



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Augustinergasse 3, Postfach 1654, 1701 Freiburg

T +41 26 304 15 00
tribunalcantonal@fr.ch
www.fr.ch/tc

605 2018 230
605 2018 231

Urteil vom 24. Mai 2019

I. Sozialversicherungsgerichtshof

| | | |
|------------|--|-------------------------------|
| Besetzung | Präsident: | Marc Boivin |
| | Richter: | Dominique Gross, Marc Sugnaux |
| | Gerichtsschreiber-Berichterstatter: | Bernhard Schaaf |
| Parteien | A._____ , Beschwerdeführerin , vertreten durch Rechtsanwalt Bruno Kaufmann | |
| | gegen | |
| | INVALIDENVERSICHERUNGSSTELLE DES KANTONS FREIBURG, Vorinstanz | |
| Gegenstand | Invalidenversicherung – Rente, Revision, psychische Beschwerden Beschwerde vom 28. September 2018 gegen die Verfügung vom 24. August 2018 | |

Sachverhalt

A. A. _____, geboren 1961, verheiratet, Mutter von zwei erwachsenen Kindern, wohnhaft in B. _____, arbeitete ab August 1990 als stellvertretende Gouvernante in einem Hotel in C. _____. Ab dem 14. Juli 2002 bestand wegen psychischen Problemen eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit. Am 23. Januar 2003 wurde ihr auf den 31. März 2003 die Stelle gekündigt.

Nachdem die Invalidenversicherungsstelle des Kantons Freiburg (nachfolgend: IV-Stelle) mit Verfügung vom 28. Februar 2003 den Rentenanspruch aufgrund fehlender einjähriger Erwerbsunfähigkeit abgelehnt hatte, reichte A. _____ am 18. August 2003 wegen "Fibromyalgie-Syndrom, depressiven Störungen, Panikstörung" eine Neuanmeldung ein.

Gestützt auf ein rheumatologisches (Dr. med. D. _____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin) sowie psychiatrisches (Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) Gutachten verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 1. Dezember 2004 den Rentenanspruch erneut. Nachdem A. _____ im Einspracheverfahren durch den Regionalen Ärztlichen Dienst der IV-Stellen Bern/Freiburg/Solothurn (nachfolgend: RAD) untersucht worden war, sprach ihr die IV-Stelle mit Einspracheentscheid vom 1. September 2006 rückwirkend ab dem 1. Juli 2003 eine ganze Rente zu. Die Rente wurde am 18. November 2008 bestätigt.

B. Auf der Grundlage eines neuen Gutachtens von Dr. med. E. _____ vom 30. November 2010, wonach keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mehr vorliege, nahm die IV-Stelle mit Verfügung vom 26. Januar 2011 eine Wiedererwägung vor und hob die Invalidenrente ab dem 1. März 2011 auf. Eine dagegen erhobene Beschwerde wurde vom Kantonsgericht mit Urteil vom 3. April 2013 (Dossier 605 2011 67) abgewiesen.

C. Am 25. Juni 2015 reichte A. _____ wegen "Osteoporose, Fibromyalgie, depressivem Zustand" ein neues Leistungsbegehren bei der IV-Stelle ein.

Am 26. August 2016 ordnete die IV-Stelle eine psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, an. Dieser ging in seinem Gutachten vom 1. November 2016 von einer kompletten Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit seit 2002 aus.

Mit Verfügung vom 24. August 2018 lehnte die IV-Stelle den Leistungsanspruch erneut ab. Seit dem Gutachten E. _____ sei es zu keiner massgebenden Veränderung des Gesundheitszustandes gekommen. Beim Gutachten F. _____ handle es sich im Wesentlichen um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes. Die rechtskräftige Verfügung vom 22. November 2010 (recte: 26. Januar 2011) behalte weiterhin ihre Gültigkeit.

D. Am 28. September 2018 erhebt A. _____, vertreten durch Rechtsanwalt Bruno Kaufmann, Beschwerde beim Kantonsgericht Freiburg und beantragt, die Verfügung vom 24. August 2018 sei aufzuheben und die Angelegenheit an die IV-Stelle zurückzuweisen und diese anzuweisen, nach nochmaliger Rücksprache mit Dr. med. F. _____ eine ganze Rente zu gewähren. Ferner sei wegen der Fibromyalgie bei der Universitätsklinik in G. _____ ein Gutachten einzuholen. Weiter beantragt sie die Anordnung eines zweiten Schriftenwechsels, die Durchführung einer öffentlichen Verhandlung mit Parteieinvernahme und -vortrag sowie Befragung des RAD-Arzttes sowie von Dr. med. F. _____. Überdies stellt sie ein Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (URP-Gesuch). Das Gutachten F. _____ sei einiges überzeugender als die alten Gutachten von Dr. med. E. _____.

Die IV-Stelle hält in ihren Bemerkungen vom 16. November 2018 an ihrer Verfügung fest und beantragt die Abweisung der Beschwerde.

Mit Schreiben vom 20. Dezember 2018 wird der H. _____, als von der Verfügung betroffener BVG-Versicherer, Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Diese verzichtet am 10. Januar 2019 auf die Einreichung einer ausführlichen Stellungnahme.

Die weiteren Elemente des Sachverhalts ergeben sich, soweit sie für die Urteilsfindung massgebend sind, aus den nachfolgenden rechtlichen Erwägungen.

Erwägungen

1.

Die Beschwerde vom 28. September 2018 gegen die Verfügung der IV-Stelle vom 24. August 2018 ist durch einen ordentlich bevollmächtigten Rechtsvertreter fristgerecht bei der sachlich und örtlich zuständigen Beschwerdeinstanz eingereicht worden. Die Beschwerdeführerin hat ein schutzwürdiges Interesse, dass das Kantonsgesicht, I. Sozialversicherungsgerichtshof, prüft, ob sie Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

Auf die Beschwerde ist einzutreten.

2.

2.1. Im Sinne von Art. 8 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1), welches hier aufgrund von Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) zur Anwendung kommt, ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 4 Abs. 1 IVG kann Invalidität die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein.

