzug als sekundäre Persönlichkeitsveränderung nach Kriegserlebnissen seien erklärbar und stellten eine eigenständige Komorbidität dar, was die Versicherte bis anhin aber nicht am Arbeiten gehindert habe. Das Zumutbarkeitsprofil umfasse leichte manuelle Arbeiten ohne Zeitdruck (IV-act. 77). Am 23. November 2011 bestätigte das Spital Y.\_\_\_\_, Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer, die bisher gestellten Diagnosen und berichtete, dass die Versicherte therapiemotiviert sei, einen Deutschkurs besuche und eigentlich gerne wieder arbeiten würde (IV-act. 90-10).

A.e Am 14. Dezember 2011 teilte die IV-Stelle der Versicherten mittels eines Vorbescheids mit, dass sie vorsehe, das Leistungsbegehren abzuweisen. Verschiedene Ärzte hätten eine Arbeitsfähigkeit von 100% attestiert, die geltend gemachten Einschränkungen seien aus medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar und die Observationsergebnisse sprächen gegen eine Arbeitsunfähigkeit. Sowohl aus psychiatrischer als auch aus somatischer Sicht sei es ihr zumutbar, weiterhin zu 100% einer angepassten Tätigkeit nachzugehen (IV-act. 82). Am 16. Dezember 2011 bestätigte Dr. J.\_\_\_\_ ihre bereits früher gestellte Diagnose. Demzufolge sei die Versicherte in der freien Wirtschaft voll arbeitsunfähig und in einem geschützten Rahmen ungefähr 80% arbeitsunfähig (IV-act. 90-8). Am 17. Februar 2012 wandte Frau Barth (Paralegal bei memos, Rechtsberatung und Übersetzungen) als Vertretung der Versicherten ein, dass die Schlussfolgerungen aus der Observation nicht gerechtfertigt



seien und dass auch sonst der Gesundheitszustand nicht richtig eingeschätzt worden sei (IV-act. 90-1). Am 10. April 2012 nahm Dr. M.\_\_\_\_ zu diesem Einwand Stellung. Er hielt fest, es sei nicht erwiesen, dass die Versicherte aus einer grossen Gruppe von bosnischen Kriegsflüchtlingen schwer traumatisiert sei. Zudem handle es sich aufgrund der Akten eher um ein syndromales Leiden als um eine posttraumatische Persönlichkeitsveränderung. Das Observationsmaterial widerlege evident die monierten körperlichen, mentalen, psychischen und sozialen Einschränkungen und zeige umgekehrt ein gutes Eingliederungspotential (IV-act. 91). Im Rahmen des rechtlichen Gehörs reichte Frau Barth am 15. Mai 2012 zwei Arztberichte ein und hielt an ihren Ausführungen fest (IV-act. 94). Am 9. Mai 2012 hatte Dr. J.\_\_\_\_ die posttraumatische Belastungsstörung bestätigt (IV-act. 94-6). Das Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer des Universitätsspitals Zürich hatte am 14. Mai 2012 festgehalten, dass aufgrund der Befunde und im Einvernehmen mit sämtlichen bisher involvierten Ärzten und Gutachtern das Vorliegen einer arbeitsrelevanten Erkrankung evident sei (IV-act. 94-7). Am 20. August 2012 räumte Dr. M.\_\_\_\_ ein, dass ein verspäteter Beginn invalidisierender Traumafolgen zwar grundsätzlich nicht unmöglich, aber im vorliegenden Fall eher unwahrscheinlich sei. Mittels der Observation habe der Versicherten zwar ein höheres und den monierten Einschränkungen deutlich widersprechendes Funktionsniveau nachgewiesen werden können, aber für die direkte Ableitung einer vollen Arbeitsfähigkeit sei das Material etwas dürftig (IV-act. 95).

A.f Im Auftrag der IV-Stelle erstattete die Begutachtungsstelle Medizinisches Zentrum Römerhof (MZR) am 25. Juli 2013 gestützt auf Untersuchungen der Versicherten vom 8. November 2012, 13. Dezember 2012 und 4. Juli 2013 ein tridisziplinäres Gutachten (IV-act. 113). Der Sachverständige für Psychiatrie und Psychotherapie stellte die Diagnose einer leichtgradigen rezidivierenden depressiven Störung und Dysthymie mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Er führte aus, die Durchführung einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) würde mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht zu konsistenten Ergebnissen führen, da angesichts des Verhaltens der Versicherten keine objektiven Ergebnisse zu erwarten seien und die Versicherte aus rein rheumatologischer Sicht voll arbeitsfähig sei. Ab sofort sei die Versicherte zu 70% arbeitsfähig (Gutachten S. 32). Der Sachverständige für Rheumatologie und manuelle Medizin stellte fest, dass sich die Versicherte in unbeobachteten anders als in beobachteten Situationen verhalten habe und dass sie an einer Schmerzentwicklung



leide, die rheumatologisch-somatisch weder nachvollziehbar noch erklärbar sei. Eine volle Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein volles Pensum in einer leichten bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit, ebenfalls in der angestammten Tätigkeit, sei zumutbar und ausgewiesen (Gutachten S. 41). Die Sachverständige für Neuropsychologie hielt fest, dass ein begründeter Verdacht auf eine nicht-authentische neuropsychologische Störung vorliege, da kein Leidensdruck spürbar gewesen sei und da die Versicherte Verhaltensweisen an den Tag gelegt habe, die nicht durch psychiatrische, neurologische oder entwicklungsbedingte Faktoren erklärbar seien. Die Testergebnisse hätten auf ein Aggravationsverhalten der Versicherten schliessen lassen, weshalb die Ergebnisse der Leistungstests inhaltlich nicht hätten ausgewertet werden können. Deshalb könne aus neuropsychologischer Sicht keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen werden (Gutachten S. 53).

