

SO_GERICHTE VSBES.2016.144 vom 12. April 2016

SO Obergericht, 2016-04-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.144

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.144 du 12 avril 2016

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.144 del 12 aprile 2016

Erwägungen

E. 1

1.1 Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (fortan: Beschwerdegegnerin) wies ein erstes Leistungsbegehren der Versicherten A.____ (fortan: Beschwerdeführerin), geb. 1963, am 29. Juli 2002 ab, da sich die Beschwerdeführerin einer zumutbaren Abklärungsmassnahme widersetzt hatte (IV-Stelle Beleg / IV-Nr. 19). Auf die zweite Anmeldung vom 28. Februar 2006 (IV-Nr. 23) hin verfügte die Beschwerdegegnerin am 25. Februar 2008, dass bei einem Invaliditätsgrad von 28 % kein Anspruch auf eine Rente und auf berufliche Eingliederungsmassnahmen bestehe (IV-Nr. 48). 1.2 Am 7. November 2012 meldete sich die Beschwerdeführerin erneut bei der Beschwerdegegnerin an (IV-Nr. 51). Diese verneinte mit Verfügung vom 12. April 2016 einen Anspruch auf eine Rente sowie auf berufliche Massnahmen, wobei sie von einem Invaliditätsgrad von 25 % ausging. Ausserdem lehnte es die Beschwerdegegnerin ab, die Kosten des Gutachtens von Dr. med. B.____ zu übernehmen (Aktenseite / A.S. 1 ff.).

E. 2

a) Es seien der Beschwerdeführerin ab wann rechtens die gesetzlichen IV-Leistungen (berufliche Massnahmen, Rente) nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40 % auszurichten. b) Eventualiter: Es seien weitere medizinische und beruflich-erwerbsbezogene Abklärungen durchzuführen.

E. 3

Es seien der Beschwerdeführerin die ihr im Zusammenhang mit der Privatexpertise von Dr. med. B.____ entstandenen Kosten in Anwendung von Art. 45 ATSG zurückzuerstatten.

E. 3.1

3.1.1 Die Beschwerdeführerin ist ausgebildete Herren- und Damencoiffeuse, welche ab 1990 einen eigenen Salon betrieb (IV-Nr. 2 S. 4 Ziff. 6.2 und 6.3 sowie Nr. 6).

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Ablehnung des zweiten Leistungsbegehrens am 25. Februar 2008 auf das Gutachten des D.____ vom 17. Juli 2007 (IV-Nr. 41.1). Dieses enthielt folgende Diagnosen (S. 11):

A) Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

B) Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Das jetzige Leiden habe vor ca. sechs Jahren begonnen, gekennzeichnet durch die drei Symptomkomplexe psychische Instabilität, Konzentrationsschwäche und Depression, unklare Abdominalbeschwerden mit Diarrhoen sowie Gelenkbeschwerden (S. 11). Bei den hiesigen Untersuchungsergebnissen seien zunächst die psychischen Probleme zu erwähnen, vermindertes Selbstwertgefühl, Insuffizienzerleben und Schuldgefühle sowie eine

Angstproblematik. Körperlich finde sich ein Schmerzsyndrom, das möglicherweise auf einen stattgehabten Morbus Scheuermann zurückgehe. Für die Arbeitsfähigkeit seien nur diese Probleme relevant; die Schmerzen im Abdomen und die Migräne gingen wohl grösstenteils auf die somatoforme Schmerzstörung zurück. Die Schwierigkeiten im Bereich des Bewegungsapparates könnten objektiviert werden, es bestehe ein thorako- und lumbospondylogenes Syndrom (S. 12). Die Depression führe zu einem Rückzug ins Schneckenhaus (S. 13).

Die bisherige Tätigkeit als Coiffeuse sei mit gewissen Anpassungen acht Stunden pro Tag mit einer um 20 % verminderten Leistungsfähigkeit möglich. Abgesehen von kurzen Unterbrüchen sei die Beschwerdeführerin nie arbeitsunfähig gewesen (S. 13). Sie habe Angst vor dem Wiedereintritt ins Berufsleben und müsse deswegen, beginnend mit einem Pensum 50 %, schrittweise in den Arbeitsprozess eingeführt werden, am besten als Angestellte. Eine medizinische Trainingstherapie einschliesslich Haltungsschulung dürfte in wenigen Monaten zu einer Verbesserung der Beschwerden führen. Um den Rücken zu schonen empfehle man beim Arbeiten einen höhenverstellbaren Hocker, wie es wird bereits in verschiedenen Coiffeursalons praktiziert werde; auf diese Weise müssten die Haare nicht stehend, mit gebeugtem Rücken, gepflegt werden (S. 14). Grundsätzlich seien alle leichten Arbeiten, die den Rücken schonten (kein wiederholtes Bücken, kein chronisches Vorneigen des Körpers, kein Heben von Gewichten über 7 kg), acht Stunden pro Tag mit einer um 20 % verminderten Leistung zumutbar (S. 15).

3.2 Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, führte nach der Neuanmeldung vom 7. November 2012 in seinem Bericht vom 5. Dezember 2012 (IV-Nr. 54 S. 1 f.) folgende Diagnosen auf:

Die Beschwerdeführerin berichte von stärksten Krämpfen an Händen, Armen sowie Beinen, welche belastungsabhängig drei- bis viermal pro Tag auftreten würden. Nach zehn bis 15 Minuten Stehen müsse sie sich aufstützen oder absitzen und sei in der Gehfähigkeit stark eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin könne unmöglich eine Arbeit verrichten, da bei Belastung der Extremitäten schon nach kurzer Arbeitszeit diese Krämpfe einsetzen.

3.3 Die Beschwerdegegnerin holte bei der Gutachterstelle F.____ ein bidisziplinäres Administrativgutachten ein, welches am 17. Februar 2014 erging (IV-Nr. 69) und folgende Diagnosen enthielt (S. 42 f.):

Mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit:

Ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit

3.3.1 Der Experte Dr. med. G.____, Facharzt für Neurologie FMH, hielt fest, die Beschwerdeführerin sei zuletzt als Coiffeuse tätig gewesen, habe jedoch seit dem Jahr 2000 gesundheitshalber nicht mehr gearbeitet. Sie mache massive belastungsabhängige Muskelkrämpfe geltend (S. 25). Beschrieben würden plötzlich einschliessende dystone Muskelanspannungen im Halsbereich links und dystone Zustände in den Händen, betont aber in den Füßen sowie teilweise im Oberschenkel und Gesäss. Während der klinischen Untersuchung habe andeutungsweise ein dystoner Zustand am rechten Oberschenkel ausgelöst werden können; das myokymieartige Tonusverhalten entspreche nicht dem klassischen Crampussyndrom, sei aber sehr gut mit einer dystonen Symptomatik zu vereinen und nicht willentlich erzeugbar. Die Familienanamnese zur Dystonie sei sehr auffällig, mit ähnlichen Symptomen u.a. beim Vater und insbesondere bei dessen Bruder,

was auf eine familiäre Dystonie des Erwachsenenalters hinweise. Zusätzlich beschreibe die Beschwerdeführerin bei ebenfalls positiver Familienanamnese ein Restless-legs-Syndrom, welches seit ca. fünf Jahren mit zirkadianer Rhythmik betont abends/nachts auftrete (S. 26). Die periodischen Beinbewegungen führten zu ausgeprägten Schlafstörungen mit nachvollziehbarer psychischer Belastung, andererseits sei von einer guten Therapierbarkeit mit Benefit für das psychische Befinden auszugehen (S. 27).

Wahrscheinlich habe schon im Zeitpunkt des früheren Gutachtens des D.____ vom 17. Juli 2007 (IV-Nr. 41.1) eine Dystonie vorgelegen, aber wohl nur leicht ausgeprägt. Als Coiffeuse sei die Arbeitsfähigkeit wegen vermehrter Pausen um max. 30 bis 40 % vermindert gewesen, während für adaptierte Tätigkeiten auch im Rückblick eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bestanden habe. Die residuale sensible Defizitsymptomatik des Nervus ulnaris ergebe keine relevanten Funktionsbeeinträchtigungen (S. 28). Die Diagnose eines Crampus-Faszikulation-Syndroms sei unzutreffend, da Faszikulationen weder klinisch noch elektromyografisch feststellbar seien (S. 29). Bei der episodischen Migräne mit Aura bestehe gegenwärtig mit einer relativ geringen Frequenz von Schmerzepisoden im Monat keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Hinsichtlich der Rückenbeschwerden seien keine lumboradikulären Störmuster feststellbar. Was die Diskussion um eine diabetische Polyneuropathie angehe, so zeige sich in der aktuellen klinischen Untersuchung ein weitgehend normaler Reflexstatus und ein normales Vibrationsempfinden sowie keine signifikante sockenförmige Sensibilitätsminderung. Der grenzwertige bis leicht pathologische elektrophysiologische Befund vom Oktober 2012 sei nicht sicher verifizierbar und diese Diagnose nicht geeignet, die angegebenen Krämpfe zu erklären (S. 31).

Die früher ausgeübte Tätigkeit als Coiffeuse, einer statomotorisch und manuell belastenden Tätigkeit, wäre angesichts der organischen Ursache der belastungsabhängigen Muskelkrämpfe nur mit grossen Einschränkungen resp. eher nicht geeignet. In Frage kämen Verweistätigkeiten mit weniger statomotorischer Belastung sowie unter Vermeidung repetitiver manuell belastender Tätigkeiten, z.B. leichte manuell-grobmotorische Arbeiten überwiegend im Sitzen, mit gelegentlichem Stehen und Gehen sowie frei wählbaren Pausen. Solche Verweistätigkeiten seien mindestens mit einer Arbeitsfähigkeit von 80 % möglich, d.h. bei voller Zeitpräsenz und leicht geminderter Leistungsfähigkeit durch vermehrten Pausenbedarf. Diese Einschätzung gelte retrospektiv seit dem Gutachten von 2006 (S. 32).

3.3.2 Gemäss dem Experten Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, gab die Beschwerdeführerin an, sie leide seit 1998 zweimal im Jahr an vorwiegend saisonal abhängigen depressiven Zuständen, ausserdem unter Muskelkrämpfen, welche sie seit zwölf Jahren daran hinderten, ihrem Beruf als Coiffeuse nachzugehen (S. 33). Die nächtliche Beinunruhe und die Krämpfe in den Füssen führten zu schweren Schlafstörungen. Die Depressionen seien in den Wintermonaten und im Frühjahr stärker. Die Beschwerdeführerin sei durch ihren sozialen Rückzug gegenüber fremden Menschen ängstlicher und zurückhaltender geworden (S. 35). Sie erachte sich als nicht in der Lage, einer regelmässigen beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Die Hausarbeit könne sie nur erschwert verrichten. Teilweise fielen ihr Gegenstände aus der Hand. Wegen der anhaltenden Müdigkeit und allgemeinen Schwäche müsse sich immer wieder hinsetzen oder auch hinlegen. Zudem benötige sie Pausen, weil ihr nach längerer Tätigkeit die Hände einschliefen (S. 36).

Anlässlich der aktuellen Untersuchung lasse sich keine relevante depressive Symptomatik feststellen. Als Persönlichkeitsvariante bestehe eine Primärpersönlichkeit mit ängstlichen, anankastischen, vermeidenden und gehemmten Anteilen. Die psychischen Auffälligkeiten würden durch die neurologische Symptomatik überlagert bzw. zeitweilig verstärkt. Die Schlafstörung gehe vorwiegend auf die neurologische Symptomatik zurück. Die derzeit fehlende psychiatrische Behandlung spreche gegen eine manifeste depressive Symptomatik (S. 39). Die Ängste und Störungen des Antriebs hätten Auswirkungen auf die psychischen Funktionen. Insgesamt ergebe sich auf Grund der Störung der emotionalen, zeitweilig auch der affektiven Funktionen und des Schlafes eine um 30 % reduzierte Arbeitsfähigkeit. Die Störung liege in diesem Ausmass seit November 2012 vor (S. 40). Der Ausprägungsgrad scheine sich seit dem Gutachten vom 17. Juli 2007 etwas akzentuiert zu haben, (S. 41).