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Versicherte haben gemäss Art. 28 IVG Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50%, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40% invalid sind.

2.2. Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG i. V. m. Art. 8 ATSG bewirken. 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 Förderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG; BGE 141 V 281 E. 3.7.1 mit Hinweisen). Gemäss bisheriger Rechtsprechung begründeten eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychoso-

matische Leiden als solche noch keine Invalidität. Es bestand die Vermutung, die Störung oder ihre Folgen seien mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar. Dennoch wurde bei solchen Leiden ausnahmsweise eine Invalidität angenommen, was anhand der sog. Förster-Kriterien geprüft wurde (BGE 130 V 352).

In BGE 141 V 281 wurde diese Rechtsprechung teilweise geändert und dabei namentlich die Überwindbarkeitsvermutung aufgehoben. Anstelle des bisherigen Regel/Ausnahme-Modells trat ein strukturiertes, normatives Prüfraster. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird. Die auf Begrifflichkeiten des medizinischen Klassifikationssystems abstellende Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens kann indes nur zu einer invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung führen, wenn sie unter dem Gesichtspunkt der – bis anhin in der Praxis zu wenig beachteten – Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Beruht die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (Urteil BGer 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 2.2, 3 und 4.1 mit zahlreichen Hinweisen). Gemäss BGE 143 V 418 sind sämtliche psychischen Leiden, laut BGE 143 V 409 auch leichte bis mittelschwere Depressionen, einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen.

Das Invalidenversicherungsrecht klammert soziale Faktoren so weit aus, als es darum geht, die für die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit kausalen versicherten Faktoren zu umschreiben. Die funktionellen Folgen von Gesundheitsschädigungen werden hingegen auch mit Blick auf psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren abgeschätzt, welche den Wirkungsgrad der Folgen einer Gesundheitsschädigung beeinflussen. Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie mithin ausser Acht. Andererseits können psychosoziale Belastungsfaktoren mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, welche ihrerseits eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirkt, wenn sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern (Urteil BGer 9C_680/2017 vom 22. Juni 2018 E. 5.2 mit Hinweisen).

2.3. Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird gemäss Art. 17 ATSG die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Der zeitliche Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung (BGE 133 V 108; 130 V 71 E. 3.2.3). Falls die IV nach einer erstmaligen Rentenablehnung auf eine Neuanmeldung eintritt, so ist analog zu einer Rentenrevision zu prüfen, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten materiellen Abweisung eines Gesuchs in einer anspruchrelevanten Weise verändert haben (BGE 130 V 71 E. 3.1). Eine bloss abweichende Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes stellt keine relevante Änderung dar (BGE 112 V 371 E. 2b; in BGE 136 V 216 nicht publizierte E. 3.2 des Urteils BGer 8C_972/2009, publiziert in SVR 2011 IV Nr. 1 S. 1 mit Hinweis).

2.4. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen (Befunderhebung, Diagnosestellung) und Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte in seinen körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt, d. h. arbeitsunfähig ist (BGE 130 V 97 E. 3.3.2; 115 V 133 E. 2c; 107 V 17 E. 2b; 105 V 156 E. 1). Der Grad der Arbeitsfähigkeit wird nach dem Mass bestimmt, in welchem der Versicherte aus gesundheitlichen Gründen an seinem angestammten Arbeitsplatz zumutbarerweise nicht mehr nutzbringend tätig sein kann. Nicht massgebend ist hingegen die bloss medizinisch-theoretische Schätzung der Arbeitsunfähigkeit (BGE 111 V 235 E. 1b mit Hinweisen). Bei langdauernder Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf hat der Versicherte andere ihm offen stehende Erwerbsmöglichkeiten auszuschöpfen (BGE 115 V 404 E. 2; 114 V 281 E. 1d). Auch die Zumutbarkeit einer Invalidentätigkeit ist vor allem aus medizinischer Sicht zu beurteilen, wobei dieser Sachverhalt aufgrund des objektiven Befundes durch die Ärzte bestimmt wird (BGE 107 V 20 E. 2b; OMLIN, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, 1995, S. 201).

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).

2.5. Der Sozialversicherungsrichter prüft objektiv alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen und entscheidet danach, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend ist und ob die Schlussfolgerungen des Experten 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 (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3cc mit Hinweisen).

Die Frage, ob und in welchem Umfang die Feststellungen in einem medizinischen Gutachten anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf die Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen, ist rechtlicher Natur und damit frei überprüfbar. Darum kann aus rechtlicher Sicht von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit in einer Expertise abgewichen werden, ohne dass sie ihren Beweiswert gänzlich einbüsst (Urteil BGer 8C_24/2018 vom 27. Juni 2018 E. 5.1 mit Hinweisen). Erfüllt aber ein Gutachten sowohl die mit BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäbe wie auch die allgemeinen rechtlichen Beweisanforderungen, ist es beweiskräftig und die darin formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit sind zu übernehmen. Eine davon losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens findet nicht statt (Urteil BGer 8C_676/2017 vom 28. Februar 2018 E. 6.2.5 mit Hinweisen). Entscheidend

bleibt jedoch letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenan-sprechenden Person auswirkt (BGE 144 V 50 E. 4.3; 143 V 418 E. 6).

3.

Es ist streitig, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung hat.

3.1. In einem ersten Punkt macht die Beschwerdeführer eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend. Nach Erhalt des Vorbescheides (IV-Akten, S. 670 f.) habe ihr Rechtsvertreter am 21. August 2017 (IV-Akten, S. 727 f.) eine einlässliche Begründung nachgereicht, auf welche die IV-Stelle in ihrer erst ein Jahr später erlassenen Verfügung nicht eingegangen sei. Sie macht damit eine Verletzung der Begründungspflicht geltend. Eine solche ist hier zu verneinen. Es ist zwar richtig, dass die Verfügung vom 24. August 2018 kurz gehalten ist. Jedoch nimmt die IV-Stelle explizit Bezug auf die vom Rechtsvertreter ergänzten Einwände. Ferner hält sie fest, nach deren Erhalt sei das Dossier dem RAD-Psychiater vorgelegt worden, welcher bestätige, dass es sich beim Gutachten F. _____ im Wesentlichen um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes handle. Die IV-Stelle berücksichtigte somit die vorgebrachten Argumente. Zudem hat die Beschwerdeführerin mit dem vorliegenden Verfahren die Möglichkeit, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüfen kann. Ferner würde die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der Versicherten an einer möglichst beförderlichen Beurteilung ihres Anspruchs nicht zu vereinbaren wären (vgl. BGE 132 V 390 E. 5.1).