A.g Am 17. Oktober 2013 teilte die IV-Stelle der Versicherten mittels eines Vorbescheids mit, dass sie vorsehe, das Leistungsbegehren abzuweisen. Gestützt auf das Gutachten der MZR führte die IV-Stelle aus, dass es etliche Hinweise auf eine subjektive Krankheitsüberzeugung und eine bewusstseinsnahe Schmerzverdeutlichung, eine Selbstlimitierung, eine Diskrepanz und Inkonsistenzen in den Aussagen und im Bewegungsverhalten der Versicherten gebe. Alle geklagten Beschwerden hätten nicht objektiviert werden können, weshalb ernsthafte Zweifel bestünden, ob überhaupt eine relevante psychische Erkrankung vorliege. Der sozialversicherungsrechtlich relevante Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit werde damit nicht erreicht. Zudem werde vermutet, dass die Beschwerden mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwunden werden könnten. Aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht liege somit kein relevanter Gesundheitsschaden und damit auch keine anerkannte Arbeitsunfähigkeit vor, weshalb auch kein Rentenanspruch bestehe (IV-act. 119). Am 15. November 2013 liess die Beschwerdeführerin einwenden, dass eine eigenständige depressive Erkrankung vorliege, welche nicht bloss die Begleiterscheinung einer somatoformen Schmerzstörung sei. Eine invalidisierende Wirkung sei deshalb nicht von vornherein auszuschliessen. Ausgehend von einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und einer Arbeitsunfähigkeit von 70% in der angepassten Tätigkeit sei der Einkommensvergleich zur Bestimmung des Invaliditätsgrads vorzunehmen (IV-act.



122). Mit einer Verfügung vom 3. Dezember 2013 wies die IV-Stelle das Rentengesuch vom 17. Oktober 2013 ab (IV-act. 125).

B.

B.a Am 20. Januar 2014 liess die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) gegen die Verfügung der IV-Stelle vom 3. Dezember 2013 (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) Beschwerde erheben. Sie beantragte die Aufhebung der Verfügung, die Anerkennung der Arbeitsunfähigkeit und die Ausrichtung von IV-Leistungen. Eventualiter seien ergänzende medizinische Abklärungen vorzunehmen. Zur Begründung liess sie anführen, keines der Abklärungsergebnisse sei so eindeutig, dass die Abweisung des Leistungsbegehrens gerechtfertigt wäre. Die Glaubwürdigkeit der Beschwerdeführerin sei nicht anzuzweifeln (act. G 1). Die Beschwerdeführerin reichte einen Bericht der Klinik L.\_\_\_\_ vom 7. Januar 2014 ein, der ihren Aufenthalt vom 11. November 2013 bis zum 12. Dezember 2013 betraf. Darin war angeführt worden, die Beschwerdeführerin sei freiwillig in die Klinik eingetreten. Durch die medikamentöse Einstellung hätten eine Stabilisierung des depressiven Zustandsbildes sowie eine Verbesserung des Schlafes und der suizidalen Gedanken erreicht werden können. Zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin machte die Klinik keine Angaben (act. G 1.6).

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 23. Mai 2014 die Abweisung der Beschwerde (act. G 7). Zur Begründung führte sie aus, dass die Akten der Taggeldversicherung berücksichtigt und gewürdigt worden seien. Zudem habe die neuropsychologische Begutachtung sehr wohl eine Bedeutung, denn wenn bei der neuropsychologischen Abklärung nicht valide Ergebnisse festgestellt würden, habe dies nicht zur Folge, dass die Abklärung keine Aussagekraft habe. Die Feststellung eines nicht validen Ergebnisses könne ein wichtiger Hinweis auf eine bewusstseinsnahe Aggravation sein. Im Gesamtzusammenhang mit der Feststellung nicht objektivierbarer körperlicher Leiden und Schilderungen von schwer nachvollziehbaren psychischen Beschwerden habe die Feststellung einer bewusstseinsnahen Aggravation eine nicht zu unterschätzende Bedeutung. Die Aussagekraft des Gutachtens werde durch die Ergebnisse der neuropsychologischen Abklärungen nicht geschwächt, sondern gestärkt. Der neu ins Recht gelegte Austrittsbericht der Klinik L.\_\_\_\_ betreffe den Klinikaufenthalt, der einige Wochen vor