3.3.3 Im interdisziplinären Konsens gelangten die Experten zum Schluss, auf Grund der überwiegend wahrscheinlich organischen Ursache für die belastungsabhängigen Crampi überfordere die angestammte Tätigkeit die statomotorische Belastbarkeit sowie die Handbelastbarkeit und sei ungeeignet. Diese Entwicklung müsse spätestens seit den neurologischen Abklärungen im Jahr 2010 als stärker relevant angesehen werden. Komplizierend habe sich ab November 2012 wegen der psychischen Störungen, in Wechselwirkung mit den somatischen Beschwerden und saisonal akzentuiert, eine leichte Verschlechterung der allgemeinen psychischen Leistungsfähigkeit eingestellt. Retrospektiv sei eine leidensangepasste Tätigkeit weitgehend ohne Unterbruch zumutbar gewesen (S. 43), mit einer leichten Einschränkung der Leistungsfähigkeit um ca. 20 % bei voller Präsenzzeit. Diese neurologische Bewertung überschneide sich mit der psychiatrischen Einschätzung. Bei fachübergreifender Betrachtung ergebe sich für eine leidensangepasste Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % ab 2006 sowie von 70 % ab November 2012. Dies gelte für Verweistätigkeiten mit geringer statomotorischer Belastung und ohne repetitive manuell belastende Arbeiten. Psychomental belastende Tätigkeiten, insbesondere unter Zeitdruck, sollten vermieden werden. Bei konsequenter psychiatrisch-psychopharmakologischer Behandlung sei davon auszugehen, dass der psychische Anteil keine über das neurologisch festgestellte Ausmass von 20 % hinausgehende Leistungsminderung bewirke. Seit der Rentenablehnung im Februar 2008 sei eine geringe Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten (S. 44 / 45).

E. 3.4

3.4.1 Dr. med. I. ____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in ihrem Bericht vom 7. September 2014 (IV-Nr. 78 S. 8 ff.) fest, es gehe der Beschwerdeführerin seit Januar 2014 schlechter. Im Februar habe sie während einer gewissen Zeit die Wohnung nicht verlassen können. Es sei zu einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0) gekommen (Chemotherapie in der Schwangerschaft, Geburt eines behinderten Kindes), u.a. mit sozialem Rückzug, starken Ängsten, Gefühl der Nichtzugehörigkeit und der Leere, innerer Nervosität sowie Tendenz zum Dissoziieren und zur Depersonalisation.

3.4.2 Dr. med. B. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erstattete am 24. Oktober 2014 im Auftrag der Beschwerdeführerin ein Gutachten (IV-Nr. 80 S. 5 ff.), welches folgende Diagnosen stellte (S. 50 f.):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Auf Grundlage der somatisch erklärbaren Muskelkrämpfe habe sich eine eigenständige psychiatrische Störung entwickelt. Die Beschwerdeführerin erlebe die Krämpfe mit extremer Hilflosigkeit und als stigmatisierend, weshalb sie ihre Wohnung für Einkäufe, Arztbesuche etc. nur noch in Begleitung verlasse. Die Angst vor Krampfanfällen sei realistisch, weil die Beschwerdeführerin täglich solche erlebe. Das Ausmass entspreche einer schweren Agoraphobie (die keine somatische Erkrankung als Auslöser habe), da aber bloss ein einziges ICD-10-Kriterium erfüllt sei, bleibe die Restkategorie «Sonstige phobische Störung» (S. 34). Die Beschwerdeführerin beschreibe zwei- bis dreimal pro Jahr depressive Phasen von drei bis vier Wochen Dauer. Sie habe dann keine Energie, ziehe sich auch von der Familie zurück und verbringe die meiste Zeit im Bett (S. 35 f.). Diese depressiven Phasen seien, da keine ärztliche Hilfe in Anspruch genommen werde, nicht echtzeitlich dokumentiert, aber glaubhaft. Der Schweregrad der Depressionen dürfte mittelschwer sein (S. 36). Die Krämpfe würden auch vom Sohn beschrieben (S. 43).

Hauptproblem seien die täglich auftretenden, anfallsartigen repetitiven Muskelkrämpfe von zehn bis 20 Minuten Dauer. An einem Arbeitsplatz würde die Beschwerdeführerin einmal täglich einen solchen Anfall erleiden und sich mit verdrehten Extremitäten anlehnen oder auf den Boden sinken (S. 43 f.). Damit sei sie einem Arbeitgeber nicht zumutbar, einmal abgesehen davon, dass sie für eine externe Tätigkeit auf Fahrdienste angewiesen wäre. Während der depressiven Episoden bestehe keine Arbeitsfähigkeit. Bezüglich der Migräne sei mit zwei bis drei ausgefallenen Arbeitstagen pro Monat zu rechnen (S. 44). Summiere man diese Einschränkungen, bleibe bezogen auf ausserhäusliche Tätigkeiten keine verwertbare Arbeitsfähigkeit übrig, sowohl für angepasste Tätigkeiten wie auch für die angestammte Arbeit als Coiffeuse. Letztere würde durch das ständige Stehen sowie die Handbewegungen repetitive Krämpfe auslösen. Im Bereich Heimarbeit, z.B. als selbständige Web-Designerin etc., dürfte eine Arbeitsfähigkeit von 60 % bestehen (mit der zusätzlichen Einschränkung depressiver Phasen), da hier die Arbeit zeitlich verschoben werden könne (S. 44 / 51 / 52).

Zum F.____-Gutachten vom 17. Februar 2014 sei anzumerken, dass man, um die Arbeitsunfähigkeit durch eine rezidivierende depressive Störung zu erfassen, die Häufigkeit der depressiven Phasen berücksichtigen müsse. Selbst eine einzige mittelgradig bis schwer depressive Phase pro Jahr wäre mit einer Anstellung auf dem ersten Arbeitsmarkt praktisch nicht mehr vereinbar (S. 47). Davon abgesehen habe der psychiatrische Gutachter die Angststörung, welche die Arbeitsfähigkeit am stärksten einschränke, nicht erfasst. Es handle sich nicht um eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsakzentuierung, sondern um eine erst in Verbindung mit den Muskelkrämpfen entstandene Angststörung. Auch der Arbeitsversuch von 2009 sei gemäss Beschwerdeführerin an den zunehmenden Krämpfen gescheitert sowie an den für sie entwürdigenden Situationen, wenn sie von der Bushaltestelle auf Grund der Krämpfe nicht ohne fremde Hilfe nach Hause gekommen sei. Dies sei im F.____-Gutachten nicht berücksichtigt worden (S. 48). Ausserdem habe man es versäumt, die Einschränkung der Verkehrsfähigkeit zu erfragen. Die im Gutachten geschätzte Arbeitsfähigkeit sei daher zu korrigieren (S. 49).

Die gesundheitliche Situation habe sich seit 2007 verschlechtert. Damals seien die Krämpfe noch nicht derart einschränkend gewesen, zudem habe sich noch keine Angststörung entwickelt. 2010 seien erstmals somatische Muskelkrämpfe diagnostiziert und 2012 die heutigen Einschränkungen beschrieben worden. Die im vorliegenden Gutachten formulierte Arbeitsunfähigkeit bestehe seit Anfang 2012. Die Einschränkung davor sei retrospektiv

schwer zu bestimmen. Sie habe aber damals schon bei mindestens 50 % gelegen, sowohl für die angestammte Tätigkeit wie auch für angepasste Arbeiten (S. 52). Eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen sei nicht überwiegend wahrscheinlich (S. 53).

3.4.3 Der Experte Dr. med. H.____ erklärte in seiner Stellungnahme vom 4. Juni 2015 (IV-Nr. 91), Dr. med. B.____ diskutiere psychosoziale und arbeitsrechtliche Faktoren, welche bei der medizinischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht einbezogen werden dürften. Phobische Ängste hinsichtlich der Krämpfe habe die Beschwerdeführerin nicht berichtet, sie beschreibe lediglich unspezifische Ängste und Sorgen, die nicht einer eigenständigen Angsterkrankung entsprächen. Ein relevantes psychiatrisches Zustandsbild mit einer ausgeprägten Angststörung erscheine allein schon auf Grund der geringen psychiatrischen und psychopharmakologischen Behandlungsfrequenz als nicht plausibel. Der Schluss, die Beschwerdeführerin sei zu 100 % arbeitsunfähig, sei in keiner Weise nachvollziehbar. Der psychopathologische Befund anlässlich der bidisziplinären Begutachtung habe keine Anhaltspunkte für ein mittelschweres oder schweres depressives Zustandsbild ergeben. Man habe in der Gesamtbeurteilung alle wichtigen Aspekte berücksichtigt, auch die Überlagerung des psychischen Störungsbildes durch die neurologische Erkrankung. Man sehe sich nicht veranlasst, die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Gutachten vom 17. Februar 2014 zu revidieren.

3.4.4 Dr. med. B.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte in ihrem Bericht zum Erstgespräch vom 19. Januar 2016 (IV-Nr. 110 S. 3 ff.) folgende Diagnosen:

Die Muskelkrämpfe der Beschwerdeführerin hätten sich nach der zweiten Schwangerschaft im Jahr 1997 verstärkt. Wegen der Krämpfe in Händen, Armen und Beinen habe sie ihren Coiffeursalon aufgeben müssen. Seit einigen Jahren habe sie täglich Krämpfe, die stärker als Wehen seien. Diese dauerten ca. drei Minuten, wenn die Beschwerdeführerin sich hinlege und ruhig atme. Bestimmte Tätigkeiten wie Fensterputzen oder Staubsaugen führten nach gewisser Zeit mit nahezu hundertprozentiger Sicherheit zu einem Krampf. Meist gehe die Beschwerdeführerin mit dem Rollator aus dem Haus. Sie unternehme fast alles in Begleitung, meist durch einen der Söhne oder die Witwe des Vaters. Wegen ihrer Krankheit könne sie nicht mehr am Leben teilnehmen, sie vermeide viele Tätigkeiten und habe sich zurückgezogen. Recht aktiv sei sie noch im Internet, wo sie drei Gruppen administrierte und sich die Probleme anderer Leute anhöre. Nachts sei sie wegen ihrer Krämpfe häufig mehrere Stunden wach. Zwei- bis dreimal pro Jahr erlebe die Beschwerdeführerin depressive, meist einmonatige Episoden mit Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, Konzentrationsproblemen und einem extremen sozialen Rückzug (oft auch von der Familie und dem Gesundheitssystem). Die letzte Episode habe die Beschwerdeführerin im Februar 2015 erlebt. Jetzt seien ab und zu noch Restsymptome wie Antriebslosigkeit und leichter sozialer Rückzug zu bemerken. Die Diagnose einer Agoraphobie bilde den Fall nur ungenügend ab: Erstens hätten sich die Symptome durch eine körperliche Erkrankung (familiäre Dystonie) entwickelt und zweitens seien die Angst vor einem erneuten Krampfanfall und die Einschätzung der möglichen Folgen (Hilflosigkeit und Aufmerksamkeit durch die Umwelt) realistisch.

3.5 Dem Gerichtsgutachten der C.____ vom

E. 3.6

3.6.1 Es liegen keine zwingenden Gründe dafür vor, vom polydisziplinären Gerichtsgutachten der Gutachterstelle C.____ abzuweichen. Dieses stammt von unabhängigen Fachärzten, welche die Vorakten studiert, die Beschwerdeführerin gründlich untersucht und ihre Einschätzung überzeugend begründet haben. Die Gutachter haben sich insbesondere auch mit den abweichenden Arztberichten und Gutachten befasst und erläutert, wieso sie zu anderen Schlussfolgerungen gelangen.

In neurologischer Hinsicht ist die Feststellung, es liege keine somatisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor, angesichts der unauffälligen organischen Befunde nicht zu beanstanden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_990/2012 vom 10. Juni 2013 E. 5.1 und 8C_290/2011 vom

E. 4

Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit Publikums- und Presseanwesenheit einzuberufen und durchzuführen.

E. 4.3

4.3.1 Die Beschwerdeführerin geht keiner Erwerbstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt mehr nach; mit der Arbeit bei ihrem Sohn, welche sie sich frei einteilen kann, schöpft sie ihre Leistungsfähigkeit nicht aus (s. dazu BGE 129 V 472 E. 4.2.1 S. 475). Somit ist für das Invalideneinkommen die LSE heranzuziehen (BGE 126 V 75 E. 3b S. 76 f.). Dabei ist auf das Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) abzustellen, bezogen auf den gesamten privaten Sektor (Urteil des Bundesgerichts 8C_717/2014 vom 30. November 2015 E. 5.1): Die Beschwerdeführerin ist im Lichte der Schadenminderungspflicht gehalten, ihre verbleibende Arbeitskraft in sämtlichen ihr zumutbaren und ihren Fähigkeiten entsprechenden Segmenten des Arbeitsmarktes zur Verfügung zu stellen und bei gegebener Möglichkeit auch tatsächlich zu verwerten. Massgeblich ist die LSE 2012, da die einschlägige Tabelle TA1_tirage_skill_level der LSE 2014 erst am

E. 5

Der Beschwerdeführerin sei die volle unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverteidigung unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren.

E. 6

Die Beschwerdeführerin sei von der Leistung eines Gerichtskostenvorschusses zu befreien.