3.2. Weiter bringt die Beschwerdeführerin vor, beim Gutachten F. _____ handle es sich um eine seriöse Abklärung darüber, was bisher falsch lief. Auch müsse hier die Rechtsprechung des Bundesgerichts greifen, wonach die Frage nach einer invalidisierenden Depression genau und unabhängig von anderen psychischen Beeinträchtigungen zu beantworten sei. Ferner sei entgegen der herrschenden Praxis des Bundesgerichts die gesundheitliche Beeinträchtigung durch die Fibromyalgie heute einem körperlich zuzuordnenden Schmerzzustand gleichzustellen. Schliesslich nehme die IV-Stelle zur ebenso vorliegenden Osteoporose nicht einmal Stellung

4.

Zunächst ist zu prüfen, ob seit der Rentenaufhebung vom 26. Januar 2011 mittels Wiedererwägung eine revisionsrechtlich erhebliche Änderung eingetreten ist, wie es die Beschwerdeführerin gestützt auf das Gutachten F. _____ geltend macht.

4.1. Die Verneinung des Rentenanspruchs vom Dezember 2004 (IV-Akten, S. 216 f.) erfolgte auf der Grundlage des rheumatologischen Gutachtens D. _____ vom 30. September 2004 (IV-Akten, S. 171 ff.) sowie des psychiatrischen Gutachtens E. _____ vom 9. November 2004 (IV-Akten, S. 186 ff.). Der Rheumatologe diagnostizierte ein chronisches generalisiertes psychogenes (somatoformes) Schmerzsyndrom ohne klinische, laborchemische oder radiologisch erklärende Befunde ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der Psychiater hielt ein massives pathologisches

Regressionsverhalten mit/bei aktuell höchstens mittelgradiger depressiver Episode (F33.1) mit/bei leichtem neurasthenischem Syndrom (F48.0), teils bewusster, finaler Manipulation im Sinne Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (F68.0), aber auch Verdacht auf einen Anteil dekompenzierter angstthysterischer Störung mit/bei Somatisierungsstörung (F45.0) und dissoziativen Manifestationen (F44.4) fest. Das Krankwerden habe einerseits die Geltendmachung bisher verdeckter regressiver Bedürfnisse legitimiert (Krankheitsgewinn), andererseits die Persönlichkeitsstruktur zur Dekompensation gebracht, gehe aber auch einher mit zunehmend in den Vordergrund tretenden sekundärer Motive (bewusste Aggravation bei Rentenbegehrlichkeit), was eine Therapie praktisch verunmögliche. Die krankheitswertigen Anteile seien mit der Annahme einer Minderung der Arbeitsfähigkeit von 25–30% reichlich berücksichtigt.

Für die Rentenzusprache ab dem 1. Juli 2003 (Einspracheentscheid vom 1. September 2006; IV-Akten, S. 270 ff.) stützte sich die IV-Stelle auf den Bericht vom 13. Juli 2006 (IV-Akten, S. 263 ff.) von Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des RAD. Die Beschwerdeführerin zeige zwar eine Verdeutlichungstendenz, dennoch seien ihre Angaben glaubhaft, der Leidensdruck wirke echt. Er schloss eine Simulation aus und diagnostizierte eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (F33.0/1) unter Behandlung mit Psychopharmaka. Er bejahte den Grossteil der damaligen Förster-Kriterien und erklärte, eine Willensanstrengung zur Überwindung der Schmerzen sei nicht möglich.

Die Rentenaufhebung mittels Wiedererwägung mit Verfügung vom 26. Januar 2011 (IV-Akten, S. 472 ff.) wiederum erfolgte auf der Grundlage des Gutachtens E. _____ vom 28. Oktober 2010 (IV-Akten, S. 414 ff.), wonach einzig noch von einem weiter fortgeschrittenen, habituierten und systematisierten pathologischen Regressionsverhalten auszugehen sei mit massiver Instrumentalisierung der ganzen Familie und Krankheitsgewinn bei Verdacht auf akzentuierte histrionische Persönlichkeitszüge, mit/bei amplifizierten, inkonsistent manifestem, mutmasslich mindestens massiv aggraviertem bis simuliertem Panalgiesyndrom (Verdacht auf Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen F68.0); aktuell leichtgradiger symptomatischer Depressivität, entsprechend einer Dysthymie F34.1 mit/bei kaum vorhandener Medikamenten-Compliance; inkonsistent manifesten kognitiven Störung (entsprechend einer Pseudodemenz). Es lägen nur noch IV-irrelevante Gründe für die subjektiv behauptete vollständige Arbeitsunfähigkeit in allen Tätigkeiten vor.

Das Gericht befand in seinem Urteil vom 3. April 2013 (IV-Akten, S. 512 ff.), es liege eine rein psychische Problematik vor. So hätten die involvierten Somatiker keine Erklärung für die subjektiv empfundenen starken Schmerzen gefunden. Weiter werde zwar regelmässig eine Depression bzw. eine depressive Episode erwähnt. Eine Mehrheit der Ärzte sei der Ansicht, es bestehe ein grosser Krankheitsgewinn verbunden mit einer manipulativen Komponente, welche die ganze Familie in die Krankheit einbinde. Der psychiatrische Gutachter bestätige diese Punkte und gehe von einem massiven Regressionsverhalten mit teils bewusster, finaler Manipulation aus. Daneben bestehe gemäss einer Minderheit der Ärzte wegen der psychischen Problematik eine komplette Arbeitsunfähigkeit. Dieser Minderheit habe sich der RAD-Psychiater angeschlossen. Dessen Ansicht könne jedoch nicht gefolgt werden, da eine somatoforme Schmerzstörung nur ausnahmsweise Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe. Das Gericht betrachtete die damals zur Anwendung kommenden Förster-Kriterien im Gegensatz zum RAD-Psychiater als nicht erfüllt und wies darauf hin, dass bei bewusster Aggravation regelmässig eben gerade keine versicherte Gesundheitsschädigung vorliege. Insgesamt sei die Wiedererwägung zu Recht erfolgt.