dem Verfügungserlass erfolgt sei. Im Einwand vom 15. November 2013 sei dieser jedoch nicht erwähnt worden, weshalb die Kosten bei einer allfälligen Rückweisung der Sache zur ergänzenden Abklärung der Beschwerdeführerin aufzuerlegen wären. Inhaltlich vermöge der Bericht an der Gesamtbeurteilung nichts zu ändern, da er sich zum Beispiel nicht zur Arbeitsfähigkeit äussere. Der Klinikaufenthalt sei zudem auch im Zusammenhang mit dem IV-Verfahren zu sehen. Es sei häufig so, dass sich Versicherte nach dem Erhalt eines für sie ungünstigen Vorbescheids in stationäre Behandlung begäben. Dies sei eine nachvollziehbare Reaktion auf die als existenzgefährdend empfundene negative Nachricht, aber auch das Bemühen um Verdeutlichung der Beschwerden. Beides sei jedoch IV-rechtlich nicht relevant. Jedenfalls hätten die Ärzte der Klinik auch von Fortschritten berichtet.

B.c Am 7. Juli 2014 reichte die Beschwerdeführerin die Replik ein und führte aus, dass das Gutachten mangelhaft sei, da es alle materiellen Voraussetzungen nicht erfülle (act. G 9). Der Klinikaufenthalt sei unerwartet während des Einwandverfahrens zum Vorbescheid erfolgt. Aufgrund ihres schlechten Zustandes habe sie zum damaligen Zeitpunkt niemanden informieren können.

B.d Am 3. September 2014 reichte die Beschwerdegegnerin die Duplik ein und machte geltend, dass nicht auf die Rüge, das Gutachten des MZR sei mangelhaft, eingetreten werden könne, da diese nicht näher begründet werde (act. G 11). Es sei daran festzuhalten, dass die nicht validen Ergebnisse nicht auf eine ungenügende Begutachtung, sondern auf eine mangelhafte Mitwirkung der Beschwerdeführerin hinwiesen. Daraus könne die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten ableiten. (act. G 12).

### Erwägungen

1.

Eine versicherte Person, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern kann, die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen ist und die nach dem Ablauf dieses Jahres zu



mindestens 40 Prozent invalid ist, hat einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung (Art. 28 Abs. 1 IVG). Für die Bemessung der Invalidität wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung zu dem Erwerbseinkommen gesetzt, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG).

2.

2.1 Bei der Bemessung des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens ist entscheidend, wie sich die Gesundheitsbeeinträchtigung auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirkt, das heisst, welche erwerbsrelevanten Einschränkungen die Gesundheitsbeeinträchtigung verursacht und welche erwerbsrelevanten Ressourcen der versicherten Person trotz der Einschränkungen noch zur Verfügung stehen. Dabei handelt es sich um eine medizinische Frage, die entsprechend von medizinischen Fachpersonen zu beantworten ist. Vorliegend haben sich nebst diversen behandelnden Ärzten verschiedene medizinische Sachverständige in einem bidisziplinären, in einem psychiatrischen und in einem tridisziplinären Gutachten zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin geäussert.

2.2 Das von der IV-Stelle in Auftrag gegebene tridisziplinäre Gutachten sollte in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit die Frage beantworten, seit wann eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20% oder mehr bestehe und wie sich der Grad der Arbeitsunfähigkeit entwickelt habe. Im Vordergrund steht die Beurteilung der noch verbleibenden Arbeitsfähigkeit. Nebst den Akten und den Aussagen der Beschwerdeführerin stützten sich die Befunde der Sachverständigen insbesondere auf die Erkenntnisse, welche an den drei Untersuchungstagen gewonnen werden konnten. Die drei medizinischen Sachverständigen haben die Beschwerdeführerin an je einem Tag begutachtet. Untersuchungsergebnisse von drei unterschiedlichen Tagen und drei verschiedenen Sachverständigen steigern in Bezug auf das Gesamtbild die Zuverlässigkeit der Aussagen über das Verhalten der Explorandin. Die erste Untersuchung fand am 8. November 2012 statt, bei der die Beschwerdeführerin