E. 7

Vor der Eröffnung des materiellen Endentscheides sei dem unterzeichneten Rechtsanwalt Gelegenheit zur Einreichung einer detaillierten Kostennote zur Geltendmachung einer Parteientschädigung resp. einer armenrechtlichen Entschädigung zu geben (vgl. Art. 29 Abs. 2 BV).

E. 8

Mai 2017 (A.S. 64 ff., nebst neurologischem Teilgutachten vom 21. Dezember 2016, A.S. 105 ff., und psychiatrischem Teilgutachten vom 13. März 2017, A.S. 110 ff.) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (A.S. 96):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

3.5.1 Beim Experten Dr. med. J.____, Facharzt für Allg. Innere Medizin, gab die Beschwerdeführerin an, 1998 sei während ihrer zweiten Schwangerschaft ein Uterus-Karzinom diagnostiziert und nach der Entbindung therapiert worden. 2001 sei sie als Folge des Gebärmutterkrebses, der Operation und der Chemotherapie mit Angst und Depression zusammengebrochen. Sie sei nicht mehr belastbar gewesen und habe ihren Beruf 2003 aufgeben müssen. Die Muskelkrämpfe seien 2006 stärker geworden und sie habe Ängste entwickelt, in die Öffentlichkeit zu gehen. Ausserdem sei es zu wiederholten depressiven Zuständen gekommen, bei denen sie sich zurückziehe und zu nichts mehr aufrufen könne. Hauptbeschwerde seien die Krampfstände, die jeden Tag und jede Nacht auftreten würden und Muskelverhärtungen mit Schmerzen zurückliessen. Ausserdem leide sie etwa einmal in der Woche unter Migräne. Unabhängig von den Krämpfen beständen Muskelschmerzen, Hitzegefühl und Unruhe in den Beinen (A.S. 84). Körperliche Anstrengung provoziere Krämpfe, sich hinlegen und entspannen lindere sie. In psychischer Hinsicht sei die Stimmung wechselnd, sie fühle sich überfordert und neige dazu, sich zurückzuziehen, teilweise spüre sie Lebensunlust wegen der Schmerzen. Aktuell gehe es ihr besser, weil sie in wöchentlicher Psychotherapie sei. An Medikamenten nehme sie lediglich Magnesium und bis zu fünfmal täglich 1 g Dafalgan (A.S. 85).

Der internistische Experte hielt fest, der kardiopulmonale und abdominelle Befund sei unauffällig. Am Nacken-Schulter-Gürtel und an der paravertebralen Muskulatur in Höhe der Brustwirbelsäule fielen myofasciale Befunde auf (A.S. 93). Bei der Laboruntersuchung sei kein Paracetamolspiegel nachweisbar (A.S. 87).

3.5.2 Anlässlich der Untersuchung durch den Experten Dr. med. K.____, Facharzt für Neurologie FMH, am 14. Dezember 2016 klagte die Beschwerdeführerin über schmerzhafte, bei langer Anstrengung vermehrte Muskelkrämpfe. Diese seien von der Art her wie Wadenkrämpfe, aber überall am Körper, insbesondere im Gesicht, aber auch an den Händen, Beinen und Füßen. Bereits das Gehen provoziere Krämpfe. Es komme dann zu unnatürlichen Bewegungen, z.B. drücke es ihr den Fuss nach aussen. Nachts müsse sie die Beine in einer bestimmten Lagerung ruhigstellen, sonst komme es zu schmerzhaften Krämpfen und Bewegungen. Magnesiocard sei ohne Wirkung geblieben. Die Neigung zu Krämpfen sei in der Familie bekannt, namentlich ihr Vater und dessen Vater hätten ebenfalls an ■ weniger starken ■ Muskelkrämpfen gelitten. Seit der Jugend habe sie oft Krämpfe, welche nach der Unterleibsoperation wegen des Uterus-Karzinoms im Jahr 1998 schlimmer geworden seien (A.S. 105). Im Zusammenhang mit den Schmerzen und ihrer psychischen Erkrankung habe sie sich lange zurückgezogen. Nun hüte sie manchmal den Laden ihres Sohns und bastle etwas, wenn wenig los sei (A.S. 105 f.). Sie werde gebracht und wieder abgeholt. Im Laden könne sie manchmal nicht lange stehen und müsse sich hinsetzen. Wenn sie die Krämpfe habe, schreie sie vor Schmerzen. Ein Verwandter habe diese Episoden mit dem Handy gefilmt, aber sie habe verlangt, dass diese Aufnahmen wieder gelöscht würden (A.S. 106).

Der Experte hielt fest, während der ausführlichen Anamneseerhebung im Sitzen seien keine Muskelkrämpfe oder offensichtliche Schmerzen aufgefallen. Bei der Untersuchung seien auch nach Beklopfen keine unnatürlichen Muskelbewegungen (Faszikulationen, Myokymien oder Myotonien) sicht- oder palpierbar. Die paravertebrale Muskulatur der thorakolumbalen Wirbelsäule rechts sei schmerzhaft, aber weich; bei der Palpation zuckte die Beschwerdeführerin zusammen, es bildeten sich aber auch so kein Hartspann oder

Faszikulationen aus. Der Tonus der Beine sei unauffällig. Die Beschwerdeführerin erkläre, dass sie am rechten Unterschenkel an der Innen- und Hinterseite (mediale Hamstrings, M. biceps femoris) kurz vor einem Krampf stehe. In Bauchlage müsse sie dann gegen leichten Widerstand sowohl der Flexion wie der Extension dreissigmal das Bein flektieren, was den Krampf jedoch nicht auslöse. Auf Grund der Angabe, dass Umhergehen zu Krämpfen führe, spazierte man zusammen 15 Minuten durch die Innenstadt. Die Beschwerdeführerin mache darauf aufmerksam, dass der unregelmässige Boden Krämpfe begünstige (A.S. 106). Sie gehe dabei aus Angst vor Krämpfen langsam. Auch als man die 40 Treppenstufen zur Praxis erklimme, löse dies keinen Krampf oder Schmerz aus (A.S. 106 f.). Das EMG des M. erector spinae resp. biceps femoris rechts sei normal. Beide Muskeln zeigten keine Anzeichen von Crampi, stichprobenartig gesuchte einzelne Muskelaktionspotentiale seien normal konfiguriert (A.S. 107).

Die Beschwerdeführerin beklage Krämpfe und Schmerzen in einem Ausmass, das ihr eine reguläre Arbeit verunmögliche. Die bisherigen Diagnosen seien nicht mit genügender Sicherheit belegbar. In der heutigen Untersuchung werde von heftigsten Beschwerden berichtet, der klinische und elektrophysiologische Untersuchungsbefund sei aber normal. Einige der früheren Diagnosen seien zweifelhaft: Die heutige normale Suralisneurografie spreche gegen eine Polyneuropathie, ob diabetisch oder nicht. Die Notwendigkeit, die Füsse zum Schlafen in einer bestimmten Position zu lagern und nicht zu bewegen, widerspreche ganz grundsätzlich dem Beschwerdebild eines Restless legs-Syndroms. Die früher palpiereten rhythmischen Muskelkontrakturen passten nicht zu einem banalen Crampus oder einem Crampus-Faszikulations-Syndrom. Auch bei einer Dystonie sei eine nichtrhythmische tonische Kontraktur zu erwarten. Die Diagnose der Krämpfe, einer Muskelerkrankung und der nächtlichen Beschwerden müsse in einem spezialisierten Zentrum erfolgen, u.a. durch eine Muskelbiopsie und eine polysomnografische Untersuchung (A.S. 108).

Zusammenfassend lasse sich in diesem Fall keine somatische Diagnose stellen, welche die relevanten Beschwerden erklären könnte. Der heutige Untersuchungsbefund sei bland. Es bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen der Aussage der Beschwerdeführerin, dass Sitzen und Gehen sowie muskuläre Aktivitäten wie Treppensteigen fast unmöglich seien und Krämpfe auslösen würden, und dem klinischen Befund, wo verschiedene Provokationsmanöver während der anstrengenden, über zweistündigen Untersuchung keinen Krampf ausgelöst hätten. Die repetitive Knie-flexion in Bauchlage gegen Widerstand führe auch bei Gesunden üblicherweise zu Krämpfen des M. biceps femoris . Ausserdem sei nicht nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin Videoaufnahmen, welche das Phänomen zeigten, einfach löschen lasse (A.S. 108). Auf Grund der heute zur Verfügung stehenden Informationen und Daten lasse sich keine neurologische Erkrankung und damit auch keine Arbeitsunfähigkeit und keine Funktionseinschränkung bestätigen (A.S. 109).

3.5.3 Bei der Untersuchung durch Dr. med. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 27. Januar 2017 erkläre die Beschwerdeführerin, 1997 sei es ungeplant zu einer zweiten Schwangerschaft gekommen. Dieser Mann, eine flüchtige Bekanntschaft, habe sie umgehend verlassen. Während der Schwangerschaft habe man Gebärmutterkrebs diagnostiziert. Sie sei überfordert gewesen mit dem Entscheid, sich behandeln zu lassen und die Schwangerschaft abzubrechen, oder das Kind mit dem Risiko auszutragen, dass sie selbst sterbe. Nach der Geburt habe sie eine Chemotherapie gehabt

und den Krebs überwinden können. Dann hätten sich aber die gesundheitlichen und psychiatrischen Probleme so verstärkt, dass keine berufliche Tätigkeit mehr möglich gewesen. Heute lebe sie recht zurückgezogen im Familienkreis. Ihr ältester Sohn sei ihre engste Bezugsperson, sie verbringe viel Zeit in seinem Laden, wo sie auch ein gewisses Mass an Sozialkontakt habe. Seit der Geburt des zweiten Sohnes leide sie unter ständigen Krämpfen, wofür sie sich sehr schäme. Man habe sie diesbezüglich oft als betrunken oder invalide betitelt und ausgegrenzt. Im Laden des Sohns habe sie schon Krampfanfälle gehabt und die Anwesenden hätten nicht negativ reagiert. Sie wisse auch, dass sie sich jederzeit aus der Gruppe entfernen könne, ohne sich erklären zu müssen. Der jüngere Sohn habe ein ADHS und absolviere eine von der IV unterstützte Lehre. Sie fühle sich mit ihm immer wieder überfordert (A.S. 112). Zwei Jahre nach der Geburt des zweiten Sohns habe sie einen Suizidversuch unternommen, es sei einfach alles zu viel gewesen. Seit Kindheit habe sie intermittierend milde Krämpfe gehabt, was in ihrer Familie liege. Nach der zweiten Geburt hätten die Krämpfe stark zugenommen. Dies habe es verunmöglicht, weiterhin als Coiffeuse zu arbeiten. Seither sei der Verlauf wechselhaft. Jährlich habe sie mehrere Phasen von Depressivität, in denen sie sich völlig zurückziehe; sie schlafe dann oft sehr schlecht, esse kaum noch und leide unter einem starken Gedankenkreisen. Diese Phasen würden jeweils zwischen vier bis zwölf Wochen dauern und spontan wieder vergehen. Dazwischen könne sie phasenweise etwas aktiver sein. Immer da sei aber die Angst. Oft würden die Krämpfe im falschen Moment auftreten. Dies sei ein weiterer Grund, weshalb sie heute so zurückgezogen lebe und Sozialkontakte ausserhalb der Familie meide. Seit anderthalb Jahren sei sie nun bei einer Psychologin in Behandlung. Dort fühle sie sich erstmals verstanden. Von den früheren psychiatrischen Behandlungen habe sie nie profitiert (A.S. 113). Aktuell nehme sie keine Psychopharmaka ein (A.S. 114). Suizidal sei sie mittlerweile nicht mehr. Sie lebe mit anderen Familienangehörigen in einem Haus, was positiv sei (A.S. 113). Gestern sei sie um 5:30 Uhr aufgestanden und habe um 8:00 Uhr mit der Stiefmutter gefrühstückt. Anschliessend habe sie bis 18:00 Uhr im Laden des Sohns gearbeitet, wo sie auch etwas zu Mittag und zu Abend gegessen habe. Um 20:00 Uhr sei sie heimgekehrt und habe sich um 20:30 Uhr ins Bett gelegt, aber wegen der heutigen Begutachtung nicht schlafen können. Eine gute Freundin, mit der sie sich auch austauschen könne, habe sie hergebracht (A.S. 83). Im Laden des Sohns übernehme die Beschwerdeführerin Empfangs- und Aufsichtsaufgaben, beteilige sich teils aber auch an der Arbeit; dies entspreche wohl nicht den Erfordernissen des ersten Arbeitsmarktes. Die Beschwerdeführerin erachte sich als zu 100 % arbeitsunfähig. Hauptgrund seien aus ihrer Sicht die bei Anspannung und Stress stark gehäuften Krämpfe. Ihr Leben sei geprägt von der Angst vor diesen Krämpfen. Ohne diese hätte sich wohl auch keine Depression entwickelt und sie wäre arbeitsfähig geblieben (A.S. 114).