4.2. Die IV-Stelle ist auf die Neuanmeldung vom 25. Juni 2015 eingetreten und hat diverse Berichte sowie ein neues psychiatrisches Gutachten eingeholt.

In somatischer Hinsicht wurde im J. _____ durch Dr. med. K. _____, Fachärztin für Neurologie, am 17. Januar 2014 (IV-Akten, S. 526 ff.) ein neurologisches Konsilium vorgenommen. Darin wird das bekannte chronisch generalisierte Schmerzsyndrom (Differentialdiagnose: Fibromyalgie) mit funktionell anmutendem sensibelbetontem Hemisyndrom rechts sowie ein ängstlich-depressives Zustandsbild erwähnt. Die psychomotorische Verlangsamung und Hypomimie sei wohl im Rahmen der chronisch depressiven Grunderkrankung zu erklären. Therapeutisch stehe die psychiatrische Betreuung ganz im Vordergrund.

Dr. med. L. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin der Interessengemeinschaft Osteoporose, bestätigte das Vorliegen einer Osteoporose. Es ergaben sich jedoch keine Anzeichen für Wirbelkörperfrakturen (vgl. Bericht vom 9. Mai 2015; IV-Akten, S. 541).

Dr. med. M. _____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, bestätigte am 8. Oktober 2015 (IV-Akten, S. 581 ff) die bekannten Diagnosen. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sei die Osteoporose. Es bestehe eine generalisierte Druckdolenz am ganzen Körper ohne Betonung der typischen Fibromyalgie-Syndrom-Druckpunkte. Sämtliche Gelenke seien frei beweglich. Es liege eine leichtgradige Skoliose vor, die Wirbelsäule sei aber harmonisch beweglich. Er verneinte neurologische Auffälligkeiten sowie körperliche Einschränkungen.

Der Hausarzt Dr. med. N. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, äusserte am 8. Juni 2015 (IV-Akten, S. 538) den dringenden Verdacht auf eine dissoziative Störung (F44).

Die behandelnde Psychiaterin, Dr. med. O. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte am 2. November 2015 (587 ff.) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), eine mittel- bis schwergradige depressive Episode (F32.1; Differentialdiagnose dissoziative Störung gemischt: F44.7), sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (histrionisch, emotional instabil impulsiv; F61.0). Die Konsultationen würden sporadisch erfolgen in Anbetracht der schwer chronifizierten Situation und der Machtlosigkeit von therapeutischer Seite her.

Dr. med. F. _____ hielt in seinem Gutachten vom 1. November 2016 (IV-Akten, S. 633 ff.) eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (F62.80) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode ohne somatisches Syndrom (F33.00) fest. Insgesamt entspreche der bisherige vierzehnjährige Verlauf der Erkrankung dem klassischen Verlauf einer schweren chronifizierten somatoformen Störung. Die vorhandenen dissoziativen Symptome seien Ausdruck der Schwere und des chronischen Verlaufs der Störung. Er ging von einer kompletten Arbeitsunfähigkeit aus. Auch bei optimaler Therapie beständen nur noch geringe Chancen auf eine substantielle Besserung, weshalb von einem innerpsychisch verfestigtem und therapeutisch kaum mehr beeinflussbarem Krankheitszustand auszugehen sei.

4.3. In somatischer Hinsicht ergibt sich im Vergleich zur leistungsablehnenden Verfügung vom 26. Januar 2011 keine relevante Änderung. So wurde im neurologischen Konsilium explizit festgehalten, therapeutisch stehe die psychiatrische Betreuung im Vordergrund. Dabei wurde als Differentialdiagnose zwar eine Fibromyalgie genannt. Diese wurde vom Rheumatologen Dr. med. M. _____ jedoch nicht bestätigt, der einzig festhielt, es bestehe eine generalisierte Druckdolenz ohne Betonung der typischen Fibromyalgie-Syndrom-Druckpunkte. Damit erübrigt es sich, hinsichtlich der Fibromyalgie weitere Abklärungen vorzunehmen.

Zu keiner anderen Ansicht führt die Osteoporose. Diese führte, wie erwähnt, nicht zu Wirbelkörperfrakturen und ist gemäss dem Rheumatologen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

4.4. Damit liegt die Hauptproblematik weiterhin im psychischen Bereich. Die IV-Stelle ist diesbezüglich der Ansicht, in der Zeit vom Gutachten E. _____ vom Oktober 2010 bis zum Gutachten F. _____ vom November 2016 sei es nicht zu einer Änderung gekommen, weshalb das Gutachten F. _____ einzig eine andere Beurteilung eines an sich gleich gebliebenen Sachverhaltes darstelle und weiterhin auf das Gutachten E. _____, welches eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit verneinte, abgestützt werden könne.

4.5. Diese Sichtweise überzeugt nicht. So geht Dr. med. F. _____ von einer Chronifizierung der psychischen Problematik aus. Insofern das Gutachten E. _____ sechs Jahre zurückliegt, kann eine in der Zwischenzeit eingetretene Chronifizierung bzw. eine anderweitige Entwicklung der bekannten Krankheit und somit auch eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht von vornherein ausgeschlossen werden. Aus den Akten ergibt sich vielmehr, dass sich die psychische Problematik offenbar weiterentwickelt hat. So wird von den involvierten Ärzten seit Sommer 2015 zusätzlich eine Konversionsstörung genannt.

Ferner hat sich die Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen sowie zu den psychischen Störungen im Allgemeinen seit 2010 weiterentwickelt. So sind heute sämtliche psychischen Leiden, laut BGE 143 V 409 auch leichte bis mittelschwere Depressionen, einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Das Gutachten E. _____ genügt aber nicht, um den Fall gemäss dieser neuen Rechtsprechung zu lösen. So gelingt es nicht, die neu festgelegten Indikatoren in ihrer Gesamtheit zur Anwendung zu bringen, weshalb nicht mehr auf das Gutachten E. _____ abgestellt werden kann.