rheumatologisch untersucht wurde. Am 13. Dezember 2012 wurde sie neuropsychologisch begutachtet und am 4. Juli 2013 fand die psychiatrische Untersuchung statt. Das tridisziplinäre Gutachten (IV-act. 113) überzeugt inhaltlich unter anderem dadurch, dass die Gutachter die Befunde in den anderen Disziplinen jeweils abwarteten und zur Kenntnis nahmen. Gemäss der rheumatologischen Beurteilung leide die Beschwerdeführerin an einer Schmerzentwicklung, die rheumatologisch-somatisch weder nachvollziehbar noch erklärbar sei. Deshalb könne auch keine Arbeitsunfähigkeit begründet werden. Die Untersuchungsbefunde wurden im rheumatologischen Teilgutachten verständlich wiedergegeben. Die detaillierte Auflistung der Diskrepanzen und Inkonsistenzen, welche beim spontanen Bewegungsverhalten beobachtet wurden, wurden nachvollziehbar beschrieben. Sie machen deutlich, dass die Beschwerdeführerin sich in beobachteten Situationen anders verhielt als in unbeobachteten oder wenn sie abgelenkt war. Der psychiatrische Sachverständige stellte die Diagnose einer leichtgradigen rezidivierenden depressiven Störung oder einer möglichen Dysthymie. Die Arbeitsfähigkeit wurde auf 70% festgelegt. Er führte jedoch auch aus, dass aus rein psychiatrischer Sicht die Arbeitsfähigkeit nur annähernd beurteilt werden könne. Im neuropsychologischen Teilgutachten konnte ein inkonsistentes Verhalten beobachtet werden. Insgesamt waren die neuropsychologischen Testbefunde zwar nicht verwertbar, aber aufgrund der Testergebnisse und des Verhaltens der Beschwerdeführerin bestehe ein begründeter Verdacht auf eine nicht-authentische neuropsychologische Störung, welche auf ein Aggravationsverhalten schliessen lasse. Dieser Verdacht wurde dadurch erhärtet, dass auch andere Ärzte ein aggravierendes Verhalten der Beschwerdeführerin festgestellt hatten. Diese Erkenntnisse sprechen gegen eine schwere Depression und lassen vermuten, dass die Beschwerdeführerin auch bei den anderen Untersuchungen, welche nicht mit Tests überprüft werden können, nicht wahrheitsgetreu ausgesagt hatte. Der neuropsychologische Sachverständige meinte, dass aufgrund dieses Verhaltens die Leistungstests inhaltlich nicht ausgewertet und dadurch keine verwertbaren neuropsychologischen Befunde ermittelt werden könnten. Folglich war keine Arbeitsfähigkeitsschätzung in neurologischer Hinsicht möglich. Auch aus rheumatologischer Sicht war eine Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht möglich, da die Schmerzentwicklung, die von der Beschwerdeführerin geschildert wurde, rheumatologisch-somatisch weder nachvollziehbar noch erklärbar sei. Beim Fehlen



eines somatischen Korrelates und bei einem diskrepanten Bewegungsverhalten respektive bei widersprüchlichen Befunden werde eine volle Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein volles Pensum in einer leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit als zumutbar und ausgewiesen betrachtet. Somit konnte nur das psychiatrische Teilgutachten sich zur Arbeitsfähigkeit äussern und diese bei adaptierter Tätigkeit auf 70% festsetzen. Das psychiatrische Teilgutachten überzeugt insofern, als dass es sich ausführlich mit der Aktenlage beschäftigte und sich mit den in der Vergangenheit gestellten Befunden auseinander gesetzt hat. Die Anamnese gab ein aufschlussreiches Bild zur Gesundheitssituation der Beschwerdeführerin und zum Verlauf der Beschwerden. Der Sachverständige beobachtete das Verhalten der Beschwerdeführerin während der Untersuchung sorgfältig und konnte dadurch die geschilderten Beschwerden besser auf ihren Wahrheitsgehalt überprüfen. Auch die psychischen Befunde wurden vom medizinischen Sachverständigen ausführlich und nachvollziehbar geschildert. Nachdem er die Beobachtungen bei der Exploration wiedergab, folgte anschliessend die Schilderung der Krankengeschichte und der Beschwerden aus Sicht der Beschwerdeführerin. Durch diese sorgfältige Vorgehensweise und das stetige Abwägen der subjektiven Schilderungen mit den medizinischen Erkenntnissen erscheint das daraus fliessende Ergebnis als nachvollziehbar und überzeugend. Der psychiatrische Sachverständige würdigte sowohl die Aussagen der Beschwerdeführerin als auch die psychiatrischen Befunde kritisch und berücksichtigte bei seiner Beurteilung auch die IV-fremden psychosozialen Faktoren. Das psychiatrische Teilgutachten erscheint insgesamt als professionell, da es sich auch mit den einzelnen Störungsbildern getrennt auseinandergesetzt hat. Der medizinische Sachverständige ging auf den Verlauf der depressiven Störung ein und erklärte verständlich, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verbessert habe, wobei nach wie vor eine geringe Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit nicht ausgeschlossen werden könne. Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt der Gutachter auch die Medikamenteneinnahme. Die Berücksichtigung der verschiedenen Faktoren und die Erwähnung aller relevanten Aspekte im Gutachten lassen darauf schliessen, dass sich der Gutachter sorgfältig mit dem Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt hat. Das Ergebnis der Arbeitsfähigkeitsschätzung erklärt er allerdings nicht. Das psychiatrische Gutachten enthält keine Erklärung, weshalb noch eine Arbeitsfähigkeit von 70% besteht. Für den



medizinischen Laien ist die Schlussfolgerung nicht nachvollziehbar, weil aufgrund des geschilderten Gesundheitszustandes auch eine andere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit denkbar wäre. Das psychiatrische Teilgutachten beantwortet die Frage, weshalb die Beschwerdeführerin genau noch zu 70% arbeitsfähig sei, nicht. Vielmehr räumt der Gutachter ein, dass aus rein psychiatrischer Sicht die Arbeitsfähigkeit nur annähernd beurteilt werden könne. Deshalb muss an der Arbeitsfähigkeit von 70% gezweifelt werden, da diese nicht mit der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen worden ist. Das tridisziplinäre Gutachten ist also insofern überzeugend, als dass es aus neurologischer und rheumatologischer Sicht nicht möglich ist, Aussagen zur Arbeitsfähigkeit zu machen. Das psychiatrische Gutachten überzeugt insoweit, als dass die Eruiierung des Gesundheitszustandes und die Diagnose nachvollziehbar sind. Jedoch wird nicht erläutert, weshalb im Ergebnis eine Arbeitsfähigkeit von 70% vorliegt.