Anfänglich wirke die Beschwerdeführerin sehr reserviert und eher wortkarg, dann aber könne sie sich öffnen und ihre Geschichte gut zusammenzufassen. Bewusste Aggravations- oder Dissimulationstendenzen zeigten sich nur in den ersten paar Minuten, die Aggravation vor allem bei der Schilderung der körperlichen Beschwerden, die Dissimulation eher bei den psychischen Symptomen. In der zweiten Untersuchungshälfte schätze man die Schilderung als adäquat und verlässlich ein. Die Beschwerdeführerin zeige sich in allen Qualitäten orientiert und ohne erkennbare Müdigkeit. Die Auffassung sei intakt. Die Konzentrationsfähigkeit sei beständig und adäquat, in der 75-minütigen Untersuchung zeigten sich keine relevanten Ermüdungserscheinungen. Eine Vergesslichkeit liege nicht vor, die Merkfähigkeit sei unauffällig. Das formale Denken sei von der Geschwindigkeit

her unauffällig und nicht sprunghaft. Die Beschwerdeführerin vermöge trotz der eher konkreten Denkstrukturen auch Komplexes nachvollziehbar darzustellen. Es zeige sich keine Weitschweifigkeit, Umständlichkeit, Hemmung oder Verlangsamung. Eine Grübelneigung ergebe sich in der Untersuchungssituation nicht. In sämtlichen Lebensbereichen, auch bei der Arbeit, bestehe ein generalisiertes Misstrauen gegenüber Menschen. Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ihre mentale Flexibilität unter Spannung und Stress verliere. Anhaltspunkte für Zwangsgedanken, Zwangshandlungen oder psychotisches Erleben fehlten. Es zeigten sich kein Wahn, keine Sinnestäuschungen, keine Depersonalisationen oder Derealisationserfahrungen, auch keine anderen Ich-Störungen. Die Krämpfe ■ welche während des Gesprächs nicht auftreten würden ■ seien als dissoziative Symptome im Sinne einer Konversion zu sehen. Flashbacks oder eine Hypervigilanz fehlten. Die Beschwerdeführerin wirke in der Untersuchungssituation nur leichtgradig depressiv und zeige keine Anhedonie. Sie fühle sich rasch abgelehnt oder entwertet, erlebe sich als hilflos und zeige eine generalisierte Hoffnungslosigkeit; diese Befunde seien aber nicht stimmungsabhängig. Der Affekt sei eher verhalten, mit leicht reduzierter Schwingungsfähigkeit (A.S. 115). Es zeige sich weder eine Euphorie noch eine Dysphorie oder Gereiztheit. Es finde sich z.B. Angst vor den Krämpfen oder dem Vertrauensmissbrauch durch andere, aber spezifische Ängste oder Phobien fehlten. Psychomotorisch wirke die Beschwerdeführerin angespannt und innerlich unruhig. Der Antrieb sei verhalten, aber nicht reduziert; gerade nach der initialen Nervosität wirke er unauffällig. Zirkadiane Besonderheiten seien keine ersichtlich. Die Beschwerdeführerin berichtete über einen ausgeprägten sozialen Rückzug, auch von einer Asozialität, was in der Untersuchungssituation sichtbar sei mit langsamer Beziehungsaufnahme und der Notwendigkeit von häufigen Unterstützungsmassnahmen seitens des Gutachters. Anhaltspunkte für eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung fehlten. Der Schlaf sei unauffällig und ohne Albträume. Auf der Hamilton-Skala erreiche die Beschwerdeführerin einen Wert von 14 Punkten, was der Kategorie «leichtgradige Depression» entspreche (A.S. 116). Gemäss Mini ICF-APP sei die Beschwerdeführerin leichtgradig beeinträchtigt in der Kategorie Selbstpflege sowie mittelgradig in den Kategorien Spontanaktivitäten, Planung und Strukturierung von Aufgaben, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Anwendung fachlicher Kompetenzen, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit, familiäre Beziehung bzw. intime Beziehungen (A.S. 116 f.)

Insgesamt scheine es zu einer Verfestigung der Symptomatik mit intermittierender Depressivität gekommen zu sein. Die Beschwerdeführerin fühle sich stark beeinträchtigt durch dystonieartige Krämpfe, welche jedoch in den Unterlagen erst in den letzten Jahren in den Vordergrund gerückt seien. Die in den Akten häufig beschriebenen Schmerzzustände und anderen somatoformen Beschwerden seien in der hiesigen Untersuchung nicht geschildert worden, obwohl man die Beschwerdeführerin mehrfach gefragt habe, ob ihre gesundheitliche Hauptproblematik wirklich nur aus den Krämpfen und der Depressivität bestehe. Da das neurologische Teilgutachten eine Dystonie ausschliesse, werde aus psychiatrischer Sicht eine Konversionsstörung mit häufigen Pseudodystonien diagnostiziert. Diese Pseudodystonien seien zeitlich nahe zu traumatisierenden Ereignissen und einem nur schwer lösbaren Konflikt aufgetreten, nämlich nach der schwierigen Schwangerschaft, verbunden mit der anschliessenden Kleinkindzeit, als sich die Erziehung des verhaltensauffälligen Jungen sehr schwierig gestaltet habe. Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin nach der Krebserkrankung der Doppelrolle als berufstätige

Mutter mit eigenem Coiffeursalons nicht mehr gewachsen gewesen sei. Die Pseudodystonien würden nicht willentlich beeinflusst und auch nicht vorgetäuscht. Zusätzlich finde sich eine rezidivierende depressive Störung, wobei die Symptomatik vor allem im leicht- bis mittelgradigen Bereich zu finden sei, in den letzten Jahren eher im leichtgradigen bis remittierten Zustand. Signifikant sei auch die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin vor dem Hintergrund der biographischen Besonderheiten (Trennung der Eltern, alkoholabhängige Mutter, impulsiver und gewalttätiger Vater, Suchtprobleme bei den Geschwistern, Suizidversuch im Alter von 13 und von 35 oder 36 Jahren mit jeweils psychiatrischer Behandlung, zwei Kinder aus unterschiedlichen Partnerschaften, bei denen die Kindsväter die Beschwerdeführerin jeweils verlassen, s. A.S. 118). Es sei von einer frühen und mittelgradigen Bindungsstörung auszugehen, ein Hauptrisikofaktor für spätere depressive Erkrankungen, aber vor allem Persönlichkeitsstörungen. Die kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden und abhängigen Zügen erkläre die Schwierigkeiten der Beschwerdeführerin, langfristige wirkliche Beziehungen einzugehen und ihr Leben autonom zu gestalten (A.S. 119). Die psychiatrischen Erkrankungen verstärkten sich gegenseitig auf ungünstige Art und Weise. Die Persönlichkeitsstörung sei der Hauptrisikofaktor für die Konversionsstörung und die depressive Erkrankung gewesen. Der unbewusste Sekundärgewinn durch die Konversionsstörung, die Aufgabe der Berufstätigkeit und die Tatsache, dass sie nun von ihrer Familie umsorgt werde und das Haus selten verlasse, bedeute für die Ängste, die zur Persönlichkeitsstörung gehörten, eine Entlastung, verfestigte das Ganze aber (A.S. 120).

Differentialdiagnostisch fehle es für eine Dysthymie an der chronischen Anhedonie und für eine bipolare Störung an den hypomanischen oder auch manischen Phasen (A.S. 120). Eine Anpassungsstörung dürfe angesichts der depressiven Erkrankung nicht diagnostiziert werden. Mangels Dystonie gehe man nicht von einer eigenständigen Angsterkrankung aus. Vermeidungsverhalten sei typisch bei einer Konversionsstörung, weshalb die Angst unter dieser Diagnose subsumiert werde. Für eine psychosomatische Erkrankung fehle in der hiesigen Untersuchung eine Häufung verschiedener Beschwerden unterschiedlicher Organsysteme. Die Schmerzzustände aus den Vorakten seien stark in den Hintergrund getreten und würden vor allem zusammen mit den Pseudodystonien erwähnt. Im Übrigen seien die Folgen für die Arbeitsfähigkeit bei Konversions- und somatoformen Störungen identisch. Bei einer paranoiden Persönlichkeitsstörung wäre die Beziehungsfähigkeit noch stärker eingeschränkt; die Versicherte habe indes ein Beziehungsnetz. Hinweise für andere Persönlichkeitsstörungen wie z.B. eine emotional-instabile oder eine narzisstische fehlten (A.S. 121). Es liege keine typische kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankung wie ein ADHS/ADS vor (A.S. 122).

Die Arbeitsfähigkeit werde durch die Kombination einer Konversionsstörung und einer mittelgradigen Persönlichkeitsstörung beeinflusst. Die rezidivierende depressive Störung sei aktuell zu wenig ausgeprägt; der Einfluss in der Vergangenheit bei mittelgradiger Ausprägung sei als temporär und nicht dauerhaft zu sehen, zumal in allen Begutachtungen eine leichtgradige oder remittierte Depression vorgefunden worden sei. Bei einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstruktur wirke sich aber auch eine temporäre Beeinträchtigung ungünstig auf den Verlauf aus und verstärke die Regression sowie das Vermeidungsverhalten. Für das selbstständige Führen eines Coiffeursalons und die direkte Arbeit als Coiffeuse am Kunden bestehe aus psychiatrischer Sicht eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit. Eine Konversionsstörung gelte in der Regel als überwindbar, doch

müsse immer auch die spezifische Tätigkeit beachtet werden. Die Arbeit als Coiffeuse sei im Kundenkontakt anspruchsvoll mit hoher Anpassungsleistung und Stressbelastung (A.S. 122). Unter Stress bestehe ein erhöhtes Risiko für Pseudodystonien mit Verletzungsgefahr für die Kunden oder zumindest einer inakzeptablen Beeinträchtigung (A.S. 122 f.).

Verstärkend wirke sich hier die Persönlichkeitsstörung aus, welche die Flexibilität in zwischenmenschlichen Konfliktsituationen mindere. In einer angepassten Tätigkeit ohne direkten Kundenkontakt, der mit Verantwortung verbunden sei, bestehe hingegen eine Arbeitsfähigkeit, welche aktuell bei 60 % liege. Limitierend wirkten sich die mittelgradigen Einschränkungen aus, wie sie im Mini-ICF abgebildet würden mit Beeinträchtigung der Durchhalte- und Entscheidungsfähigkeit, dem stark verfestigten Vermeidungsverhalten sowie einer geringen Belastbarkeit in interpersonellen Situationen (A.S. 123).

Die Beschwerdeführerin erlebe die seit anderthalb Jahren laufende hochfrequente Psychotherapie als sehr unterstützend. Nicht ausgeschöpft seien pharmakologische Optionen. Antidepressiva mit dualem Wirkmechanismus oder auch zusätzlich angstlösende Antiepileptika könnten signifikant zu einer längerfristigen Stabilisierung der depressiven Störung und einer Reduktion des Vermeidungsverhaltens beitragen. Die Pharmakotherapie, die Weiterführung der Psychotherapie und eine verhaltenstherapeutisch-aufsuchende Betreuung (z.B. durch eine Ergotherapeutin, die das Vermeidungsverhalten angehe) sollten die Prognose so beeinflussen, dass mit Unterstützung durch einen Jobcoach innerhalb von zwölf Monaten in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % möglich sei (A.S. 122 / 123).

Was die abweichenden ärztlichen Einschätzungen betreffe, so sei die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung nicht nachvollziehbar (A.S. 123). Die aktuellen Diagnosen unterschieden sich von denen der Vorgutachter und Behandler vor allem in der Beurteilung der Dystonie, was dann zu unterschiedlicher diagnostischer Einschätzung im psychiatrischen Bereich führe. Im Hinblick auf die Vorgutachten wirke die Einschätzung mit einer langsamen Steigerung der Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar, in dem Sinne, dass von 2006 bis 2012 von einer Einschränkung um 20 % auszugehen sei, von 2012 bis 2014 um 30 % sowie ab 2014 um 40 %. Nicht nachvollziehbar sei es, wenn Dr. med. M. ___ die Arbeitsunfähigkeit auf 50 % schätze: Die depressiven Episoden seien jeweils kurz, leicht- bis mittelgradig, und medizinische Massnahmen würden nicht ausgeschöpft.