Zudem scheint die IV-Stelle zu übersehen, dass die Anwendung bzw. Berücksichtigung dieser neuen Rechtsprechungen logischerweise dazu führt, einen Fall unter einem neuen Blickwinkel zu betrachten, was durchaus zu einer anderen Darstellung eines an sich gleich gebliebenen Sachverhaltes führen kann. Dem Gutachten F. _____ kann deshalb nicht einzig und allein mit diesem Argument die Beweiskraft abgesprochen werden. Dieses Gutachten wird im Nachfolgenden einer Prüfung unterzogen.

4.6. Die Beschwerdeführerin gab bei Dr. med. F. _____ an, sie stehe je nach Schlaf zwischen 3 und 7 Uhr auf. Wenn sie sehr früh erwache, bleibe sie teilweise noch im Bett liegen. Nach dem Aufstehen trinke sie Kaffee und schaue meist fern, ohne Ton. Am frühen Vormittag komme meist die Schwiegertochter, manchmal die Tochter, vorbei und bringe das Mittagessen. Selber kochen könne sie nicht mehr. Oft helfe die Schwiegertochter noch im Haushalt, da sie die meisten Arbeiten nicht mehr verrichten könne. Am Nachmittag gehe sie oft spazieren, wobei sie immer von der Schwiegertochter, der Tochter, einer Nachbarin oder manchmal vom Ehemann begleitet werde, alleine könne sie das Haus nicht verlassen, da sie Angst vor Stürzen habe. Sie suche immer nur ganz ruhige Orte aus. Lärm oder viele Leute ertrage sie nicht. Nach der Rückkehr nach Hause schaue sie erneut fern, nun mit Ton, jedoch nur unaufgeregte Dinge. Nach dem Mittagessen nehme sie keine fixe Mahlzeit mehr ein. Nach Bedarf nehme sie sich Kleinigkeiten aus dem Kühlschrank. Sie sitze meist bis spät in die Nacht auf dem Sofa und lege sich erst weit nach Mitternacht ins Bett. Es brauche jeweils eine Weile, bis sie einschlafen könne. Nachts würde sie teilweise vor Schmerz laut schreien.

Dr. med. F. _____ diagnostizierte eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (F62.80) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode ohne somatisches Syndrom (F33.00). In beiden Vorgutachten sowie in verschiedenen Arztberichten werde regelmässig auf ein aufmerksamkeitsuchendes, theatralisches oder histrion wirkendes Verhalten hingewiesen, was in den Vorgutachten als Beleg für eine mögliche Manipula-

tion und bewusstes Rentenbegehren ausgelegt worden sei. Jedoch sei dieses Verhalten für somatoforme Störungen geradezu klassisch und stelle ein wesentliches Diagnosekriterium dar. Ähnliches gelte für Konversionsstörungen. Die vorhandenen dissoziativen Symptome seien Ausdruck der Schwere und des chronischen Verlaufs der somatoformen Störung selbst und bereits in der Diagnose enthalten und benötigten keine eigene Diagnose. Da die Problematik erst 2002 begonnen habe, liege keine Persönlichkeitsstörung vor. Dennoch fänden sich Auffälligkeiten, die nicht primär durch die somatoforme Störung abgedeckt seien. So eine erst im längeren Krankheitsverlauf entstandene und weiter zunehmende Reizbarkeit und Aggression gegenüber anderen und der helfenden Familie sowie eine Labilität im Affekt, die mehrfach als emotionale Instabilität bezeichnet worden sei. Beide Auffälligkeiten hätten sich erst über den längeren Krankheitsverlauf entwickelt. Eine solche Veränderung der Persönlichkeit bei somatoformen und Schmerzstörungen sei bei schweren chronischen Verläufen bekannt, wofür die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom geschaffen worden sei. Weiter würden regelmässig depressive Episoden verschiedenen Schweregrades sowie im Vorgutachten eine Dysthymie genannt. Ein Teil der depressiven Symptomatik lasse sich mit der Hauptdiagnose erklären. Da aktuell nur eine leichte depressive Stimmung, keine wesentlichen kognitiven Einschränkungen sowie keine ausgeprägte Erschöpfbarkeit vorlägen, könne neben der Hauptdiagnose nur eine leichte depressive Episode festgestellt werden. Ferner würden in den Akten mehrfach Diagnosen aus dem Bereich der Angststörungen genannt. Hierfür seien die Diagnosekriterien nicht erfüllt. Da die Angstsymptomatik nicht unabhängig von der depressiven sei, habe die Angst als Teil der Depression zu gelten.

In Bezug auf den Komplex "Gesundheitsschaden" (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1) hielt er fest, der Krankheitsverlauf zeige sich unbeeinflusst von äusseren Faktoren und habe im Umfang allmählich zugenommen, unabhängig davon, ob eine Rente bezogen wurde oder nicht. Selbst der zunehmende soziale Abstieg der Familie bis zur heutigen äusserst prekären finanziellen Situation habe nicht zu einer Änderung der Symptomatik geführt, wie dies bei bewusster willentlicher Steuerung der Symptomatik zu erwarten wäre. Deshalb sei der Standpunkt des Vorgutachters bezüglich bewusster Manipulation und Vorgabe der Symptomatik aufgrund eines Rentenbegehrens aus jetziger Sicht kaum nachvollziehbar. Zwar habe die Beschwerdeführerin bis heute durch die Symptomatik der Krankheit erhebliche Zuwendung seitens der Kinder erhalten, was als klassischer Krankheitsgewinn gewertet werden könne, was jedoch geradezu typisch für somatoforme Störungen sei. Insgesamt entspreche der 14jährige Verlauf dem klassischen Verlauf einer schweren chronifizierten somatoformen Störung, wobei das Bestehen von verschiedenen Konversionssymptomen bezüglich Sensibilitäts- und Bewegungsstörungen typisch für einen solch langen und schweren Verlauf sei.