2.3 Das tridisziplinäre Gutachten hat sich zudem nicht zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit vor dem Untersuchungszeitpunkt im November 2012 geäußert. Dem Gutachten lässt sich nur entnehmen, dass die Beschwerdeführerin ab "sofort" zu 70% arbeitsfähig sei. Für die Vergangenheit kann deshalb nicht anhand dieses Gutachtens beurteilt werden, in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin tatsächlich arbeitsunfähig gewesen ist.

2.4 Die Beschwerdeführerin hatte sich im August 2009 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet, weshalb der Rentenanspruch gemäss dem Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens im März 2010 hat entstehen können (vgl. BGE 138 V 475 zum Übergangsrecht in Bezug auf den Art. 29 Abs. 1 IVG). Der Beginn des Wartejahres gemäss dem Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG kann noch nicht bestimmt werden, da der Beginn der Arbeitsunfähigkeit noch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden konnte. Die Berichte der Ärzte decken sich nämlich nicht und zeigen zudem ein inkonsistentes Bild des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin. Am 3. Juni 2009 war die Beschwerdeführerin erstmals (gemäss den vorliegenden Akten) wegen Rückenbeschwerden bei dem Radiologen Prof. Dr. med. N.\_\_\_\_ (IV-act. 19-10) gewesen. Seine Diagnose der linkskonvexen LWS-Skoliose wurde in der Klinik E.\_\_\_\_ am 30. Juni 2009 bestätigt (IV-act. 19-8). Bereits 2 Monate später hielt die Klinik E.\_\_\_\_ am 12. August 2009 im neurologischen Befund fest, dass die Beschwerdeführerin rechts ein massiv theatralisch wirkendes antalgisches Gangbild aufweise und trotz der



Angabe von massiven Schmerzen im Bereich von Rücken und rechtem Bein beim Aufsteigen auf die Untersuchungsliege sofort spontan in den Langsitz gegangen sei (IV-act. 19-6). Sie stellten zudem fest, dass es sich um eine somatoforme Störung, möglicherweise im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung, handle. Alle Fachärzte, welche sich somatisch mit den Beschwerden der Beschwerdeführerin auseinandersetzten, stellten bei der Beschwerdeführerin ein Aggrationsverhalten fest. Da unabhängig von verschiedenen Seiten von einem aggravierenden Verhalten berichtet wurde, ist diese Feststellung glaubhaft. Somatisch konnte sodann auch keine Erklärung für die Schmerzen der Beschwerdeführerin gefunden werden, sodass die Klinik E.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ aufgrund der vorliegenden Befunde eine Arbeitsfähigkeit von 100% attestiert hatten. Die anderen medizinischen Fachpersonen hatten sich nicht zur Arbeitsfähigkeit geäußert, kamen aber ansonsten auf die gleichen Ergebnisse. Da die Schmerzen somatisch nicht erklärt werden konnten, wurde versucht, die Beschwerden psychiatrisch zu behandeln.

2.5 Am 6. Januar 2010 äusserte sich die Klinik O.\_\_\_\_ zum psychischen Befund der Beschwerdeführerin (IV-act. 34). Dabei schilderte sie, wie sich die Beschwerdeführerin bei der Untersuchung präsentiert bzw. was sie der Klinik O.\_\_\_\_ berichtet hatte. Die geklagten Leiden der Beschwerdeführerin wurden unreflektiert und ohne kritische Würdigung widergegeben. Der Auftrag der Klinik O.\_\_\_\_ bestand jedoch auch hauptsächlich darin, im Rahmen einer Indikationsprüfung zu beurteilen, ob eine stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung in der Klinik durchzuführen sei. Sie empfahl das Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer des Universitätsspitals Zürich oder die Psychiatrische Klinik P.\_\_\_\_, welche sich mit einer eigenen Abteilung auf fremdsprachige Patienten spezialisiert hat. Die Angaben im Bericht beschränken sich deshalb darauf, eine Einschätzung betreffend einer zukünftigen Behandlung abzugeben. Zur Arbeitsfähigkeit wurden keine Aussagen gemacht.