3.5.4 In der Konsensbesprechung gelangten die Gutachter zu folgender Beurteilung:

3.5.4.1 Gesundheitsschaden

1) Ausprägung und Schwere der objektiven Befunde (A.S. 93): Allgemeininternistisch seien Muskelverspannungen und Weichteildruckdolenzen zu verzeichnen. Der Neurostatus und die elektrophysiologischen Befunde seien normal. Psychiatrisch lägen eine leichte Depressivität und eine leichte Verlangsamung der Denkabläufe vor, aber keine Anhedonie und keine Antriebsstörungen. In keiner der Untersuchungen seien Muskelkrämpfe beobachtet worden.

2) Konkrete Erscheinungsformen der Gesundheitsschädigung (A.S. 93 f.): Gemäss den Vorbefunden, den Angaben der Beschwerdeführerin und den aktuellen Befunden stelle das subjektive Verkrampfen der Skelettmuskulatur eine Konversionssymptomatik dar. Die leichte resp. remittierte rezidivierende depressive Störung manifestiere sich in den unter 1) hiavor beschriebenen Befunden. Die Persönlichkeitsstörung zeige sich im Längsschnitt,

weniger in der Untersuchungssituation, als ängstlich-vermeidendes und abhängiges Verhalten, Misstrauen gegenüber unbekanntem Personen und Situationen, Angst vor Zurückweisung, Abwertung und allein gelassen zu werden. Eine wesentliche Erscheinungsform der Konversionsstörung sei die Angst vor «Krämpfen» mit Vermeidungsverhalten und sozialem Rückzug. Die Beschwerdeführerin arbeite jedoch bei der Begutachtung dreimal zwei Stunden oder länger mit und toleriere die verschiedenen Untersuchungen.

3) Direkte Folgen invaliditätsfremder Faktoren (z.B. Arbeitslosigkeit, Alter oder soziokulturelle Umstände) seien im vorliegenden Fall nicht auszumachen (A.S. 94).

4) Es bestehe ein Vermeiden von Belastungssituationen sowie eine subjektive Leistungsinsuffizienz und Belastungsintoleranz, jedoch keine direkte Aggravation und keine relevante Dissimulation (A.S. 94).

5) Aktuelles Persönlichkeitsbild und biographische Persönlichkeitsentwicklung (A.S. 94). Es liege eine kombinierte Persönlichkeitsstörung vor, welche sich auf dem Hintergrund ungünstiger Entwicklungsbedingungen in der Kindheit und Jugend herausgebildet habe. Sie erkläre das ängstlich-vermeidende Verhalten, den Rückzug in die Familie sowie die Entwicklung körperlicher Beschwerden bei psychischen Belastungen und Konflikten.

6) Beeinträchtigungen und vorhandene persönliche Ressourcen (A.S. 94 f.): Die Beschwerdeführerin besitze einige persönliche Ressourcen. Sie sei als Schweizer Bürgerin soziokulturell eingebunden, habe früher als Selbstständigerwerbende eine gewisse Tüchtigkeit gezeigt, besitze Schul- und Berufsausbildung und könne sich auf einen stabilen familiären Hintergrund stützen. Andererseits bestünden seit der Jugend Gesundheitsprobleme, Alter und Geschlecht seien nicht günstig für den derzeitigen Arbeitsmarkt, der Bewältigungsstil sei persönlichkeitsbedingt von Rückzug und Vermeidung geprägt. Die aktivierbaren zusätzlichen Ressourcen seien dementsprechend limitiert.

3.5.4.2 Sozialer Kontext

1) Würdigung nichtmedizinischer Akten (A.S. 95): Nach Aktenlage habe die Beschwerdeführerin einen Arbeitsversuch in einer geschützten Werkstatt unternommen, aber wegen subjektiver Überforderung nach drei Monaten abgebrochen.

2) Soziale Belastungen, welche direkt negative funktionelle Folgen zeitigen (A.S. 95): Belastungen bestünden durch den bei der Beschwerdeführerin lebenden jüngeren Sohn, der Entwicklungsschwierigkeiten und ein Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom habe und erst jetzt mit Unterstützung der IV eine Berufsausbildung mache. Belastend seien zudem Schulden mit Beteiligungen, was möglicherweise eine Barriere für die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit darstelle.

3) Vorhandene oder mobilisierbare Ressourcen, wie Unterstützung durch das vorhandene soziale Netzwerk etc. (A.S. 95): Die Beschwerdeführerin genieße sozialen Rückhalt durch das Zusammenleben mit der Stiefmutter, ihrem Bruder, einem Neffen und ihrem jüngeren Sohn. Sie beschreibe diese Lebenssituation als positiv. Die Motivation für die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit sei im Rahmen des Vermeidungsverhaltens gering. Bezüglich der laufenden Psychotherapie sei die Beschwerdeführerin compliant. Durch stundenweise Mitarbeit im Geschäft des Sohns verfüge sie über soziale Kontakte, deren Intensität sie kontrollieren könne.

3.5.4.3 Wechselwirkungen zwischen den erhobenen Diagnosen bezüglich der funktionellen Auswirkungen in allen Lebensbereichen (A.S. 96): Die drei psychiatrischen Erkrankungen verstärkten sich gegenseitig auf ungünstige Weise. Die Persönlichkeitsstörung sei Hauptrisikofaktor für die Entwicklung der Konversionsstörung und der depressiven Störung. Die Aufgabe der beruflichen Tätigkeit auf Grund der Konversionssymptomatik sowie der Rückzug in die Familie mit Unterstützung und Entlastung dämpften die Ängste, die zur Persönlichkeitsstörung gehörten, reduzierten allfällige Stressbelastungen, die die körperliche Symptomatik provozieren könnten, verfestigten jedoch das Ganze.

3.5.4.4 Behandlung und Eingliederung

1) Die zurzeit praktizierte engmaschige psychologische Psychotherapie sei als *lege artis* zu bezeichnen. Sie sollte ergänzt werden durch eine Psychopharmakotherapie. Die Beschwerdeführerin würde von einer aufsuchenden Unterstützung mittels Psychiatrie-Spitex und / oder einer Ergotherapie ■ mit Hauptschwerpunkt Abbau des Vermeidungsverhaltens ■ profitieren (A.S. 96).

2) Soweit beurteilbar, sei die Beschwerdeführerin bei den bisher erfolgten Therapien kooperativ gewesen (A.S. 96). Was die Kooperation bei gescheiterten (Selbst)Eingliederungsbemühungen angehe, so habe sie den Arbeitsversuch im Jahr 2008 wegen subjektiver Überforderung (bei der Erstuntersuchung: wegen zunehmender Krämpfe) abgebrochen (A.S. 96 f.).

3) Probleme bei der Eingliederung durch das Störungsbild selbst (A.S. 97): Eine Zunahme der Konversions-Symptomatik unter Stressbelastung und eine Zunahme des ängstlich geprägten Vermeidungsverhaltens seien Teil des Störungsbildes.

4) Der soziale und der personenbezogene Kontext wiesen hemmende Faktoren für eine berufliche Wiedereingliederung auf. Die Zumutbarkeit von Eingliederungsmassnahmen könne nur teilweise medizinisch beurteilt werden, aus medizinischer Sicht sei die Prognose für eine erfolgreiche Wiedereingliederung unsicher (A.S. 97).

3.5.4.5 Konsistenz

1) Diskrepanzen zwischen den geschilderten Symptomen und dem gezeigten Verhalten in der Untersuchungssituation, den Alltagsaktivitäten oder der Aktenlage (A.S. 97 f.): Eine wesentliche Diskrepanz sei, dass die Beschwerdeführerin in allen Untersuchungen, also teilweise während mehr als zwei Stunden, keine Krampfsymptomatik gezeigt habe, auch wenn versucht worden sei, diese zu provozieren, und obwohl die Untersuchungssituationen mit psychischer und physischer Belastung verbunden gewesen sei. Diese Diskrepanz sei teilweise als störungsimmanent zu beurteilen. Inkonsistent sei weiter die Beschwerdedarstellung in den verschiedenen Untersuchungen. In der psychiatrischen Exploration beklage die Beschwerdeführerin auch auf direktes Nachfragen keine Schmerzsymptome, gebe aber bei der internistischen Untersuchung neben den Krämpfen spontan Schmerzen nicht nur der Muskulatur, sondern u.a. auch eine Migräne als Symptom an. Ausserdem gebe es Unterschiede zu den bei früheren Untersuchungen erhobenen Befunden und deren diagnostischen Interpretation. Eine Polyneuropathie sei jetzt nicht festzustellen, ebenso wenig ein Diabetes mellitus. Die Diagnosen einer Dystonie sei aus heutiger Sicht nicht zu sichern, Muskelkrämpfe seien niemals dokumentiert worden. Es werde von einer Pseudo-Dystonie im Rahmen einer Konversionsstörung ausgegangen. Für die Beurteilung von Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei die Genese der Muskelkrämpfe

nicht entscheidend, ausschlaggebend seien die mit der Symptomatik verbundenen Funktionseinschränkungen.

2) Auswirkungen der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit in allen vergleichbaren Lebensbereichen (Beruf / Erwerb, Haushalt, Freizeit und soziale Aktivitäten): Die Beschwerdeführerin sei in allen Lebensbereichen gleichermaßen durch das ängstlich-vermeidende Verhalten wie durch allfällige Krämpfe / Schmerzen in Belastungssituationen eingeschränkt (A.S. 98).

3) Vergleich mit dem Aktivitätsniveau vor Eintritt der Gesundheitsschädigung (A.S. 98): Soweit beurteilbar, sei das Aktivitätsniveau der Beschwerdeführerin vor dem Eintritt der Erkrankung (zwischen 1998 und 2001) als alleinerziehende Mutter zweier Kinder und selbstständige Coiffeuse deutlich höher gewesen als derzeit.

4) Inanspruchnahme oder Vernachlässigung von therapeutischen Optionen (A.S. 98): Es seien wiederholte psychiatrische / psychotherapeutische und neurologische Behandlungen dokumentiert. Eine Vernachlässigung von therapeutischen Optionen sei nicht ersichtlich.

5) Krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz (A.S. 98): Es bestehe ein Leidensdruck und hinsichtlich der psychischen Symptomatik (Ängste, depressive Symptome) eine Krankheitseinsicht. Die Beschwerdeführerin nehme aktuell eine adäquate psychologisch-psychotherapeutische Behandlung in Anspruch. Insofern liegt keine Unfähigkeit zu Therapieadhärenz vor. In Hinblick auf die Konversionsstörung bestehe störungsbedingt ein somatisches Krankheitsverständnis, dementsprechend seien die Therapieerwartungen und -versuche somatisch orientiert.

3.5.4.6 Arbeitsfähigkeit

1) Die bisherige Tätigkeit sei auf Grund der komplexen psychiatrischen Störungen nicht mehr zumutbar. Dies gelte ab 2001, seit der damaligen depressiven Episode und der Zunahme der körperlichen Konversionssymptomatik (A.S. 98).

2) In einer angepassten Tätigkeit bestehe derzeit aus psychiatrischen Gründen eine Arbeitsunfähigkeit von 40 %. Aus heutiger Sicht habe eine Arbeitsunfähigkeit für angepasste Tätigkeiten von 2006 bis 2012 von 20 %, von 2012 bis 2014 von 30 % und ab 2014 bis dato von 40 % bestanden (A.S. 98 f.).

Beeinträchtigt seien in erster Linie die Fähigkeiten zu Spontanaktivitäten, Planung und Strukturierung von Aufgaben, Anwendung fachlicher Kompetenzen, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Durchhalte- und Selbstbehauptungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit, Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen. Es bestünden keine somatischen Funktionsstörungen, die körperbezogenen, subjektiv einschränkenden Symptome seien psychischer Natur. Zumutbar seien überschaubare strukturierte Tätigkeiten ohne hohe interaktionelle Anforderungen (Teamarbeit, Gruppen- oder hierarchisches Setting) sowie ohne ständige oder häufige Stressbelastung. Unter ideal angepassten Bedingungen sollte die Beschwerdeführerin ein Pensum von zweimal 2,5 Stunden täglich bewältigen können, was etwa einer Arbeitsfähigkeit von 60 % entspreche. Bei längerer Präsenz sei mit einer entsprechenden Leistungsminderung zu rechnen (A.S. 100). Unter konsequenter Umsetzung der therapeutischen Optionen sei eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Geschätzt werde eine Verbesserung auf etwa 70 % innerhalb von zwölf Monaten; die Beschwerdeführerin zeige jedoch kein Interesse an einer Wiedereingliederung (A.S.

100).