Zwar gebe es mehrere invaliditätsfremde Faktoren (fehlende Arbeitstätigkeit seit 14 Jahren, sehr komplexe und prekäre finanzielle Situation, zerrüttete Beziehung zum Ehemann, Prägung der Beziehungen zu ihren Kindern durch ihre Krankheit, fehlende Ausbildung, sehr niedriges Bildungsniveau), die nicht direkt durch die Erkrankung bedingt seien, die aber negative Auswirkungen auf die Integrationsfähigkeit haben könnten. Abgesehen von der fehlenden Ausbildung und dem niedrigen Bildungsniveau seien diese als sekundäre und indirekte Folgen der Krankheit zu sehen.

Hinsichtlich der psychiatrischen Komorbidität und den körperlichen Begleiterkrankungen, die heute zu einem einheitlichen Indikator zusammengefasst sind, ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswerten Störungen vorzunehmen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3.). Weiter fallen Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im

konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1). Gemäss dem Gutachter haben die von ihm gestellten Diagnosen eine starke negative Wechselwirkung, was in Kombination mit den nur sehr geringen Ressourcen eine deutliche Verschlechterung der Prognose im Vergleich zu den Einzeldiagnosen ergebe, was erhebliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe.

Hinsichtlich der Behandlung erklärte er, an sich könne die bereits früh begonnene pharmakologische Therapie durchaus als *lege artis* angesehen werden. Jedoch habe keine der bisherigen Therapien, weder psychotherapeutisch noch pharmakologisch, eine wesentliche Verbesserung der depressiven und der somatoformen Problematik erzielt. Dagegen seien die Sitzungsfrequenzen bezüglich Psychotherapie in Anbetracht des Störungsbildes deutlich zu gering. Offenbar seien diese nur zu Beginn von der Frequenz her intensiver gewesen. Einschränkend müsse jedoch angemerkt werden, dass die Beschwerdeführerin über sehr wenige kognitive Ressourcen und Problemlösefähigkeiten verfüge, was einen psychotherapeutischen Zugang massiv erschwere. Auch fänden sich keine Hinweise auf eine genügende Einbeziehung des persönlichen Umfeldes in die Behandlung. Inwieweit der fehlende bisherige Therapieerfolg auch durch eine fehlende Kooperation und Compliance bedingt sei, könne nicht sicher beurteilt werden. Insbesondere im Vorgutachten von 2010 fänden sich deutliche Hinweise auf eine nicht korrekte Einnahme der verschriebenen Medikamente. In der aktuellen gutachterlichen Laboruntersuchung zeige sich ebenfalls eine wahrscheinlich fehlende Einnahme der angegebenen Medikamente. Das Krankheitsbild habe sich über den nun 14-jährigen Verlauf schwer chronifiziert. Auch eine Sicherung der medikamentösen Compliance und eine Intensivierung und Familieneinbezug in der Psychotherapie hätten nur noch sehr geringe Chancen auf eine substantielle Besserung, weshalb von einem innerpsychisch verfestigtem und therapeutisch kaum mehr beeinflussbarem Krankheitszustand auszugehen sei.

Zum Komplex Persönlichkeit (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.2) hielt er beim psychiatrischen Befund fest, die Beschwerdeführerin sei wach, das Bewusstsein ungetrübt, die Orientierung zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person voll gegeben. Die Aufmerksamkeit sowie die Konzentration seien normal und zeigten keinen Abfall über die Untersuchungszeit. Die Merkfähigkeit über eine Zeitspanne von zehn Minuten sei leicht vermindert. Das Gedächtnis sei intakt, das Zeitgitter aber leicht bis mittelmässig gestört. Es lägen weder inhaltliche Denkstörungen, Halluzinationen oder Ich-Störungen vor. Der Affekt sei leicht niedergestimmt, die Schwingungsfähigkeit leichtgradig, die Hedoniefähigkeit mittelmässig reduziert. Sie zeige eine leicht theatralische Mimik und Gestik. Spezifische motorische Auffälligkeiten seien nicht zu beobachten. Auch fänden sich im Bewegungsverhalten keine Anzeichen auf Einschränkungen durch Schmerzen. Nur beim Aufstehen aus dem Stuhl demonstriere sie Mühe. Der Antrieb sei leichtgradig vermindert. Über die Untersuchungszeit zeige sich keine Erschöpfung. Die durchschnittliche angegebene Schlafdauer pro Tag betrage zwei bis drei Stunden und es werde eine mittelgradige Tagesmüdigkeit angegeben, welche jedoch nur in sehr geringem Ausmass beobachtbar sei. Sie verfüge nur über sehr geringe Ressourcen. Das noch vorhandene soziale Netzwerk werde bereits maximal eingebunden.

Bezüglich des Komplexes "Sozialer Kontext" (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.3) notierte er, es bestehe ein leicht ausgeprägter sozialer Rückzug (gute Beziehung zu ihren Kindern, zu Schwiegersohn und -tochter sowie zu einer Nachbarin).

Hinsichtlich der Konsistenz erklärte er, die Beschwerdeführerin zeige zwar teilweise ein theatralisches und aggravierendes Verhalten, welches jedoch krankheitsbedingt sei. Ebenso krankheitsbedingt seien die geltend gemachte vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche berufliche Tätigkeit sowie die erhebliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit im eigenen Haushalt und teilweise

auch bezüglich Selbstpflege und jeglicher ausserhäuslicher Tätigkeiten. Hingegen könne eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz verneint werden.

4.7. Die Angaben von Dr. med. F._____ sind grundsätzlich schlüssig und nachvollziehbar, auch was seine Angaben zu den Indikatoren betrifft.