2.6 Dr. I.\_\_\_\_ berichtete am 13. Februar 2010 nebst einer posttraumatischen Belastungsstörung von einer rezidivierenden mittelgradigen depressiven Episode (IV-act. 24-2). Er erläuterte nicht näher, wie er auf diese Diagnose kam. Seine Symptombeschreibung stützt sich überwiegend auf das, was die Beschwerdeführerin ihm erzählt hatte. Eine objektive Befunderhebung liegt keine vor und für den medizinischen Laien besteht der Eindruck, dass allzu sehr auf die Selbsteinschätzung



der Beschwerdeführerin abgestellt wurde. Deshalb vermag die Arbeitsunfähigkeitsschätzung nicht zu überzeugen. Zudem ist es widersprüchlich, dass er einerseits eine Arbeitsunfähigkeit von 70% angenommen hat, gleichzeitig aber eine Krankschreibung von mehr als 50% als kontraindiziert betrachtet hat, weil sich die depressive Symptomatik aufgrund des eintretenden Verlusts an Aktivität und Sozialkontakten eher verstärken würde (IV-act 24-4). Unter diesen Umständen vermag die Arbeitsfähigkeitsschätzung von 30% nicht zu überzeugen.

2.7 Am 28. Juni 2010 hielt Dr. J.\_\_\_\_ fest, die Beschwerdeführerin leide an einer schweren depressiven Episode (IV-act. 37). Die Verschlechterung im Gegensatz zur Diagnose von Dr. I.\_\_\_\_, der bloss eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert hatte, ist jedoch aufgrund der Befunderhebung nicht nachvollziehbar. Folglich ist auch die unterschiedliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar. Die Diagnose gründet dabei weitgehend auf den Angaben der Beschwerdeführerin, weshalb die Arbeitsunfähigkeit von 100% wenig objektiv erscheint. Dr. J.\_\_\_\_ machte keine Angaben zum Wahrheitsgehalt der Aussagen der Beschwerdeführerin und führte nicht näher aus, was genau der Grund für die komplette Arbeitsunfähigkeit sein soll. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung kann deshalb nicht nachvollzogen werden. Am 16. Dezember 2011, mehr als ein Jahr nach der ersten Berichterstattung, stellte Dr. J.\_\_\_\_ erneut die gleichen Diagnosen. Im Bericht führte sie ebenfalls die Diagnosen der Klinik L.\_\_\_\_ auf, welche bei der Beschwerdeführerin aber bloss eine mittelschwere depressive Störung diagnostiziert hatte. Dr. J.\_\_\_\_ erklärte weder, weshalb nach wie vor eine schwere depressive Episode vorliege, noch wie diese Diskrepanz zur Diagnose der Klinik L.\_\_\_\_ zu erklären sei. Am 9. Mai 2012 äusserte sich Dr. J.\_\_\_\_ erneut zur gesundheitlichen Verfassung der Beschwerdeführerin bzw. hielt sie fest, was die Beschwerdeführerin ihr angegeben hatte (IV-act. 94). Auf Wunsch der Beschwerdeführerin wiederholte Dr. J.\_\_\_\_ in einem Schreiben, ebenfalls vom 9. Mai 2012, was ihr die Beschwerdeführerin über die erlebten Ereignisse im Krieg und über ihre Beschwerden erzählt hatte (IV-act. 123). Die Angaben der Beschwerdeführerin wurden von Dr. J.\_\_\_\_ nicht verifiziert und sie nahm auch keine Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Vor dem Hintergrund des tridisziplinären Gutachtens überzeugen die Einschätzungen von Dr. J.\_\_\_\_ nicht, da sie zu wenig differenziert über die Krankheitssymptome und deren Auswirkungen berichtete. Die Diagnose und die Arbeitsunfähigkeit wurden nicht begründet. Kritische Auseinandersetzungen mit den



Angaben der Beschwerdeführerin fehlten gänzlich und es ist zu vermuten, dass die Angaben der Beschwerdeführerin für die Beurteilung unreflektiert übernommen worden sind. Angesichts der Einschätzungen des Gesundheitszustandes durch das tridisziplinäre Gutachten vermögen die Aussagen von Dr. J. \_\_\_ nicht zu überzeugen.

2.8 Auch die Klinik L. \_\_\_ hat sich zweimal nach einem stationären Aufenthalt zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin geäußert. Nach einem stationären Aufenthalt vom 4. Mai 2010 bis zum 2. Juli 2010 habe die depressive Symptomatik gemäss dem Austrittsbericht kontinuierlich verbessert werden können (IV-act. 46). Es wird jedoch nicht erläutert, mit welcher Diagnose die Beschwerdeführerin entlassen wurde. Zudem gibt der Bericht keine Auskunft zur Arbeitsunfähigkeit nach dem Aufenthalt, weshalb er für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht hilfreich ist. Nach dem stationären Aufenthalt vom 3. Mai 2011 bis zum 31. Mai 2011 wurde die depressive Störung nicht mehr wie im Juli 2010 als schwer, sondern als mittelschwer bezeichnet (IV-act. 75). Da jedoch auch bei dieser zweiten stationären Behandlung keine Arbeitsfähigkeitsschätzung erfolgte, ist die Aussagekraft im Gegensatz zum tridisziplinären Gutachten sehr gering. Jedenfalls sind die Berichte der Klinik L. \_\_\_ nicht überzeugend.