Im Februar 2008 sei von einer Leistungsminderung von 20 % für die angestammte sowie für angepasste Tätigkeiten ausgegangen worden. Aus heutiger Sicht bestehe aber bereits seit der Manifestation der psychischen Störung im Jahr 2001 keine Arbeitsfähigkeit als Coiffeuse mehr. Ab 2010 habe sich die Konversionssymptomatik manifestiert und ab 2012 zusätzlich einschränkend ausgewirkt. Die Ängste und das Meideverhalten hätten in den folgenden Jahren zugenommen. Im Längsschnittverlauf zeige sich eine Zunahme der Einschränkungen 2012 und 2014 (A.S. 101). Der neue Zustand sei (gemäss Befund der behandelnden Psychiaterin sowie im Gutachten von Dr. med. B.____) mit einer Wahrscheinlichkeit von mehr als 50 % 2014 erreicht worden, mit einem ausgeprägteren ängstlichen Vermeiden (A.S. 101).

E. 9

Asthma bronchiale Das jetzige Leiden habe vor ca. sechs Jahren begonnen, gekennzeichnet durch die drei Symptomkomplexe psychische Instabilität, Konzentrationsschwäche und Depression, unklare Abdominalbeschwerden mit Diarrhoen sowie Gelenkbeschwerden (S. 11). Bei den hiesigen Untersuchungsergebnissen seien zunächst die psychischen Probleme zu erwähnen, vermindertes Selbstwertgefühl, Insuffizienzerleben und Schuldgefühle sowie eine Angstproblematik. Körperlich finde sich ein Schmerzsyndrom, das möglicherweise auf einen stattgehabten Morbus Scheuermann zurückgehe. Für die Arbeitsfähigkeit seien nur diese Probleme relevant; die Schmerzen im Abdomen und die Migräne gingen wohl grösstenteils auf die somatoforme Schmerzstörung zurück. Die Schwierigkeiten im Bereich des Bewegungsapparates könnten objektiviert werden, es bestehe ein thorako- und lumbospondylogenes Syndrom (S. 12). Die Depression führe zu einem Rückzug ins Schneckenhaus (S. 13). Die bisherige Tätigkeit als Coiffeuse sei mit gewissen Anpassungen acht Stunden pro Tag mit einer um 20 % verminderten Leistungsfähigkeit möglich. Abgesehen von kurzen Unterbrüchen sei die Beschwerdeführerin nie arbeitsunfähig gewesen (S. 13). Sie habe Angst vor dem Wiedereintritt ins Berufsleben und müsse deswegen, beginnend mit einem Pensum 50 %, schrittweise in den Arbeitsprozess eingeführt werden, am besten als Angestellte. Eine medizinische Trainingstherapie einschliesslich Haltungsschulung dürfe in wenigen Monaten zu einer Verbesserung der Beschwerden führen. Um den Rücken zu schonen empfehle man beim Arbeiten einen höhenverstellbaren Hocker, wie es wird bereits in verschiedenen Coiffeursalons praktiziert werde; auf diese Weise müssten die Haare nicht stehend, mit gebeugtem Rücken, gepflegt werden (S. 14). Grundsätzlich seien alle leichten Arbeiten, die den Rücken schonten (kein wiederholtes Bücken, kein chronisches Vorneigen des Körpers, kein Heben von Gewichten über 7 kg), acht Stunden pro Tag mit einer um 20 % verminderten Leistung zumutbar (S. 15).

3.2 Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, führte nach der Neuanmeldung vom 7. November 2012 in seinem Bericht vom 5. Dezember 2012 (IV-Nr. 54 S. 1 f.) folgende Diagnosen auf: · invalidisierende Muskelkrämpfe an Händen und Füssen bei diabetischer Polyneuropathie · Restless Legs · unklare Muskelzuckungen vor allem nachts · schwere Schlafproblematik · depressive Episode · Migräne mit Aura · chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom · chronisch-venöse Insuffizienz bei Varikosis · Adipositas Die Beschwerdeführerin berichte von stärksten Krämpfen an Händen, Armen sowie Beinen, welche belastungsabhängig drei- bis viermal pro Tag auftreten würden. Nach zehn bis 15 Minuten Stehen müsse sie sich aufstützen oder absitzen und sei in der Gehfähigkeit stark eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin könne unmöglich

eine Arbeit verrichten, da bei Belastung der Extremitäten schon nach kurzer Arbeitszeit diese Krämpfe einsetzen. 3.3 Die Beschwerdegegnerin holte bei der Gutachterstelle F.____ ein bidisziplinäres Administrativgutachten ein, welches am 17. Februar 2014 erging (IV-Nr. 69) und folgende Diagnosen enthielt (S. 42 f.): Mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit: · rezidivierende depressive Störung, zeitweise mittelschwere, wohl auch schwere depressive Episoden, gegenwärtig weitgehend remittiert (F33.4) · Persönlichkeitsvariante mit ängstlichen, anankastischen, vermeidenden und gehemmten Anteilen (Z73) · überwiegend wahrscheinlich familiäre Dystonie, kein Hinweis für Myopathie, eher kein Hinweis für Crampus-Faszikulations-Syndrom Ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit · primäres, familiäres Restless-legs-Syndrom mit assoziierter Insomnie (behandelbar) · primäre episodische Migräne mit Aura · residuales sensibles Defizit N. ulnaris links nach Nervus ulnaris-Schädigung in Ellenbogenhöhe links mit Status nach Verlagerungsoperation · unspezifisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik

3.3.1 Der Experte Dr. med. G.____, Facharzt für Neurologie FMH, hielt fest, die Beschwerdeführerin sei zuletzt als Coiffeuse tätig gewesen, habe jedoch seit dem Jahr 2000 gesundheitshalber nicht mehr gearbeitet. Sie mache massive belastungsabhängige Muskelkrämpfe geltend (S. 25). Beschrieben würden plötzlich einschliessende dystone Muskelanspannungen im Halsbereich links und dystone Zustände in den Händen, betont aber in den Füßen sowie teilweise im Oberschenkel und Gesäss. Während der klinischen Untersuchung habe andeutungsweise ein dystoner Zustand am rechten Oberschenkel ausgelöst werden können; das myokymieartige Tonusverhalten entspreche nicht dem klassischen Crampussyndrom, sei aber sehr gut mit einer dystonen Symptomatik zu vereinen und nicht willentlich erzeugbar. Die Familienanamnese zur Dystonie sei sehr auffällig, mit ähnlichen Symptomen u.a. beim Vater und insbesondere bei dessen Bruder, was auf eine familiäre Dystonie des Erwachsenenalters hinweise. Zusätzlich beschreibe die Beschwerdeführerin bei ebenfalls positiver Familienanamnese ein Restless-legs-Syndrom, welches seit ca. fünf Jahren mit zirkadianer Rhythmik betont abends/nachts auftrete (S. 26). Die periodischen Beinbewegungen führten zu ausgeprägten Schlafstörungen mit nachvollziehbarer psychischer Belastung, andererseits sei von einer guten Therapierbarkeit mit Benefit für das psychische Befinden auszugehen (S. 27). Wahrscheinlich habe schon im Zeitpunkt des früheren Gutachtens des D.____ vom 17. Juli 2007 (IV-Nr. 41.1) eine Dystonie vorgelegen, aber wohl nur leicht ausgeprägt. Als Coiffeuse sei die Arbeitsfähigkeit wegen vermehrter Pausen um max. 30 bis 40 % vermindert gewesen, während für adaptierte Tätigkeiten auch im Rückblick eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bestanden habe. Die residuale sensible Defizitsymptomatik des Nervus ulnaris ergebe keine relevanten Funktionsbeeinträchtigungen (S. 28). Die Diagnose eines Crampus-Faszikulation-Syndroms sei unzutreffend, da Faszikulationen weder klinisch noch elektromyografisch feststellbar seien (S. 29). Bei der episodischen Migräne mit Aura bestehe gegenwärtig mit einer relativ geringen Frequenz von Schmerzepisoden im Monat keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Hinsichtlich der Rückenbeschwerden seien keine lumboradikulären Störmuster feststellbar. Was die Diskussion um eine diabetische Polyneuropathie angehe, so zeige sich in der aktuellen klinischen Untersuchung ein weitgehend normaler Reflexstatus und ein normales Vibrationsempfinden sowie keine signifikante sockenförmige Sensibilitätsminderung. Der grenzwertige bis leicht pathologische elektrophysiologische Befund vom Oktober 2012 sei nicht sicher verifizierbar und diese Diagnose nicht geeignet, die angegebenen Krämpfe zu erklären (S. 31). Die früher ausgeübte Tätigkeit als Coiffeuse, einer statomotorisch und manuell

belastenden Tätigkeit, wäre angesichts der organischen Ursache der belastungsabhängigen Muskelkrämpfe nur mit grossen Einschränkungen resp. eher nicht geeignet. In Frage kämen Verweistätigkeiten mit weniger statomotorischer Belastung sowie unter Vermeidung repetitiver manuell belastender Tätigkeiten, z.B. leichte manuell-grobmotorische Arbeiten überwiegend im Sitzen, mit gelegentlichem Stehen und Gehen sowie frei wählbaren Pausen. Solche Verweistätigkeiten seien mindestens mit einer Arbeitsfähigkeit von 80 % möglich, d.h. bei voller Zeitpräsenz und leicht geminderter Leistungsfähigkeit durch vermehrten Pausenbedarf. Diese Einschätzung gelte retrospektiv seit dem Gutachten von 2006 (S. 32).

3.3.2 Gemäss dem Experten Dr. med. H. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, gab die Beschwerdeführerin an, sie leide seit 1998 zweimal im Jahr an vorwiegend saisonal abhängigen depressiven Zuständen, ausserdem unter Muskelkrämpfen, welche sie seit zwölf Jahren daran hinderten, ihrem Beruf als Coiffeuse nachzugehen (S. 33). Die nächtliche Beinunruhe und die Krämpfe in den Füßen führten zu schweren Schlafstörungen. Die Depressionen seien in den Wintermonaten und im Frühjahr stärker. Die Beschwerdeführerin sei durch ihren sozialen Rückzug gegenüber fremden Menschen ängstlicher und zurückhaltender geworden (S. 35). Sie erachte sich als nicht in der Lage, einer regelmässigen beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Die Hausarbeit könne sie nur erschwert verrichten. Teilweise fielen ihr Gegenstände aus der Hand. Wegen der anhaltenden Müdigkeit und allgemeinen Schwäche müsse sich immer wieder hinsetzen oder auch hinlegen. Zudem benötige sie Pausen, weil ihr nach längerer Tätigkeit die Hände einschliefen (S. 36). Anlässlich der aktuellen Untersuchung lasse sich keine relevante depressive Symptomatik feststellen. Als Persönlichkeitsvariante bestehe eine Primärpersönlichkeit mit ängstlichen, anankastischen, vermeidenden und gehemmten Anteilen. Die psychischen Auffälligkeiten würden durch die neurologische Symptomatik überlagert bzw. zeitweilig verstärkt. Die Schlafstörung gehe vorwiegend auf die neurologische Symptomatik zurück. Die derzeit fehlende psychiatrische Behandlung spreche gegen eine manifeste depressive Symptomatik (S. 39). Die Ängste und Störungen des Antriebs hätten Auswirkungen auf die psychischen Funktionen. Insgesamt ergebe sich auf Grund der Störung der emotionalen, zeitweilig auch der affektiven Funktionen und des Schlafes eine um 30 % reduzierte Arbeitsfähigkeit. Die Störung liege in diesem Ausmass seit November 2012 vor (S. 40). Der Ausprägungsgrad scheine sich seit dem Gutachten vom 17. Juli 2007 etwas akzentuiert zu haben, (S. 41).

3.3.3 Im interdisziplinären Konsens gelangten die Experten zum Schluss, auf Grund der überwiegend wahrscheinlich organischen Ursache für die belastungsabhängigen Crampi überfordere die angestammte Tätigkeit die statomotorische Belastbarkeit sowie die Handbelastbarkeit und sei ungeeignet. Diese Entwicklung müsse spätestens seit den neurologischen Abklärungen im Jahr 2010 als stärker relevant angesehen werden. Komplizierend habe sich ab November 2012 wegen der psychischen Störungen, in Wechselwirkung mit den somatischen Beschwerden und saisonal akzentuiert, eine leichte Verschlechterung der allgemeinen psychischen Leistungsfähigkeit eingestellt. Retrospektiv sei eine leidensangepasste Tätigkeit weitgehend ohne Unterbruch zumutbar gewesen (S. 43), mit einer leichten Einschränkung der Leistungsfähigkeit um ca. 20 % bei voller Präsenzzeit. Diese neurologische Bewertung überschneide sich mit der psychiatrischen Einschätzung. Bei fachübergreifender Betrachtung ergebe sich für eine leidensangepasste Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % ab 2006 sowie von 70 % ab November 2012. Dies gelte für Verweistätigkeiten mit geringer statomotorischer Belastung und ohne repetitive manuell belastende Arbeiten. Psychomental belastende Tätigkeiten, insbesondere unter Zeitdruck, sollten vermieden werden. Bei konsequenter

psychiatrisch-psychopharmakologischer Behandlung sei davon auszugehen, dass der psychische Anteil keine über das neurologisch festgestellte Ausmass von 20 % hinausgehende Leistungsminderung bewirke. Seit der Rentenablehnung im Februar 2008 sei eine geringe Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten (S. 44 / 45).

E. 13

September 2011 E. 5.3). Der erstmals an der Verhandlung vorgebrachte Einwand der Beschwerdeführerin, der Experte Dr. med. K.____ spreche von zusätzlichen Abklärungen, um eine genaue Diagnose stellen zu können (s. A.S. 108), trifft zwar an sich zu. Diese Bemerkung bedeutet aber nicht, dass der entscheidrelevante Sachverhalt ungeklärt ist. In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung gelangten die Experten nämlich zu einer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, welche die Beschwerden berücksichtigte und ohne Vorbehalte abgegeben wurde. In diesem Zusammenhang ist namentlich auch zu beachten, dass es Dr. med. K.____ nicht gelang, einen Krampf zu provozieren, obwohl er verschiedene Situationen herbeiführte, welche laut der Beschwerdeführerin typische Auslöser sein sollten; diese Untersuchungsergebnisse erlauben Rückschlüsse auf die effektive Einschränkung im Alltag. Bei der Invaliditätsbemessung kommt es grundsätzlich nicht auf die Diagnose an, sondern einzig darauf, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat. Somit konnte im vorliegenden Fall der Einfluss der Störung auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt werden, auch wenn deren genaue medizinische Ursache nicht abschliessend geklärt sein sollte (s. Urteile des Bundesgerichts 8C_112/2018 vom 24. April 2018 E. 4.3 und 8C_289/2011 vom 15. September 2011 E. 3.3.2).

In psychiatrischer Hinsicht ist darauf hinzuweisen, dass nach der neuesten Praxis des Bundesgerichts das strukturierte Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 auf sämtliche psychischen Erkrankungen (also nicht nur wie bisher auf somatoforme Schmerzstörungen und ähnliche Leiden) anzuwenden ist (s. BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429 sowie 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416 f.). Die Frage, ob ein psychisches Leiden zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, beurteilt sich nach einem strukturierten, normativen Prüfungsraster. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294 f.). Die massgeblichen Standardindikatoren lauten wie folgt (a.a.O. E. 4.1.3 S. 297):

1) Kategorie «funktioneller Schweregrad»

a) Komplex «Gesundheitsschädigung»

b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen)

c) Komplex «Sozialer Kontext»

2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens)

Das Gerichtsgutachten genügt den Anforderungen dieser neuen Praxis, haben sich die Gutachter doch in der Gesamtbeurteilung sorgfältig mit sämtlichen Indikatoren befasst und zudem eine Aggravation ausdrücklich verneint (s. dazu BGE 141 V 281 E. 2.2.1 S. 287). Die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 40 % im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung ist auf dieser Grundlage schlüssig und nachvollziehbar begründet. Dies muss umso mehr gelten, wenn man den Ermessensspielraum eines psychiatrischen Gutachters berücksichtigt (s. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C_550/2016 vom 30. Dezember 2016 E. 4.2.1). Die

übrigen psychiatrischen Stellungnahmen in den Akten, namentlich das F.____-Gutachten sowie das Gutachten von Dr. med. B.____, beinhalten demgegenüber keine Indikatorenprüfung, weshalb sie schon aus diesem Grund nicht geeignet sind, Zweifel am Gerichtsgutachten zu erwecken.

3.6.2 Zusammenfassend ist auf das voll beweismässige Gerichtsgutachten abzustellen und einerseits davon auszugehen, dass der angestammte Beruf als Coiffeuse seit 2001 nicht mehr in Frage kommt. Andererseits ist die Beschwerdeführerin wie folgt in der Lage, eine angepasste Tätigkeit auszuüben:

Weiter ist erstellt, dass gegenüber der letzten Leistungsverweigerung am 25. Februar 2008 eine gesundheitliche Verschlechterung eingetreten ist. Mit der Konversionsstörung liegt eine neue Diagnose vor, welche die Leistungsfähigkeit zusätzlich einschränkt. Somit ist zu prüfen, inwieweit sich diese Veränderung auf die Erwerbsfähigkeit auswirkt.

4.

4.1 Für den Einkommensvergleich ist auf den Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns abzustellen (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224). Validen- und Invalideneinkommen sind auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen (a.a.O., E. 4.2 S. 224).

Die Beschwerdeführerin war im angestammten Beruf seit 2001 durchgehend vollständig arbeitsunfähig, d.h. das Wartejahr war im Mai 2013, sechs Monate nach der Anmeldung (s. E. II. 2.2 hiervor), bereits absolviert. Der Invaliditätsgrad ist deshalb per 1. Mai 2013 mit einer Restarbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit von 70 % und per 1. Januar 2014 mit einer Arbeitsfähigkeit von neu 60 % zu berechnen.

4.2 Für die Bemessung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt des Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ohne Gesundheitsschaden tatsächlich verdienen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte (BGE 131 V 51 E. 5.1 S. 53). Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde; dieses Gehalt ist, wenn nötig der Teuerung und der Einkommensentwicklung anzupassen. Ausnahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59; Urteil des Bundesgerichts 9C_532/2016 vom 25. November 2016 E. 3.4.1).

Die Beschwerdeführerin macht geltend, ohne ihre zunehmenden gesundheitlichen Probleme ab 1997/1998 wäre sie heute noch selbständige Coiffeuse (s. IV-Nr. 69 S. 16 und Nr. 80 S. 22). Dem ist einerseits zu entgegnen, dass gemäss IK-Auszug für den Zeitraum von 1992 bis 2002 (also schon vor den gesundheitlichen Veränderungen) das selbständige zu unselbständigem Einkommen umgebucht wurde (IV-Nr. 57 S. 3 f.); bei den fraglichen Umbuchungen steht in der Kolonne 2, «Einkommenscode», dem Code 3 (selbständigerwerbende Person) die Ziffer 1 (Arbeitnehmerin) voran, was eine entsprechende Korrektur bedeutet (s. dazu Erläuterungen zum Auszug aus dem Individuellen Konto (IK), <https://www.ahv-iv.ch/p/1.04.d>, alle Websites besucht am 9. Mai 2018). Andererseits erwähnte die Beschwerdeführerin, sie habe den Salon aufgeben und

wieder als Angestellte arbeiten müssen, weil ihre Geschäftspartnerin sie um Geld betrogen habe (IV-Nr. 69 S. 34), d.h. sie gab die selbständige Erwerbstätigkeit unabhängig von ihrer Erkrankung auf. Auf diese Punkte wird in der Beschwerde nicht eingegangen. Deshalb ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin als Coiffeuse angestellt war, als die Arbeitsunfähigkeit eintrat, und dies im Gesundheitsfall auch geblieben wäre.

Die Beschwerdegegnerin setzte das Valideneinkommen auf CHF 44'279.00 fest, gestützt auf die statistischen Durchschnittslöhne der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) für das Jahr 2012, Ziff. 96 (sonstige persönliche Dienstleistungen), Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art). Eine Arbeitnehmerin verdiente in diesem Segment des Arbeitsmarktes durchschnittlich CHF 3'610.00 pro Monat, einschliesslich Anteil für den 13. Monatslohn (TA1_tirage_skill_level, Total, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/loehne-erwerbseinkommen-arbeitskosten/lohniveau-schweiz/privater-oeffentlicher-sektor.assetdetail.327886.html>). Diese Einordnung unter eine Ziffer der LSE, welche unterschiedliche Dienstleistungen zusammenfasst, ist aber zu wenig konkret, um das Lohnniveau einer gelernten Coiffeuse zu bestimmen. Es ist vielmehr angezeigt, sich am Mindestlohn gemäss dem allgemeinverbindlich erklärten Gesamtarbeitsvertrag für das schweizerische Coiffeugewerbe (GAV; <http://www.gav-service.ch/Contract.aspx?stellaNumber=715001&versionName=2#DokumenteLinks>) zu orientieren. Eine gelernte Coiffeuse (welche wie die Beschwerdeführerin über das eidg. Fähigkeitszeugnis verfügt, s. Art. 39.1 GAV) hatte in der hier interessierenden Zeit von Mai 2013 bis April 2016 Anspruch auf folgenden Basislohn (Art. 40.3 GAV):

Ein 13. Monatslohn war nicht vorgesehen (vgl. Art. 41 GAV). Auf Lohnzuschläge bestand für die Beschwerdeführerin kein Anspruch, da weder ein eidg. Fachausweis noch ein eidg. Diplom aktenkundig ist (s. Art. 40.5 GAV). Es erscheint indes als angebracht, die langjährige Berufserfahrung der Beschwerdeführerin zu berücksichtigen. Der ab 1. März 2018 geltende und allgemeinverbindliche GAV sieht neu bei gelernten Coiffeusen ab dem 5. Berufsjahr einen erhöhten Basislohn von CHF 4'000.00 vor (Art. 40.3 GAV). Diese Bestimmung war zwar im hier interessierenden Zeitraum noch nicht in Kraft, kann aber gleichwohl als verlässlicher Anhaltspunkt dienen. Die Aufnahme dieser Regelung in den GAV weist darauf hin, dass die Berufserfahrung bei Coiffeusen faktisch schon in den vorhergehenden Jahren lohnrelevant war, ansonsten sich schwerlich ein Konsens für diese Änderung des GAV gefunden hätte. Folglich ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin, welche ab 1990 mehr als fünf Jahre als Coiffeuse gearbeitet hatte, von Mai 2013 bis April 2016 ein jährliches Valideneinkommen von CHF 48'000.00 (12 x 4'000) erzielt hätte.

4.3

4.3.1 Die Beschwerdeführerin geht keiner Erwerbstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt mehr nach; mit der Arbeit bei ihrem Sohn, welche sie sich frei einteilen kann, schöpft sie ihre Leistungsfähigkeit nicht aus (s. dazu BGE 129 V 472 E. 4.2.1 S. 475). Somit ist für das Invalideneinkommen die LSE heranzuziehen (BGE 126 V 75 E. 3b S. 76 f.). Dabei ist auf das Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) abzustellen, bezogen auf den gesamten privaten Sektor (Urteil des Bundesgerichts 8C_717/2014 vom 30. November 2015 E. 5.1): Die Beschwerdeführerin ist im Lichte der Schadenminderungspflicht gehalten, ihre verbleibende Arbeitskraft in sämtlichen ihr zumutbaren und ihren Fähigkeiten entsprechenden Segmenten des Arbeitsmarktes zur

Verfügung zu stellen und bei gegebener Möglichkeit auch tatsächlich zu verwerten. Massgeblich ist die LSE 2012, da die einschlägige Tabelle TA1_tirage_skill_level der LSE 2014 erst am

E. 15

April 2016 publiziert worden war (s. unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/nueue-veroeffentlichungen.assetdetail.327886.html>), also nach der angefochtenen Verfügung vom 12. April 2016 (s. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C_414/2017 vom 21. September 2017 E. 4.2).

Eine Arbeitnehmerin verdiente in diesem Segment des Arbeitsmarktes im Zentralwert CHF 4■112.00 pro Monat, einschliesslich des Anteils für den 13. Monatslohn (TA1_tirage_skill_level, Total, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeits-erwerb/loehne-erwerbseinkommen-arbeitskosten/lohnniveau-schweiz/privater-oeffentlicher-sektor.assetdetail.327886.html>). Dieser Lohn beruht auf einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden und ist auf die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit aufzurechnen (Urteil des Bundesgerichts 9C_422/2015 vom 7. Dezember 2015 E. 3.3), welche im Jahr 2012 41,7 Stunden betrug. (Tabelle «Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen», Total, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeits-erwerb/erwerbstaetigkeit-arbeitszeit/arbeitszeit/normalarbeitsstunden-statistik-betriebsuebliche-arbeitszeit.assetdetail.2967272.html>). Auf diese Weise ergibt sich ein Betrag von CHF 51■441.00. Dieser ist an die Nominallohnentwicklung für Arbeitnehmerinnen bis zur angefochtenen Verfügung anzupassen (Tabelle T1.2.10 Total; Indexpunkte 2012: 102,0 / 2013: 102,6 / 2014: 103,6 / 2015: 104,1 / 2016: 105,0; s. unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeits-erwerb/loehne-erwerbseinkommen-arbeitskosten/lohnentwicklung.assetdetail.2347385.html>). Daraus resultieren unter Berücksichtigung der jeweiligen Restarbeitsfähigkeit folgende Tabellenlöhne:

Der Einwand der Beschwerdeführerin, die Beschwerdegegnerin habe die Verweistätigkeiten nicht ausreichend konkretisiert, dringt nicht durch. Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 459 f.). Massgeblich ist mit anderen Worten ein von den konjunkturellen Verhältnissen abstrahierter Arbeitsmarkt, der ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage an Stellen beinhaltet und einen Fächer verschiedenartiger, auch körperlich leichter und intellektuell weniger anspruchsvoller, Arbeitsplätze bereithält (BGE 110 V 273 E. 4b S. 276). Die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist umso eingehender abzuklären und nachzuweisen, je restriktiver das medizinische Anforderungsprofil umschrieben ist. Unverwertbarkeit ist erst anzunehmen, wenn die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich wäre, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennen würde und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vorneherein als ausgeschlossen erschiene. Eine derartige Konstellation liegt hier nicht vor: Der Beschwerdeführerin sind überschaubare strukturierte Tätigkeiten ohne hohe interaktionelle Anforderungen sowie ohne ständige oder häufige Stressbelastung zumutbar. Vor diesem Hintergrund kann nicht von einem aussergewöhnlich eingeschränkten Zumutbarkeitsprofil gesprochen werden stehen. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt bietet diverse Hilfsarbeiten wie z.B. Kontroll- und Überwachungsaufgaben, welche die Voraussetzungen erfüllen und keiner längeren Einarbeitung (oder gar einer

Umschulung) bedürfen (Urteile des Bundesgerichts 9C_847/2015 vom 30. Dezember 2015 E. 4.1.2 und 8C_345/2016 vom 1. September 2016 E. 5). Konkrete, näher umschriebene Einsatzmöglichkeiten im Sinne von Arbeitsgelegenheiten musste die Beschwerdegegnerin deshalb nicht aufzeigen (Urteil des Bundesgerichts 9C_712/2017 vom 12. Januar 2018 E. 4.2.2). Ob es für die Beschwerdeführerin schwierig oder gar unmöglich ist, auf dem tatsächlichen Arbeitsmarkt eine entsprechende Stelle zu finden, ist unerheblich (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_670/2015 vom 12. Februar 2016 E. 4.2).

4.3.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Tabellenlohn allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323) und die versicherte Person ihre verbliebene Arbeitsfähigkeit deswegen auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 8C_724/2012 vom 8. Januar 2013 E. 4.4). Die Frage, ob auf Grund der Umstände ein Abzug vom Tabellenlohn angezeigt ist oder nicht, ist eine Rechtsfrage, welche das Gericht frei zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72). Hat der Versicherungsträger einen Abzug gewährt, bildet dessen Bemessung dagegen eine Ermessensfrage. Bei der Überprüfung im Rahmen der Angemessenheitskontrolle darf das Gericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen. Es muss sich vielmehr auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 S. 73 ff., 126 V 75 E. 6 S. 81).

Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung einen Abzug von 10 % gewährt. Dies ist nicht zu beanstanden. Die Beschwerdeführerin beruft sich für einen Abzug von 20 % einmal auf die massiv eingeschränkte Handbelastbarkeit, welche jedoch im Gerichtsgutachten nicht bestätigt wurde. Ausserdem wird die reduzierte Leistungsfähigkeit bereits durch die Arbeitsunfähigkeit von 30 bzw. 40 % abgedeckt und darf beim Abzug nicht noch einmal berücksichtigt werden (s. Urteile des Bundesgerichts 9C_264/2016 vom 7. Juli 2016 E. 5.2.2 und 9C_191/2015 vom 1. Juni 2015 E. 3.2). Das Alter von 50 bis 53 Jahren im jeweiligen Zeitpunkt des Einkommensvergleichs ist ebenfalls unerheblich, da dieses bei Arbeitnehmerinnen ohne Kaderfunktion gegenüber dem Total aller Arbeitnehmerinnen nicht zu einer Lohnneinbusse führt (Medianwert 50 - 64/65 Lebensjahre: CHF 5'211.00, Total: CHF 4'965.00; s. Tabelle TA9, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/loehne-erwerbseinkommen-arbeitskosten/lohnniveau-schweiz/personenbezogene-merkmale.assetdetail.304033.html>). Dasselbe gilt im Hinblick auf das zumutbare Teilzeitpensum von 60 resp. 70 % verglichen mit einem Vollzeitpensum (Teilzeit zwischen 50 und 74 %: CHF 5'733.00, Pensum ab 90 %: CHF 5'214.00; s. Tabelle Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht, im Anhang des IV-Rundschreibens Nr. 328 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 22. Oktober 2014, <https://www.bsvlive.admin.ch/vollzug/documents/view/4302/lang:deu/category:35>). Ebenfalls keinen Abzug gebietet die lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt (Urteil des

Bundesgerichts 8C_166/2017 vom 3. Juli 2017 E. 6). Richtig ist, dass die Beschwerdeführerin im Kontakt mit anderen Menschen eingeschränkt ist und in ihrem Leben stets nur als Coiffeuse gearbeitet hat. Allfälligen negativen Auswirkungen, welche dies nach sich zieht, wird mit einem Abzug von 10 % hinreichend Rechnung getragen. Es besteht kein Anlass, hier in das Ermessen der Beschwerdegegnerin einzugreifen. Der Hinweis auf das Urteil 9C_334/2013 vom 24. Juli 2013, das gewisse Parallelen zum hiesigen Sachverhalt aufweist, hilft der Beschwerdeführerin schon deshalb nicht weiter, weil dort ebenfalls nur ein Abzug von 10 % gewährt worden war.

4.3.3 Mit dem Abzug von 10 % beläuft sich das anrechenbare Invalideneinkommen auf: Gemessen am Valideneinkommen von CHF 48'000.00 ergeben sich so folgende Invaliditätsgrade:

Der Invaliditätsgrad lag somit ab dem 1. Januar 2014 bis zur angefochtenen Verfügung vom 12. April 2016 stets über 40 %. Am 1. Januar 2014 hatte die Beschwerdeführerin zudem auch das Wartejahr absolviert, nachdem sie als Coiffeuse während des ganzen Jahrs 2013 durchgehend vollständig arbeitsunfähig gewesen war. Folglich besteht ab 1. Januar 2014 Anspruch auf eine Viertelsrente.

4.4 Gemäss den Feststellungen im Gerichtsgutachten verfügt die Beschwerdeführerin über keine genügende Motivation für eine Wiedereingliederung (A.S. 100 Frage 7), ohne dass dies auf gesundheitliche Gründe zurückgeführt wird. Fehlt es aber am subjektiven Eingliederungswillen und damit an der Eingliederungsfähigkeit, so besteht kein Anspruch auf berufliche Massnahmen (s. Urteil des Bundesgerichts 9C_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.5).

4.5 Der Versicherungsträger übernimmt auch die Kosten der nicht von ihm angeordneten Abklärungsmassnahmen (z.B. eines vom Versicherten eingeholten Parteigutachtens), wenn diese für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren (Art. 45 Abs. 1 ATSG). Dabei genügt es, wenn die mit der Massnahme gewonnenen Ergebnisse für die Abklärungen verwendbar sind, selbst wenn in der Folge keine Leistungen zugesprochen werden sollten (Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich 2015, Art. 45 N 18 ff.).

Im vorliegenden Fall führte das Privatgutachten von Dr. med. B.____ dazu, dass der Fall nicht einfach gestützt auf das Administrativgutachten der Gutachterstelle F.____ entschieden werden konnte, sondern weitere Abklärungen erforderlich wurden (s. E. II. 6.2 hiernach). Die Beschwerdegegnerin hat daher die Kosten des Privatgutachtens von CHF 6'000.00 (s. IV-Nr. 107 S. 3) zu übernehmen.

4.6 Zusammenfassend wird die Beschwerde in dem Sinne teilweise gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet wird, der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. Januar 2014 eine Viertelsrente auszurichten sowie ihr die Kosten des Gutachtens von Dr. med. B.____ zu bezahlen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

5.

5.1 Die obsiegende Beschwerdeführerin hat für das Beschwerdeverfahren Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Das Versicherungsgericht bemisst diese Entschädigung ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses. Bei teilweisem Obsiegen ist die Parteientschädigung insoweit zu reduzieren, als das Rechtsbegehren, welches über die Gutheissung hinausgeht,

den Prozessaufwand erhöht hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_995/2012 vom 17. Januar 2013 E. 3 mit Hinweisen). Dies trifft hier nicht zu: Selbst wenn sich die Beschwerdeführerin darauf beschränkt hätte, eine Viertelsrente zu beantragen, wäre der Aufwand nicht geringer ausgefallen, denn auch in diesem Fall hätte ihr Vertreter die gesamten medizinischen Akten studieren und sich mit dem Einkommensvergleich befassen müssen. Daher besteht kein Anlass, die Parteientschädigung der Beschwerdeführerin zu reduzieren.

Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 160 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif / GT, BGS 615.11).

5.2 Die vom Vertreter eingereichten Kostennoten (A.S. 138 ff. / 152) weisen einen Zeitaufwand von insgesamt 17,91 Stunden aus, der wie folgt zu kürzen ist:

Anzurechnen ist folglich ein Aufwand von insgesamt 11,69 Stunden (8,43 Stunden bis 31. Dezember 2017 und 3,26 Stunden ab 1. Januar 2018), woraus sich mit dem beantragten Ansatz von CHF 250.00 (s. Honorarvereinbarung vom 1. / 3. September 2015, A.S. 142) eine Entschädigung von CHF 2'922.50 (2'107.50 + 815.00) ergibt.

Was die Auslagen über insgesamt CHF 393.80 betrifft, so sind die 265 Kopien (261 Stück bis 31. Dezember 2017 und vier Stück ab 1. Januar 2018) pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Andererseits ist die Anfahrt zur Verhandlung sowie die Rückreise über insgesamt 45,4 km analog zur Regelung für Staatsangestellte (s. § 160 Abs. 5 i.V.m. § 157 Abs. 3 GT und § 161 lit. a GAV) mit CHF 0.70 pro Kilometer und nicht mit CHF 1.00 zu entschädigen. Die Auslagen reduzieren sich so auf CHF 247.70 (CHF 211.90 bis 31. Dezember 2017 und CHF 35.80 ab 1. Januar 2018).

Einschliesslich CHF 251.05 Mehrwertsteuer (8 % / CHF 185.55 bis 31. Dezember 2017 resp. 7,7 % / CHF 65.50 ab 1. Januar 2018) beläuft sich die Entschädigung demnach auf total CHF 3'421.25.

6.

6.1 Das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht ist kostenpflichtig, sofern es sich wie hier um Streitigkeiten betreffend die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung handelt. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

Die teilweise unterlegene Beschwerdegegnerin hat drei Viertel der Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu tragen, d.h. CHF 750.00. Das verbleibende Viertel wiederum wird der nur teilweise obsiegenden Beschwerdeführerin auferlegt, aber infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn übernommen (Art. 122 Abs. 1 lit. b Schweizerische Zivilprozessordnung / ZPO, SR 272). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

6.2 Das Gerichtsgutachten wurde erforderlich, weil die Beschwerdegegnerin bei Erlass der Verfügung vom 12. April 2016 über keine hinreichend zuverlässige medizinische Grundlage verfügte. Mit dem F. ___-Gutachten und dem Gutachten von Dr. med. M. ___ lagen nämlich zwei Expertisen vor, die vom Ergebnis her sehr unterschiedlich ausfielen, aber beide in sich schlüssig waren. Um diesen Widerspruch aufzulösen, war das Gericht

gezwungen, ein Gutachten einzuholen. Dies wäre aber bereits Sache der Beschwerdegegnerin gewesen. Ihr sind daher die vollen Kosten des Gerichtsgutachtens von insgesamt CHF 11'299.65 aufzuerlegen (vgl. BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502 und 143 V 269 E. 2 + 8 S. 271 f. / 285).

Demnach wird erkannt:

1. Die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 12. April 2016 wird in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufgehoben. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin

Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von CHF 3'421.25 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

3. Die Beschwerdeführerin hat an die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 einen Betrag von CHF 250.00 zu bezahlen, der infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen ist. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn die Beschwerdeführerin A.____, zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

4. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat an die Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 750.00 zu bezahlen.

5. Die Kosten des Gutachtens der C.____ vom 8. Mai 2017 (inkl. Teilgutachten) von insgesamt CHF 11'299.65 werden der IV-Stelle des Kantons Solothurn auferlegt und sind der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zurückzuerstatten.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst Haldemann

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C_446/2018 vom 18. Dezember 2018 teilweise aufgehoben.

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