Dieser Meinung war bereits Dr. med. P._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin des RAD, der am 27. Dezember 2016 (IV-Akten, S. 667 ff.) die Frage, ob das Gutachten F._____ schlüssig und nachvollziehbar im Lichte der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung sei, mit "ja" beantwortete, gleichzeitig aber der Meinung war, dem Gutachten könne dennoch nicht gefolgt werden, da es sich einzig um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts handle. Gleicher Meinung war am 19. Februar 2018 (IV-Akten, S. 735 f.) Dr. med. Q._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des RAD. So seien bis auf eine zuletzt gutachterlich beschriebene im längeren Krankheitsverlauf entstandene und weiter zunehmende Reizbarkeit und Aggression der Beschwerdeführerin keine relevanten Veränderungen auszumachen. Ferner äusserte er Zweifel hinsichtlich der gestellten Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom. Für diese Diagnosen müssten gemäss ICD-10 Hinweise auf eine eindeutige und andauernde Veränderung im Wahrnehmen, Denken und Verhalten bezüglich der Umwelt und der eigenen Person vorliegen. Im Vergleich zu früheren Aktenangaben seien diese Elemente jedoch nicht ausreichend auszumachen. Es könne deshalb weiterhin auf das Gutachten E._____ abgestellt werden.

Wie dargestellt, kann hier aber eben gerade nicht mehr auf das Gutachten E._____ abgestellt werden. Ferner können, wie ebenso bereits erwähnt, die neuen Rechtsprechungen zu den psychischen Störungen zu einer neuen Beurteilung eines an sich gleichen Sachverhalts führen. Der kurzen und wenig überzeugenden Kritik des RAD-Psychiaters kann deshalb nicht gefolgt werden.

Vielmehr überzeugen die von Dr. med. F._____ gestellten Diagnosen, die von ihm auch ausführlich begründet wurden. Dies auch unter der Berücksichtigung der für die Hauptdiagnose notwendigen Diagnosekriterien, wonach Anlass der Hauptbehandlung ein chronisches Schmerzsyndrom ist, bei dem der Schmerz seine Leit- und Warnfunktion verloren und einen selbständigen Krankheitswert erlangt hat, bei dem alle Bewältigungsversuche trotz Unterstützung durch Therapeuten misslungen sind und das neben körperlichen Folgeerscheinungen zusätzlich therapiebedürftige psychische und soziale Beeinträchtigungen induziert hat. Zudem muss das Schmerzkrankheitsbild eine hohe Komplexität aufweisen, wobei sich körperliche, psychische und soziale Beeinträchtigungen wechselseitig bedingen, unterhalten oder verstärken. Ferner muss diese Komplexität zum Versagen monodisziplinärer Behandlungsversuche geführt haben und erfordert ein abgestimmtes multidisziplinäres Vorgehen in integrativen Behandlungsstrukturen. Schliesslich sind die psychischen und sozialen Folgebelastungen nicht Ausdruck einer eigenständigen psychiatrischen oder zerebralen Erkrankung (<https://www.dgss.org/fileadmin/pdf/f6280.pdf>, besucht am 15. Mai 2019).

Überdies kann heute nicht mehr klar auf bewusste Aggravation geschlossen werden. Gemäss der Rechtsprechung liegt Aggravation oder eine ähnliche Konstellation namentlich vor, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen oder Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes

Verhalten hin. Eine auf Aggravation oder vergleichbaren Konstellationen beruhende Leistungseinschränkung vermag einen versicherten Gesundheitsschaden nicht leichthin auszuschliessen, sondern nur, wenn im Einzelfall Klarheit darüber besteht, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbstständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (Urteil BGer 9C_659/2017 vom 20. September 2018 E. 4.1 mit Hinweisen). Zudem stellt bei somatoformen Störungen ein Charakteristikum gerade die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischer Untersuchung trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, die Symptome seien nicht körperlich begründbar, dar. Ferner besteht bei diesen Störungen häufig ein gewisses aufmerksamkeitsuchendes (histrionisches) Verhalten (Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. Aufl. 2018, S. 224). Bei Dr. med. E. _____ fiel die Beschwerdeführerin beispielsweise noch dadurch auf, dass sie für das Wiegen und die Blutentnahme vorgab, nicht selbst aus dem Stuhl aufstehen zu können, sondern die Arme ausstreckte und hochgezogen werden wollte. Ferner liess sie einmal den rechten Arm plötzlich vorschnellen und schaute, ob es vom Gutachter auch gesehen worden war. Zudem ruckte sie mehrmals abrupt mit dem Kopf, wobei sie eine schmerzvermittelnde Mimik machte. Solche Verhaltensweisen werden heute nicht mehr beschrieben. Es ist deshalb durchaus nachvollziehbar, wie Dr. med. E. _____ zu seiner damaligen Einschätzung gekommen ist.

Schliesslich erfüllt das Gutachten F. _____ ebenso die übrigen allgemeinen Anforderungen an ein Gutachten. Es ist umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die beklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben und die Beurteilung ist einleuchtend und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar.

4.8. Insofern das Gutachten F. _____ sowohl die mit BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäbe wie auch die allgemeinen rechtlichen Beweisanforderungen erfüllt, ist es beweiskräftig. Wie dargestellt, hat in diesem Fall keine juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens zu erfolgen und es ist grundsätzlich die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Gutachters zu übernehmen, gemäss welchem in jeglicher Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit besteht.

Jedoch kann dem Gutachten F. _____ hinsichtlich des Beginns der anspruchserheblichen Arbeitsunfähigkeit, welcher dieses im Jahr 2002 sieht, nicht gefolgt werden. So ist retrospektiv nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststellbar, wann die jetzt als erstellt geltende Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist, weil noch keine Prüfung anhand der massgebenden Indikatoren erfolgt ist. Ebenso kann diesbezüglich nicht dem Bericht der behandelnden Psychiaterin gefolgt werden, die im Widerspruch zu den Akten von einer mittel- bis schwergradigen depressiven Episode seit ca. 2000 sowie von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung ausgeht, obwohl von Dr. med. F. _____ eine Persönlichkeitsstörung zu Recht verneint wurde, da die Problematik erst 2002 begonnen hat. Damit ist eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die Zeit vor dem Gutachten F. _____ nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der Beschwerdeführerin auswirkt.