2.9 Die behandelnden Ärzte diagnostizierten häufig nebst der depressiven Störung auch eine posttraumatische Belastungsstörung. Das tridisziplinäre Gutachten hat sich mit dieser Diagnose ebenfalls auseinandergesetzt und festgehalten, dass die Beschwerdeführerin auch auf Nachfrage hin nicht von "Flashbacks" im eigentlichen Sinne berichtet habe. Zudem werde die posttraumatische Belastungsstörung von den Vorbehandlern und Vorgutachtern nicht eindeutig belegt, sondern aufgrund der vorliegenden Symptomatik angenommen. Der psychiatrische Sachverständige berichtete, dass es weder möglich sei, diese Diagnose eindeutig zu stellen, noch sei sie mit Sicherheit auszuschliessen. Oftmals werde sie deshalb lediglich als Verdachtsdiagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert. Die geschilderten traumatischen Kriegserlebnisse führten dazu, dass die Beschwerdeführerin im Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer des Universitätsspitals Zürich fünf Sitzungen besuchen konnte (IV-act. 113). Es fällt auf, dass im Bericht im Rahmen des Erstgesprächs keine konkreten Angaben zu den Kriegserlebnissen aufgeführt wurden. Es wurde lediglich berichtet, dass die



Beschwerdeführerin sagte, sie habe "ein Kriegstrauma" und dass ihr Mann im Krieg ums Leben gekommen sei und sie habe mit ansehen müssen, wie das Haus nieder gebrannt sei. Später sei sie mit ihren sieben und achtjährigen Kindern zuerst nach Q. \_\_\_ und dann in die Schweiz geflüchtet. Im Bericht des Ambulatoriums wurden zwar die Diagnosen der posttraumatischen Belastungsstörung, der mittelgradig depressiven Episode und der chronischen Schmerzstörung aufgeführt, jedoch wurde offenbar auch hier unkritisch darauf abgestellt, was die Beschwerdeführerin geschildert hatte.

Behauptete Symptome wie etwa Antriebslosigkeit, Schlaflosigkeit, Niedergeschlagenheit oder ein Wertlosigkeitsgefühl können bei einer ambulanten Untersuchung nicht verifiziert werden. Der Bericht vom 23. November 2011 ist deshalb in Bezug auf den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeitsschätzung wenig aussagekräftig.

2.10 Die behandelnden und begutachtenden Ärzte hielten fast ausnahmslos ein übertriebenes, oftmals nicht den Schmerzangaben adäquates Bild der Beschwerdeführerin fest, weshalb ihr oftmals ein aggravierendes Verhalten vorgeworfen wurde. Die Ergebnisse der in Auftrag gegebenen Observation waren jedoch aufgrund der Tatsache, dass psychische Störungen nicht mit Observationen nachweisbar sind, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit weder für die Beschwerdegegnerin noch für das zu beurteilende Gericht ausschlaggebend (IV-act. 72). Gemäss dem Bericht des Universitätsspitals Zürich vom 23. November 2011 erzählte die Beschwerdeführerin, dass sie nicht mehr viel aushalten könne und schnell aggressiv werde. Sie habe sich einmal vor Wut beim Gurken rüsten in den Finger geschnitten (IV-act. 90-12). Diese Aussage widerspricht der Aussage, dass sie nicht einmal mehr ein Glas halten könne. Aufgrund solcher Widersprüche ist es nicht nur schwierig, ein einheitliches Bild zum Zustand der Beschwerdeführerin zu erhalten, sondern es wirkt sich auch negativ auf die Glaubwürdigkeit aus. Einen Einfluss auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hat auch die Therapieresistenz der Beschwerdeführerin, denn wenn mit einer Therapie die Arbeitsfähigkeit gesteigert werden könnte und ihr somit die Verminderung der Arbeitsfähigkeit zumutbar wäre, müsste eine Therapieresistenz bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung berücksichtigt werden. Dies würde bedeuten, dass ihr eine geringere Arbeitsunfähigkeit attestiert würde.



2.11 Anhand der Berichte der behandelnden Ärzte ist es nicht möglich, ein einheitliches Bild über den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu erhalten, da die Angaben zu wenig objektiv sind. Die Angaben der behandelnden Ärzte sind ausserdem tendenziell zu pessimistisch. Dies verwundert aber aufgrund der Tatsache, dass sie einem Behandlungsauftrag unterstehen, nicht. Erfahrungsgemäss sind behandelnde Ärzte weniger objektiv, da sie darauf bedacht sind, alles zu vermeiden, was die Gesundheit der Patienten möglicherweise gefährden oder beeinträchtigen könnte. Folglich können keine sachlichen Schlüsse gezogen werden und die Widersprüche der einzelnen Arztberichte bleiben ungelöst.

2.12 Das von der Swica in Auftrag gegebene Gutachten war ein neurologisches Gutachten in Kombination mit einem psychiatrischen Gutachten (Swica-act. 2 und 3). Das psychiatrische Gutachten überzeugt jedoch nicht, weil die relativ harmlosen Diagnosen des Psychiaters Dr. D.\_\_\_\_ nicht mit der anschliessenden Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit zusammen zu führen sind. So sprach er lediglich von einer subdepressiven nicht auflockerbaren Stimmung, welche die affektive Schwingungsfähigkeit und die mimische Beweglichkeit leicht- bis mittelgradig einenge, von einem leicht reduzierten Antrieb und von einer leichten psychomotorischen Unruhe. Aufgrund dieser medizinischen Klassifikationen ist die Folgerung, die Arbeitsunfähigkeit betrage 100%, nicht verständlich. Zusätzlich wurde nicht ausgeführt, wie die Gutachter aufgrund der geschilderten Beschwerden zum Schluss kommen, dass die Beschwerdeführerin überhaupt nicht mehr arbeitsfähig ist. Es kann deshalb nicht nachvollzogen werden, wie die Arbeitsfähigkeitsschätzung zustande gekommen ist. Der Neurologe Dr. C.\_\_\_\_ bestätigte im bidisziplinären Gutachten die Diagnose des depressiven Syndroms mit Verdacht auf Somatisierungsstörung, führte dies jedoch nicht näher aus. Im Rahmen des klinischen Untersuchungsbefunds äusserte er sich betreffend der Stimmung und dem Affekt bloss dahingehend, dass die Stimmung ängstlich depressiv wirke. In der Beurteilung berichtete er dann aber wiederum von einem erheblich depressiven Syndrom und verwies dazu auf das psychiatrische Gutachten. In diesem war jedoch nie die Rede von einem erheblich depressiven Syndrom, sondern Dr. D.\_\_\_\_ beschrieb das psychiatrische Zustandsbild der Beschwerdeführerin unter anderem als subdepressive Stimmung und leichte psychomotorische Unruhe. Gesamthaft betrachtet überzeugt das bidisziplinäre Gutachten nicht, da die beiden Teilbereiche der Psychiatrie und der Neurologie



vollkommen separat abgehandelt wurden und keine Konsensprüfung stattfand. Die medizinischen Erkenntnisse der beiden Teilgutachten wurden nicht zusammengeführt, so dass eine Gesamtbeurteilung fehlte. Zudem wurden die gestellten Diagnosen und Ergebnisse nicht nachvollziehbar vorgetragen und es besteht der Eindruck, dass bloss widergegeben wurde, was die Beschwerdeführerin beklagt hatte. Der Beweiswert des tridisziplinären Gutachtens wird durch das Gutachten der Swica nicht beeinträchtigt.

2.13 Etwa ein Jahr, nachdem die Swica bereits ein Gutachten in Auftrag gegeben hatte, beauftragte sie am 28. September 2010 Dr. K.\_\_\_\_ mit einer psychiatrischen Begutachtung der Beschwerdeführerin (IV-act. 50). Der Sachverständige diagnostizierte eine mittel-schweregradige depressive Episode im Rahmen einer rezidivierend depressiven Störung. Die posttraumatische Belastungsstörung und die somatoforme Schmerzstörung könnten als Ursache für die vorliegende Arbeitsunfähigkeit ausgeschlossen werden. Obwohl der Sachverständige keine weiteren Diagnosen aufführte, ist er trotzdem zum Schluss gekommen, dass aus psychiatrischer Sicht für jede Tätigkeit unter den Bedingungen der freien Wirtschaft eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bestehe. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung ist deshalb nicht nachvollziehbar. Zusätzlich zählte Dr. K.\_\_\_\_ etliche nichtmedizinische Probleme auf, welche die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen, so zum Beispiel geringe kulturelle Integration, Arbeitsplatzverlust oder geringer Ausbildungsstand. Solche Faktoren dürfen jedoch für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht mitberücksichtigt werden. Trotzdem überzeugt die Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht, weil das Gutachten offen lässt, weshalb die Beschwerdeführerin ganztags nicht mehr arbeiten kann.

3.

3.1 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass alleine das tridisziplinäre Gutachten insofern überzeugend ist, als dass es sich kritisch mit den Äusserungen der Beschwerdeführerin auseinandersetzt und auch die Angaben der behandelnden Ärzte und die Gutachten der Swica würdigte. Folglich überzeugen die Einschätzung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin ab dem Begutachtungszeitpunkt vom 8. November 2011 und die gestellten Diagnosen. Das Gutachten sagt jedoch nichts über den Beginn und den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit aus. Zudem fehlt bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung von 70% die Begründung. Die Sache ist deshalb für die



genaue Bestimmung der Arbeitsunfähigkeit für die Zeit vor der Begutachtung, für die genaue Bestimmung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit und für die Begründung der noch verbleibenden Arbeitsfähigkeit von 70% an die Beschwerdegegnerin zurück zuweisen. Die Ergebnisse des tridisziplinären Gutachtens, ausgenommen der soeben erwähnten fehlenden Punkte, sind dabei von einer erneuten Beurteilung auszunehmen. Die angefochtene Verfügung vom 3. Dezember 2013 ist deshalb in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben. Die Sache ist zur Vornahme weiterer Abklärungen und zur anschliessenden neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

3.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Die Rückweisung zur Neuurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (BGE 132 V 215 E. 6.2). Somit unterliegt die Beschwerdegegnerin vollumfänglich. Sie hat deshalb die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der Kostenvorschuss im Betrag von Fr. 600.-- ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 3. Dezember 2013 aufgehoben; die Sache wird zur Vornahme weiterer Abklärungen und zur neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der Kostenvorschuss im Betrag von Fr. 600.-- ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.