Ferner geht zwar Dr. med. F. _____ davon aus, dass auch unter optimaler Therapie nur noch sehr geringe Chancen auf eine namhafte Verbesserung der Situation besteht. Gleichzeitig übt er aber starke Kritik an der bisherigen Therapie. So seien die Sitzungsfrequenzen bezüglich Psychotherapie in Anbetracht des Störungsbildes deutlich zu gering. Ferner fänden sich keine Hinweise

auf eine genügende Einbeziehung des persönlichen Umfeldes in die Behandlung. Zudem hatte die aktuelle Laboruntersuchung, wie bereits beim Vorgutachten, Hinweise auf eine fehlende Einnahme der angegebenen Medikamente. Es ergeben sich deshalb Zweifel, ob wirklich bereits definitiv von einem verfestigten und therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren Krankheitszustand auszugehen ist. Insofern Dr. med. F. _____ nicht äussert, diese Massnahmen seien der Beschwerdeführerin nicht zumutbar und diese zudem im Sinne der der Beschwerdeführerin obliegenden Schadenminderungspflicht ebenso als zumutbar angesehen werden müssen, rechtfertigt es sich, die Angelegenheit an die IV-Stelle zurückzuweisen, verbunden mit dem Auftrag, die Beschwerdeführerin anzuhalten, diese Therapieempfehlungen umzusetzen und nach einem Jahr den Rentenanspruch erneut zu prüfen, beispielsweise mit der Einholung einer Stellungnahme bei Dr. med. F. _____.

Da der Antrag auf Gewährung einer Invalidenrente gutgeheissen wird, erübrigt sich die Durchführung der von der Beschwerdeführerin beantragten öffentlichen Verhandlung (vgl. BGE 136 I 279 E. 1 mit Hinweis auf BGE 122 V 47, zuletzt bestätigt in Urteil BGer 8C_338/2016 vom 21. November 2016 E. 1.2) sowie sowohl der übrigen prozessualen Anträge (Parteiverhör, Einvernahme RAD-Arzt und von Dr. med. F. _____, zweiter Schriftenwechsel) als auch der ebenfalls beantragten weiteren Abklärungen.

Schliesslich beantragte die Beschwerdeführerin den Ausstand der Richter, welche am Urteil vom 3. April 2013 beteiligt gewesen waren, da diese vorbefasst seien. Aufgrund der Zusammensetzung des Spruchkörpers im vorliegenden Verfahren ist dieser Antrag gegenstandslos.

5.

Zusammenfassend ist im Vergleich zur leistungsablehnenden Verfügung vom 26. Januar 2011 von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen. So ist seit der Begutachtung durch Dr. med. F. _____ am 20. Oktober 2016 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, was unter der Berücksichtigung der revisionsrechtlichen Bestimmungen ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente gibt (vgl. Art. 88a Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]; Art. 29 Abs. 3 IVG).

Die Beschwerde ist daher insofern gutzuheissen, dass die angefochtene Verfügung aufzuheben und der Beschwerdeführerin ab dem 1. Januar 2017 eine ganze Rente zu gewähren ist. Die Angelegenheit ist jedoch im Übrigen an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit sie die Beschwerdeführerin dazu anhält, die Therapieempfehlungen umzusetzen. Der Rentenanspruch ist danach nach einem Jahr erneut zu prüfen.

Die Gerichtskosten werden auf CHF 800.- zu Lasten der IV-Stelle festgesetzt.

Da die Beschwerdeführerin im Wesentlichen obsiegt, hat sie Anspruch auf eine Entschädigung ihrer Parteikosten. Der Rechtsvertreter war mit Schreiben vom 21. November 2018 aufgefordert worden, seine Kostenliste einzureichen, was er in der Folge unterliess. Unter Berücksichtigung von Art. 146 ff. des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1991 über die Verwaltungsrechtspflege (VRG; SGF 150.1), des kantonalen Tarifs vom 17. Dezember 1991 über die Verfahrenskosten und Entschädigungen in der Verwaltungsjustiz (SGF 150.12) sowie der Annahme eines objektiven Zeitaufwandes von acht Stunden ergibt dies eine Parteientschädigung von CHF 2'000.- (8 x CHF 250.-), wobei dieser Betrag die Auslagen umfasst. Hinzu kommt die Mehrwertsteuer von CHF 154.- (7.7% von CHF 2'000.-). Der Totalbetrag von CHF 2'154.- geht zu Lasten der IV.

Das Gesuch vom 28. September 2018 um Gewährung der vollständigen unentgeltlichen Rechtspflege (605 2018 231) erweist sich damit als gegenstandslos und kann vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben werden.

Der Hof erkennt:

- I. Die Beschwerde (605 2018 230) von A. _____ wird im Sinne der Erwägungen gutgeheissen.
Die Verfügung der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Freiburg vom 24. August 2018 wird aufgehoben. A. _____ hat ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf eine ganze Rente.
Im Übrigen wird die Angelegenheit im Sinne der Erwägungen an die IV-Stelle zurückgewiesen.
- II. Es werden Gerichtskosten von CHF 800.- zu Lasten der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Freiburg erhoben.
- III. A. _____ wird zu Lasten der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Freiburg für das vorliegende Verfahren eine Parteientschädigung für Honorar und Auslagen von CHF 2'000.-, zuzüglich der Mehrwertsteuer von CHF 154.- und damit insgesamt CHF 2'154.- zugesprochen.
- IV. Das Gesuch um vollständige unentgeltliche Rechtspflege wird als gegenstandslos vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben (605 2018 231).
- V. Zustellung.

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden. Diese Frist kann weder verlängert noch unterbrochen werden. Die Beschwerdeschrift muss in drei Exemplaren abgefasst und unterschrieben werden. Dabei müssen die Gründe angegeben werden, weshalb die Änderung dieses Urteils verlangt wird. Damit das Bundesgericht die Beschwerde behandeln kann, sind die verfügbaren Beweismittel und der angefochtene Entscheid mit dem dazugehörigen Briefumschlag beizulegen. Das Verfahren vor dem Bundesgericht ist grundsätzlich kostenpflichtig.

Freiburg, 24. Mai 2019/bsc

Der Präsident:

Der Gerichtsschreiber-Berichterstatter: