

SO_GERICHTE VSBES.2017.302 vom 23. Oktober 2017

SO Obergericht, 2017-10-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.302

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.302 du 23 octobre 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.302 del 23 ottobre 2017

Erwägungen

E. 1

1.1 Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) sprach der 1966 geborenen A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) mit Verfügung vom 7. Juni 2011 per 1. August 2006 basierend auf einem Invaliditätsgrad von 60 % eine Dreiviertelsrente zu (IV-Stelle Beleg [IV-Nr.] 69).

1.2 Am 12. November 2014 hob die Beschwerdegegnerin ein Revisionsverfahren an (IV-Nr. 71) und veranlasste ■ nach verschiedenen Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht (vgl. IV-Nrn. 73, 77 und 78) sowie einem Revisionsgespräch mit der Beschwerdeführerin am 23. April 2015 (vgl. Protokoll in IV-Nr. 83) ■ eine psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. IV-Nr. 81). Zu dem am 8. September 2015 erstatteten psychiatrischen Gutachten von Dr. med. B.____ (IV-Nr. 87.1 f.) nahm der behandelnde Arzt, Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, am 5. November 2015 Stellung (IV-Nr. 91). Nach Vorlage an den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; vgl. IV-Nr. 93) teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Vorbescheid vom 6. Januar 2016 (IV-Nr. 94) mit, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass sich ihr Gesundheitszustand (spätestens) seit dem Datum der Begutachtung (26. August 2015) erheblich gebessert habe und keine Invalidität mehr bestehe, weshalb beabsichtigt sei, die Rente aufzuheben.

1.3 Die dagegen erhobenen Einwände der Beschwerdeführerin (IV-Nr. 98 S. 6 f.) sowie die Stellungnahme ihres Hausarztes, Dr. med. C.____, vom 28. Januar 2016 (IV-Nr. 98 S. 1 - 5) legte die Beschwerdegegnerin nach Rücksprache mit dem RAD (IV-Nr. 104) dem begutachtenden Psychiater, Dr. med. B.____, vor (IV-Nr. 105). Dessen Stellungnahme ging am 25. Juli 2017 ein (IV-Nr. 106). Nach erneuter Vorlage an den RAD (vgl. IV-Nr. 108) hielt die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 23. Oktober 2017 (IV-Nr. 109; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.) an ihrem Vorbescheid fest und hob die Rente nach Zustellung der Verfügung auf Ende des folgenden Monats auf. Einer Beschwerde gegen diese Verfügung entzog sie die aufschiebende Wirkung.

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin legt in ihrer Verfügung vom 23. Oktober 2017 (IV-Nr. 109; A.S. 1 ff.) dar, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin erheblich verbessert habe. Gemäss dem ausführlichen beweiswertigen psychiatrischen Gutachten von Dr. med. B.____ seien die schwere Depression und die Persönlichkeitsänderung nicht mehr vorhanden. Lediglich die Diagnose Neurasthenie könne heute noch gestellt werden. Diese beinhalte die von der Beschwerdeführerin beschriebene Konzentrationsstörung, die fehlende Belastbarkeit sowie

die psychosozialen Belastungen, welche für die Beurteilung jedoch als nicht IV-relevant ausgeklammert werden müssten. Spätestens seit dem Begutachtungszeitpunkt am 26. August 2015 sei es der Beschwerdeführerin möglich, wieder einer angepassten Tätigkeit zu 100 % nachzugehen und ein entsprechendes Einkommen zu erzielen. Die Beschwerdeführerin würde ohne Gesundheitsschaden auch weiterhin einer ausserhäuslichen Tätigkeit (Betriebsmitarbeiterin) im Umfang eines 50%-Pensums nachgehen; die restlichen 50 % entfielen in den Aufgabenbereich (Haushalt). Im Haushalt liege keine Einschränkung vor. In Anwendung der gemischten Methode resultiere ein Invaliditätsgrad von 0 %, weshalb die Invalidenrente zu Recht aufgehoben worden sei.

2.2 Die Beschwerdeführerin lässt demgegenüber vorbringen, ein Revisionsgrund sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. So führe Gutachter Dr. med. B. ___ aus, eine generalisierte Angststörung, eine posttraumatische Belastungsstörung und/oder eine depressive Episode seien nicht vorhanden und würden in den Akten seit März 2010 nicht mehr beschrieben. Der vorliegend relevante Vergleichszeitpunkt sei die Verfügung vom 7. Juni 2011. Damit von einer revisionsrelevanten Veränderung ausgegangen werden könnte, müsste eine solche im Zeitraum nach der Verfügung aus dem Jahr 2011 eingetreten sein. Gemäss den Ausführungen von Dr. med. B. ___ bestünden die entsprechenden psychischen Befunde jedoch bereits seit 2010 nicht mehr, weshalb die Voraussetzungen für eine Revision nicht erfüllt seien. Dr. med. B. ___ führe zwar auch aus, ob und gegebenenfalls ab wann zwischen März 2010 und August 2015 vom Vorhandensein einer geringen gesundheitlichen Störung ausgegangen werden könne, sei aufgrund fehlender fachärztlich psychiatrisch-psychotherapeutischer Beurteilungen nach März 2010 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzugeben. Hierzu sei anzumerken, dass damit ein Revisionsgrund ebenfalls nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen sei. Daran änderten auch diejenigen Ausführungen von Dr. med. B. ___ nichts, wonach auch die Angaben und Einschätzungen von Dr. med. C. ___ nicht dazu geeignet seien, von invalidisierenden psychischen Beschwerden in der Zeit zwischen März 2010 und August 2015 auszugehen. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung besage hierzu, dass bei psychischen Störungen eine rückwirkende, zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit schwierig sei, weshalb rückwirkende Aussagen von Gutachtern zurückhaltend zu gewichten und besonders auf die Übereinstimmung mit echtzeitlichen Akten zu überprüfen seien. Wie sich aus den Akten zeige, bestünden diverse echtzeitliche Berichte von Dr. med. C. ___, welche durchgehend die invalidisierenden psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin dokumentierten. Diese seien aufgrund ihres echtzeitlichen Entstehens und auch aufgrund des Fähigkeitsausweises für Delegierte Psychotherapie (FMPP), über welchen Dr. med. C. ___ verfüge, geeignet, die Zuverlässigkeit des Gutachtens von Dr. med. B. ___ in Frage zu stellen. Gestützt auf die voll beweiskräftigen Berichte des behandelnden Arztes sei von einem stationären Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin auszugehen, mit welchem es ihr nicht möglich sei, einer Arbeitstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt nachzugehen. Es werde dazu insbesondere auf die Berichte von Dr. med. C. ___ vom 2. März 2015 und vom 5. November 2015 sowie vom 28. Januar 2016 verwiesen, wobei letztere beide zu integrierenden Bestandteilen dieser Beschwerde erklärt würden. Aufgrund der weiterhin bestehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit sei somit von einem Anspruch auf eine Rente auszugehen (Beschwerde, S. 6 f. [A.S. 9 f.]). Sollte das Gericht diesen Ausführungen der Beschwerdeführerin wider Erwarten nicht folgen, sei festzuhalten, dass es die Beschwerdegegnerin in Verletzung der ihr obliegenden Untersuchungspflicht unterlassen habe, das hypothetische Pensum der

Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall mittels fundierter Abklärungen zu eruieren (Beschwerde, S. 8 [A.S. 11]; vgl. auch Replik [A.S. 34 f.]).

E. 3

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

3.2 Art. 4 Abs. 1 IVG versichert zu Erwerbsunfähigkeit führende Gesundheitsschäden, worunter soziokulturelle Umstände als solche nicht zu begreifen sind. Es braucht vielmehr in jedem Fall zur Annahme einer Invalidität ein medizinisches Substrat, das (fach)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenzustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbstständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo der Gutachter dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (siehe BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 und Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Auflage 2014, Rz. 30 zu Art. 4 IVG m.w.H.).

3.3 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall steht die Aufhebung einer seit August 2006 ausgerichteten Dreiviertelsrente per Ende November 2017 zur Debatte. Somit ist die Rechtslage ab 1. Januar 2012, nach der 6. IV-Revision, massgebend.

3.4 Seit der ab 1. Januar 2012 geltenden Rechtslage (6. IV-Revision) haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %,

derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

3.5 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs (resp. der Erhöhung oder Herabsetzung der Rente im Falle einer Revision, BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff., 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff.; Urteile des Bundesgerichts 9C_611/2016 vom 20. Juli 2017 E. 5.2.1, 9C_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 7.2.1) massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222).

E. 4

4.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205).

4.2 Die Frage, ob eine erhebliche, d.h. mit Bezug auf den Invaliditätsgrad rentenwirksame Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, beurteilt sich aufgrund eines Vergleichs des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung ■ oder einer späteren, auf einer umfassenden Prüfung beruhenden Bestätigung oder Änderung ■ bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der streitigen Revisionsverfügung (BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.). Das Heranziehen eines Verwaltungsaktes als Vergleichsbasis setzt voraus, dass er auf denjenigen Abklärungen beruht, welche mit Blick auf die möglicherweise veränderten Tatsachen notwendig erscheinen (Urteil des Bundesgerichts 8C_3/2012 vom 25. April 2012 E. 3.3).

4.3 Gemäss Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV [SR 831.201]) führt eine Verbesserung der Erwerbstätigkeit zu einer Herabsetzung oder Aufhebung der Rente, wenn angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere

Zeit dauern wird; die Verbesserung ist in jedem Fall zu berücksichtigen, wenn sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die Herabsetzung oder Aufhebung der Rente erfolgt frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV).

E. 5

5.1 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle, wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

5.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (Urteil des Bundesgerichts 8C_63/2011 vom 27. Mai 2011 E. 4.4.2; BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a S. 352; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

5.3 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

5.4 Mit Blick auf den grundsätzlichen Unterschied zwischen Begutachtungs- und Behandlungsauftrag (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C_799/2012 vom 16. Mai 2013 E. 2.3) sowie die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353), können ihre Berichte nicht denselben Stellenwert beanspruchen wie ein Gutachten, welches der Sozialversicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt hat. Stellungnahmen, in denen die behandelnden Ärzte den gutachterlichen Feststellungen widersprechen oder an früher geäusserten abweichenden Meinungen festhalten, bilden nur dann Anlass zu ergänzenden Abklärungen, wenn sie wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte enthalten, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 9C_183/2015 vom 19. August 2015 E. 4.2 mit Hinweis).

6. Streitig und zu prüfen ist, ob die mit Verfügung vom 7. Juni 2011 (IV-Nr. 69) ab 1. August 2006 zugesprochene Dreiviertelsrente zu Recht per Ende November 2017 aufgehoben wurde (vgl. E. II. 2 hievor). Diese Frage wird durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprechung vom 7. Juni 2011 und demjenigen, wie er zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung vom 23. Oktober 2017 bestanden hat, beurteilt (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b; siehe auch E. II. 4.2 hievor).

6.1 Ihre ursprüngliche Rentenzusprechung stützte die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf den Untersuchungsbericht von Dr. med. D.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, vom 2. März 2010 (IV-Nr. 58 S. 2 ff.). Die Beschwerdeführerin wurde der RAD-Fachärztin durch den fallführenden RAD-Arzt, Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, zur psychiatrischen Abklärung überwiesen, nachdem mit der Beurteilung von med. pract. F.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, SUVA, vom 11. November 2008 (IV-Nr. 49.3) und der Stellungnahme des behandelnden Arztes, Dr. med. C.____, vom 29. September 2009 (IV-Nr. 53) «sehr unterschiedliche» medizinische Stellungnahmen vorlagen (IV-Nr. 55 S. 1). Für den Sachverhaltsvergleich ist unbestrittenermassen darauf abzustellen.

6.1.1 In der genannten Beurteilung von Dr. med. D.____ vom 2. März 2010 wurde folgende Diagnose gestellt (IV-Nr. 58 S. 7):

ICD-10 F62.9: nicht näher bezeichnete andauernde Persönlichkeitsänderung, wie Persönlichkeitsstörung bei komplex traumatisierten Personen. Teils vorbestehend, teils durch jüngere Gewalterfahrungen aber in der funktionellen Auswirkung erheblich stärker sich auswirkend. Daher als Persönlichkeitsveränderung kodiert worden.

Gemäss SUVA-Akten sei die Beschwerdeführerin am 9. August 2005 Opfer eines Raubüberfalles geworden (IV-Nr. 58 S. 3). Die Versicherte berichte, dass ihre Mutter an Schizophrenie gelitten habe und zusätzlich abhängig von Alkohol und Medikamenten gewesen sei. Daher sei sie unmittelbar nach ihrer Geburt zu einer Pflegefamilie gekommen. Diese Familie sei ihre Familie gewesen. Als sie 4 ½-jährig gewesen sei, habe die Mutter sie plötzlich zu sich nehmen wollen und der Pflegefamilie so zugesetzt, dass diese die Versicherte wegen der Konflikte mit der Mutter nicht mehr behalten können (IV-Nr. 58 S. 5). Vom fünften oder sechsten Lebensjahr an sei sie bis 12-jährig regelmässig

vom Stiefvater sexuell missbraucht worden. Das sei für sie heute nicht mehr das Problem. Das Ende sei gekommen, weil der Stiefvater sie an andere habe «verleihen» wollen. Fluchtartig sei sie spärlich bekleidet weggelaufen. Dabei sei sie in einem Ausnahmezustand gewesen, sodass sie den Weg nicht mehr gefunden habe; eine fremde Person habe sie nach Hause gebracht. Ihr sei aber nicht geglaubt worden, als sie gesagt habe, was vorgefallen sei; vor allem später beim Schulpsychologen nicht. Der Lebensstil zu Hause sei aus heutiger Sicht auffällig gewesen. Damals habe sie mangels anderer Erfahrungen diesen für normal gehalten. So habe die Mutter sie z.B. mit zehn Jahren auf den Tisch gestellt, ihr Bier zu trinken gegeben und eine Zigarette und habe gesagt: «werde erwachsen, so ist das Leben». Als sie 16-jährig gewesen sei, habe sie «so einen Alkoholabsturz gehabt», dass sie beschlossen habe, nie so werden zu wollen wie ihre Mutter und habe damit aufgehört. Von der Mutter sei sie oft so verprügelt worden, dass sie weder habe sitzen noch habe liegen können. Der Schulpsychologe habe ihr dies alles nicht geglaubt. Mit der Zeit habe sie erlernt, ein Doppelleben zu führen, denn wenn sie etwas erzählt habe, sei alles nur noch schlimmer geworden. Ihren Vater habe sie erst viel später (30-jährig) kennengelernt. Sie habe wissen wollen, wer er sei. Er habe ihr erklärt, warum er nicht für sie habe da sein können. Er habe eine neue Familie gegründet. Sie verstehe das. Er sei ein gescheiter, intellektueller Mann. Er habe ihr erzählt, dass die Mutter alle Alimente sofort in Alkohol umgesetzt habe, weswegen er diese nur «fünffränkliweise» geschickt habe. Mit 18 Jahren sei sie von der Mutter an den Nachbarn «verschenkt» worden. Dieser sei zwar einiges älter gewesen, hätte aber Geld gehabt und gewusst, was bei ihr zu Hause gelaufen sei. Deswegen habe er sie aufgenommen. Er sei später ihr Ehemann geworden. Wegen diverser Zweitbeziehungen seinerseits sei es später zur Scheidung gekommen (IV-Nr. 58 S. 6).

Zum Überfall und der Frage, wie sie sich seitdem erlebe, habe die Beschwerdeführerin berichtet, das Leben sei einfach anders, sie habe keine Kontrolle mehr über sich und ihr Leben. Sie habe nie abhängig sein wollen, aber nun schaffe sie es nicht mehr alleine. Das mache ihr am meisten zu schaffen. Sie grüble über Pläne, komme oft nicht so recht auf einen grünen Zweig, aber Hilfe anzunehmen würde für sie wieder Kontrollverlust über ihr Leben und Abhängigkeit bedeuten, vor welcher sie Angst habe. Sie fühle sich damit ausgeliefert. Sie sei insgesamt zunehmend erschöpft. Sie ertrage Menschen schlechter, sodass sie nur noch stundenweise massieren könne und selbst dies sei schlecht planbar, da manchmal «einfach solche Wellen des kompletten Zusammenbruchs» einträten (IV-Nr. 58 S. 6).

Zum Psychostatus führte Dr. med. D.____ aus, hinsichtlich Bewusstsein sei die Wachheit erhalten, aber eingeengt auf die persönliche Veränderung. Zeichen erhöhter Schreckhaftigkeit (arousal) seien unter den Untersuchungsbedingungen nicht aufgetreten. Die Orientierung zur Person, zu Ort und Situation sei erhalten. Für die Zeit des Überfalls würden teilweise Erinnerungslücken auftreten, aber in der aktuellen Situation sei keine zeitliche Desorientierung festzustellen. Die Aufmerksamkeit schwanke und sei unterbrochen von Momenten der Dissoziation. Eine durchgehend konzentrierte Daueraufmerksamkeit sei dadurch nicht gegeben. Das Langzeitgedächtnis sei mit Ausnahme einzelner Erinnerungslücken aus dem Überfall intakt. Die Merkfähigkeit für komplexere Inhalte sei aufgrund der schwankenden Aufmerksamkeit vermindert. Die Konzentration schwanke. Formale Denkstörungen seien wechselnd stark vorhanden, teils markant: es komme zu Satzabbrüchen, Blockaden; teilweise erschwere es die Gesprächsführung, sodass die formalen Denkstörungen als ausgeprägt beurteilt werden

müssten. Die Denkvorgänge seien insgesamt dadurch verlangsamt. Komplexe Lösungsstrategien (kognitive Fähigkeiten) seien dadurch teils deutlich erschwert. Das inhaltliche Denken sei eingengt auf die Veränderungen seit dem Überfall. Wahn oder wahnhaftes Sinnestäuschungen wie Halluzinationen seien nicht vorhanden, aber situativ seien flashbackähnliche Wahrnehmungen auslösbar. Betreffend Ichstörungen seien Derealisation, Depersonalisation und kurzzeitige Dissoziation zu beobachten; keine Fremdbeeinflussungserlebnisse. Der Affekt sei verarmt; Ratlosigkeit, Verlust der Vitalgefühle und Insuffizienzgefühle seien vorhanden. Die Versicherte sei antriebsarm und antriebsgehemmt. Psychomotorisch sei sie vorwiegend angespannt. Akute Suizidalität sei verneint worden (IV-Nr. 58 S. 7).

Im Rahmen ihrer fachärztlichen Beurteilung hielt Dr. med. D.____ sodann Folgendes fest: Wenn sie das Gutachten von med. pract. F.____ und die Ausführungen von Dr. med. C.____ vergleiche und das Ergebnis ihres eigenen Gesprächs mit der Beschwerdeführerin abgleiche, dann zeige sich klinisch ein Bild, wie es am ehestem dem entspreche, wenn nach dem Überfall eine PTSD (= PTBS [posttraumatische Belastungsstörung]) zusätzlich entstanden sei; diese sei im Zeitpunkt der Begutachtung bei med. pract. F.____ am Abklingen gewesen. Wie letzterer aber auch schon festgehalten habe, liege hier eine belastende und schon vorher mehrfach traumatisierende Kindheit und Jugend in der Anamnese vor. Die Versicherte habe Coping-Strategien entwickelt, indem sie ihr «Doppelleben» geführt habe, wie sie es beschrieben habe: Schule und Zuhause seien dabei getrennte Lebenswelten gewesen. Der weitere Lebenslauf zeige, dass beruflich zwar eine Lehre abgeschlossen worden sei, aber ein konfliktfreies Fussfassen im Berufsleben sei nicht ersichtlich. Auch die privaten Beziehungen hätten einen Verlauf genommen, welcher nicht einer stabilen Beziehungsgestaltung mit Fähigkeit, sich gegen Übergriffe zu schützen, entspreche. Die Beschwerdeführerin habe wohl auch dabei Gewalt erlebt. Es sei daher psychiatrisch nachvollziehbar, wenn bei solchen Personen nach weiteren prägenden Einschnitten des Lebens, die als heftiger Kontrollverlust und daher subjektiv als sehr bedrohlich erlebt worden seien, das volle Ausmass der präexistenten schon geschädigten Persönlichkeit auftrete, die zuvor noch bestehenden Coping-Strategien versagten und die funktionellen Auswirkungen der Störung immer mehr sichtbar geworden seien. Bei dieser Art von komplex traumatisierten Personen sei Vertrauen in einen Behandler nicht leicht aufzubauen und benötige oft auch Zeit. Dr. med. C.____ kenne die Versicherte entsprechend lange, sodass diese Voraussetzung für eine Behandlung bei ihm gut gelungen schein. Durch die hypnotherapeutischen Verfahren, mit welchen dissoziative Zustände traumatisierter Personen mit entsprechenden Techniken assoziiert würden, werde nach und nach auch ein Sprechen über diese Erlebnisse möglich und Betroffene blieben auch nicht wie blockiert abwesend. Weitere Vorteile dieser Therapie seien hier, dass die Versicherte heute über Erlebtes reden könne und weniger affektinkontinent sei. Einige psychopathologische Befunde, die ihre mangelnde Belastbarkeit aber immer noch deutlich zeigten, seien weiterhin vorhanden. Letztlich seien es aber nicht die verschiedenen Diagnosen (die in Summe kein Widerspruch seien, sondern den Verlauf in seiner komplexen Phänomenologie zeigten), welche das versicherungspsychiatrische Zumutbarkeitsprofil bedingten, sondern die funktionellen Auswirkungen der Befunde (IV-Nr. 58 S. 7 f.).

Die Belastbarkeit als Ganzes sei erheblich reduziert, da die Beschwerdeführerin in der Aufmerksamkeit, Konzentration, den Denkvorgängen als Gesamtes, inhaltlich und formal

im Denken deutlich beeinträchtigt sei. Vor allem ergebe sich keine ausreichende Dauerbelastbarkeit für eine berufliche Eingliederung. Die Belastbarkeit schwanke zu stark. Es würden dissoziative Zustände auftreten, wohl durch implizit wahrgenommene Auslöser ähnlich Flashbacks, welche dann je nach Tätigkeit Unachtsamkeit und dadurch Gefahren am Arbeitsplatz und vermehrte Fehler bedingen könnten, aber auch Kontakte wie mit Kunden nicht im erforderlichen Ausmass zuverlässig möglich machten. Planen und Pläne umsetzen, sodass ein schrittweises Vorgehen möglich sei, sei aus der Untersuchung heraus beurteilt derzeit auch eingeschränkt (IV-Nr. 58 S. 8).

Aktuell sei eine berufliche Eingliederung in Richtung freie Wirtschaft psychiatrisch nicht zumutbar. Die Beschwerdeführerin brauche zunächst Stabilität und Sicherheit, dann könne in etwa ein bis eineinhalb Jahren bei Fortführen der laufenden Behandlung neu beurteilt werden. Die Behandlung durch Dr. med. C.____ mit den hypnotherapeutischen Elementen sei adäquat und geeignet, längerfristig eine Leistungsverbesserung zu erzielen (IV-Nr. 58 S. 8). Die Massage zu Hause könne bei freier Zeiteinteilung und je nach Zustand stundenweise möglich sein, jedoch nicht mehr als sechs bis zehn Sitzungen pro Woche. Als Verweistätigkeit komme eine stundenweise, ähnliche, zu Hause ausgeübte Tätigkeit in Betracht. Eine rentenbeeinflussende Erwerbstätigkeit am ersten Arbeitsmarkt sei derzeit nicht zumutbar (IV-Nr. 58 S. 8). Sie habe den Eindruck, dass die vorbestehende Persönlichkeit durch die nachfolgende im Sinne einer schwerer beeinträchtigten Persönlichkeit nun manifest geworden sei, daher habe sie es als Persönlichkeitsveränderung codiert. Letztlich sei aber nicht die Diagnose, sondern die funktionellen Auswirkungen entscheidend. Diese seien deutlich und relevant für die Leistungsfähigkeit. Hinweise auf Aggravation oder Simulation seien nicht zu finden gewesen (IV-Nr. 58 S. 8 f.).

6.1.2 Gestützt auf den Untersuchungsbericht von Dr. med. D.____ hielt RAD-Arzt Dr. med. E.____ sodann fest, dass für eine ausserhäusliche Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit gegeben sei (IV-Nr. 59). In der Folge veranlasste die Beschwerdegegnerin zudem eine Haushaltsabklärung: Gemäss Bericht von Abklärungsfachfrau G.____ vom 30. August 2010 sei von einem Status «50 % Erwerbstätigkeit : 50 % Haushaltarbeit» auszugehen (IV-Nr. 60 S. 3), wobei die Einschränkungen im Haushalt insgesamt 20 % betragen würden (IV-Nr. 60 S. 7). In Anwendung der gemischten Methode resultiere somit ein Gesamtinvaliditätsgrad von 60 % (IV-Nr. 8).

6.2 Im Zeitpunkt der Revisionsverfügung vom 23. Oktober 2017 präsentierte sich der medizinische Sachverhalt wie folgt:

6.2.1 In seinem Verlaufsbericht vom 2. März 2015 gab Dr. med. C.____ folgende Diagnosen an (IV-Nr. 78 S. 1 und 7 f.):

St. n. PTBS 2005 mit Chronifizierung und Reaktivierung einer Persönlichkeitsveränderung
ICD-10 F62.9: Nicht näher bezeichnete andauernde Persönlichkeitsänderung, wie Persönlichkeitsstörung bei komplex traumatisierten Personen. Teils vorbestehend, teils durch immer wiederkehrende jüngere Gewalterfahrungen in der funktionellen Auswirkung sich stark auswirkend.

Die Belastbarkeit sei, wie bereits in der Beurteilung des RAD vom 2. März 2010 (Bericht von Dr. med. D.____), erheblich reduziert; die Befunde betreffend Konzentration, Denkvorgänge seien heute ähnlich. Es gebe keine ausreichende Konzentration und Belastbarkeit für eine berufliche Eingliederung. Es würden immer noch auf implizit

wahrgenommene Auslöser hin dissoziative Zustände auftreten, welche zu Unachtsamkeit und «Abwesenheit» führten und dadurch das erforderliche Mass an Zuverlässigkeit im Kontakt mit Kunden nicht erlaubten. In diesem Zustand sei es auch schwierig, zu planen und sinnvolle Vorgehen zu definieren. Die Beschwerdeführerin benötige weiterhin Stabilität und Sicherheit, die aufgrund der jeweils auftretenden Schwierigkeiten immer wieder zunichte gemacht würden. Durch die Behandlung sei die Versicherte zwar in der Lage, viel eher über das Erlebte zu sprechen und es anzuschauen, sogar mögliche Coping-Strategien zu verstehen und zu akzeptieren, die aber beim nächsten «Schlag» nicht greifen würden, sodass man sich in einem Zustand wie «Treten an Ort» befinde, mit einigen Schritten vorwärts und wieder rückwärts. Daher beurteile er eine Rückkehr in die freie Wirtschaft im gleichen Masse nicht gegeben wie 2010. Niederschwellige berufliche Massnahmen könnten nur im stark geschützten Rahmen erfolgen, immer noch nicht mehr als sechs bis zehn Stunden pro Woche. Eine rentenbeeinflussende Erwerbstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt sei derzeit immer noch nicht zumutbar (IV-Nr. 78 S. 8).

6.2.2 Am 23. April 2015 führten Dr. med. H.____, Fachärztin für Allgemeine Medizin, RAD, sowie die zuständige Sachbearbeiterin der Beschwerdegegnerin mit der Beschwerdeführerin ein Revisionsgespräch durch. Gemäss Protokoll des Revisionsgesprächs habe die Versicherte zur aktuellen Situation angegeben, dass alles einfach nur schlimm sei. Sie funktioniere nur der Kinder wegen; diese dürften nicht merken, wie schlimm alles sei. Zum Tagesablauf habe die Versicherte ausgeführt, sie stehe am Morgen um 06:30 Uhr auf und mache Frühstück, weil die Kinder dann in die Schule müssten. Der Kleine gehe im Dorf in die Schule und komme am Mittag zum Essen nach Hause. Der Grosse gehe in eine Tagesschule und komme somit erst am Abend wieder nach Hause. Wenn die Kinder aus dem Haus seien: «Haushalten, Einkäufe machen, mit dem Hund laufen gehen und das Mittagessen zubereiten. Nach dem Essen wieder das Gleiche wie am Morgen.» Wenn die Kinder nach Hause kämen, mache sie mit ihnen die Hausaufgaben und komme einfach den Pflichten nach, die eine Mutter gegenüber den Kindern habe. Sie bereite das Nachtessen zu und um 21:00 bis 21:30 Uhr sei dann Bettruhe. Zur psychosozialen Situation befragt, habe die Versicherte angegeben, über kein gutes Netz zu verfügen und sich, so gut es gehe, zu isolieren. Aber wenn die Kinder etwas hätten, gehe sie immer, das sei ihr wichtig. Zur Einschätzung der beruflichen und medizinischen Situation seitens der Beschwerdegegnerin hielten Dr. med. H.____ und die zuständige Sachbearbeiterin fest, dass die Versicherte schon zu Beginn des Gesprächs auf die eingegangenen anonymen Meldungen (vgl. IV-Nr. 70 und 79) hingewiesen worden sei. Diese Informationen hätten heftige laute Weinkrämpfe ausgelöst, die Versicherte habe sich bis zum Ende des Gesprächs nicht beruhigen können. Die von ihr erbetenen Informationen seien sehr ungenau und zum Teil erst nach mehrfachem Nachfragen beantwortet worden. Die Situation sei unklar. Therapeutisch erhalte sie vom Hausarzt (Dr. med. C.____), mit dem sie (in Abständen von ein bis drei Wochen) psychotherapeutische Gespräche führe, homöopathische Globuli. Ein psychiatrisches Gutachten sei indiziert (vgl. Protokoll vom 23. April 2015 [IV-Nr. 83]).

6.2.3 Im von der Beschwerdegegnerin sodann eingeholten Gutachten von Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 8. September 2015 wurde folgende Diagnose gemäss ICD-10 gestellt (IV-Nr. 87.1 S. 21):

Neurasthenie (F48.0)

-beigemäss Aktennicht näher bezeichneter Persönlichkeitsänderung (F62.9)

-bei vielfältigen (psycho-)sozialen Belastungen

6.2.3.1 Zur Krankheitsentwicklung und den angegebenen Beschwerden der versicherten Person hielt Dr. med. B.____ Folgendes fest: Die Beschwerdeführerin berichte zuerst über ihren Lebenslauf. Dabei schildere sie die prekären familiären Lebensumstände als Klein- und Schulkind (unbekannter leiblicher Vater, mangelhafte Zuwendung und Unterstützung durch die leibliche Mutter, Schläge von der Mutter, häufige Umzüge, mehrere Partner der Mutter, vermehrter Konsum von Alkohol und Medikamenten durch die Mutter und den Stiefvater, sexueller Missbrauch durch den Stiefvater, Betreuung der Mutter durch die Beschwerdeführerin, Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Mutter und Stiefvater, Aufgaben im Haushalt etc.). Die Beschwerdeführerin weise auf rezidivierende zwischenmenschliche Konflikte und sexuelle Übergriffe zwischen 1999/2000 und 2011 in der Partnerschaft mit dem Vater ihrer beiden Kinder hin. Es bestünden bis heute Streitigkeiten. Der ehemalige Lebenspartner drohe ihr und verleumde sie (so habe er sie bei der Invalidenversicherung und der Hausbank denunziert). Ihm würden zudem sexuelle Handlungen mit «jungen Mädchen» vorgeworfen, ein entsprechendes Gerichtsverfahren sei pendent (IV-Nr. 87.1 S. 16).

In der Folge eines Überfalls am 9. August 2005 sei die Beschwerdeführerin schliesslich psychisch krank und dauerhaft arbeitsunfähig geworden. Sie sei damals schwanger gewesen. Als sie von einem Einkauf zum Parkplatz zurückgekehrt sei, sei sie «geschlagen und in den PW gedrückt» worden. Sie habe keine weitere Erinnerung an das Ereignis. Sie sei selbständig ins Spital gefahren. Dort habe man sich allerdings nicht angemessen um sie gekümmert. Sie habe «Abschürfungen an der Stirn» und eine «Beule» gehabt. Das linke Handgelenk sei schmerzhaft gewesen. Sie sei erst auf ihr Drängen hin gynäkologisch untersucht worden. Seit diesem Überfall leide sie unter Schlafstörungen. Sie habe muskuläre Verspannungen und rezidivierende Schmerzen im Nacken und in den Schultern. Ihr Appetit sei unregelmässig. Sie sei rasch erschöpft, oft vergesslich, unkonzentriert und immer wieder weinerlich verstimmt. Sie denke manchmal vermehrt an Tod und Sterben. Ihr Befinden sei aber tageweise sehr wechselhaft aufgeprägt. Sie sei schreckhaft. Wenn sie in «Menschenmengen» sei und/oder «gewisse Typen» sehe, dann werde ihr «plötzlich ganz unwohl» und sie zittere. Zu diesen Schilderungen der Beschwerdeführerin merkte Dr. med. B.____ an, ihre Angaben blieben auch auf mehrfache empathische Nachfrage vage, allgemein, unklar und oberflächlich. Diese Beschwerden seien «jedenfalls nicht lustig», betone die Versicherte. Sie reagiere auch ängstlich auf die Drohungen ihres ehemaligen Lebenspartners. Deshalb ziehe sie sich sozial zurück. Aber für ihre beiden Kinder engagiere sie sich sehr. Sie überwinde sich, beherrsche sich selbst und lasse die Kinder ihre Sorgen und Beschwerden nicht erkennen (IV-Nr. 87.1 S. 16 f.). Die Erziehung der Kinder sei anstrengend. Ein Kind leide unter Mobbing und besuche die Kleinklasse. Beide Kinder würden psychologisch bzw. logopädisch betreut. Es bestehe die Möglichkeit, eine «Entlastungsfamilie» zu nutzen, bei der die Kinder einmal monatlich ein Wochenende verbringen würden (IV-Nr. 87.1 S. 17).

Gemäss Angaben der Beschwerdeführerin verbringe sie den Tag strukturiert. Sie kümmere sich vor allem um ihre Kinder und verbringe Freizeitaktivitäten mit ihnen. Sie bereite die Mahlzeiten zu. Den Haushalt besorge sie selbständig je nach ihrem Befinden. Sie verrichte Gartenarbeit. Sie gehe mit dem Hund spazieren, treffe sich ab und zu mit Kollegen und sehe wenig fern. Zuletzt sei sie im Sommer 2015 mit ihren Kindern und einem «guten Freund» auf einem Ausflug im Europapark gewesen. Dieser Bekannte unterstütze sie und ihre

Kinder in verschiedenen sozialen und Freizeitaktivitäten. Dr. med. B.____ fügte hierzu an, dass weitere Angaben auch auf Nachfrage ausweichend geblieben seien (IV-Nr. 87.1 S. 17).

Eine ambulante Behandlung nehme die Versicherte seit circa 2001 bei Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, in Anspruch. Seine (auch «psychologischen und psychosomatischen») Interventionen seien der Beschwerdeführerin sehr wichtig. Sie seien hilfreich. Es fänden alle ein bis zwei Wochen Gespräche statt. Zudem würden unregelmässig homöopathische Medikamente genutzt. Regelmässig (täglich) nehme die versicherte Person Buscopan zu sich. Eine voll- und/oder teilstationäre psychologische, psychosomatische und/oder psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei nie durchgeführt worden. Eine ambulante fachpsychologische und psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie habe die Beschwerdeführerin «kurze Zeit» 2007/2008 bei lic. phil. I.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, und pract. med. J.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, wahrgenommen. Dort habe sie sich aber nicht ernst genommen gefühlt, weshalb sie die Therapie abgebrochen habe (IV-Nr. 87.1 S. 17).

Der Verlauf der (subjektiven) Beschwerden seit 2005 sei sehr wechselhaft. Im Vordergrund stünden eine unspezifische Ängstlichkeit, eine verminderte Belastbarkeit und eine rasche Erschöpfung. Teilweise gehe es der Beschwerdeführerin besser. Sie habe sich beispielsweise dazu entschlossen, bei einer Rechtsanwältin Unterstützung zu suchen, um sich gegen ihren ehemaligen Lebenspartner zu wehren. Sie plane eine Strafanzeige gegen ihn wegen mehrfacher sexueller Vergewaltigung. Sie wolle «endlich aus der Opferrolle herauskommen». Es gehe ihr «besser als auch schon». Es gehe ihr je nach den äusseren Belastungen «einmal besser, einmal schlechter». Es sei eben schwer zu sagen. «Der Druck» werde schliesslich nicht geringer. Die Verlängerung der Hypothekarkredite stehe an, wozu die Unterschrift des ehemaligen Lebenspartners benötigt werde, was einen weiteren Konflikt provoziere. Ergänzend habe die Beschwerdeführerin festgestellt, dass sie «sich immer viel Mühe gebe». Sie leide darunter, auf Hilfe anderer angewiesen zu sein. Es belaste sie, wenn sie sich vom ehemaligen Lebenspartner, von der Hausbank und von der IV ungerecht behandelt und entwertet fühle. Abschliessend habe sich die Beschwerdeführerin für «das gute und angenehme Gespräch» bedankt; die Untersuchung sei in «freundlicher und gefälliger» Atmosphäre durchgeführt worden (IV-Nr. 87.1 S. 17 f.).

6.2.3.2 Zum Psychostatus führte Dr. med. B.____ aus, die versicherte Person sei von mittelgrosser und kräftiger bis adipöser Gestalt. Sie sei gepflegt und der Allgemeinzustand sei gut. Die Psychomotorik sei entspannt, flexibel und lebendig. Der Antrieb sei normgerecht. Körperhaltung, Gang, Mitbewegungen der Arme und Beine sowie die weitere Gestik und Mimik seien ebenfalls unauffällig. Eine Sprechstörung bestehe nicht. Hinweise auf quälende dauerhafte Schmerzen und/oder schmerzbedingte Beeinträchtigungen der Bewegung seien nicht objektivierbar. Das Gesprächsverhalten der Beschwerdeführerin sei freundlich, zugewandt und kooperativ. Ihre soziale Kompetenz sei gut. Sie berichte aktiv, spontan, sehr flüssig, gut strukturiert und differenziert. In der Interaktion sei sie emotional expressiv. Eine Verdeutlichungsstendenz sei vorhanden. Im Bewusstsein sei die Versicherte wach und zu allen Qualitäten orientiert. Im formalen Denken sei sie logisch und kohärent. Es bestünden keine Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen (Wahn- und/oder Zwangssphänomene). Intelligenz, Auffassung, Merkfähigkeit und Konzentration seien unauffällig (im Gegensatz zur subjektiven Einschätzung). Daten würden ungenau genannt. Das Gedächtnis sei darüber hinaus intakt. Hinweise auf Wahrnehmungs- und/oder

Ich-Störungen fänden sich keine. Im Affekt sei die Beschwerdeführerin ausgeglichen, ernst und sehr gut moduliert. Ab und zu lächle, lache und scherze sie situativ angemessen. Sie reagiere weinerlich, klagsam und jammerig, als sie Angaben zum Überfall im August 2005 sowie zu den zwischenmenschlichen Konflikten mit ihrem ehemaligen Lebenspartner formuliere. Ein affektiver Rapport komme gut zustande. Es fänden sich anlässlich der Untersuchung ausdrücklich keine objektiven Hinweise auf ein andauerndes Gefühl der Versicherten von Betäubtsein, auf emotionale Stumpfheit, auf Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, auf Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, auf vegetative Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung und/oder auf eine übermässige Schreckhaftigkeit. Von Suizidalität sei die Beschwerdeführerin distanziert (IV-Nr. 87.1 S. 18 f.).

6.2.3.3 Zum durchgeführten «MADRS»-Test hielt Dr. med. B.____ fest, es handle sich dabei um ein allgemein anerkanntes Fremdbeurteilungsverfahren zur psychometrischen Beurteilung depressiver Symptome. Aufgrund der ermittelten Werte (11 Punkte) könne ein depressives Syndrom bei der Versicherten nicht objektiviert werden (ab 14 Punkten sei ein leichtes, ab 19 Punkten ein mittelgradiges und bei über 25 Punkten ein schweres depressives Syndrom anzunehmen; IV-Nr. 87.1 S. 19 f.). Im klinischen Persönlichkeitstest «MMPI-2» bestätigten die Angaben zur Gültigkeit ein wahrscheinlich gültiges Protokoll. Die Psychopathologie gelte als mässig schwer. Die Antworten der Beschwerdeführerin zeigten jedoch eine extreme Zustimmungstendenz, eine Überbetonung von Krankheitssymptomen und eine Aufmerksamkeitserheischung, weshalb zumindest eine Verdeutlichungstendenz bzw. Aggravation (wenn nicht gar Simulation) anzunehmen sei. Es fänden sich deutlich erhöhte Werte bei Depression, Hysterie/Konversionsstörung, Psychopathie, Paranoia und Psychasthenie. Die Versicherte klagte über körperliche Symptome in Versagenssituationen. Sie zeige sich zurückgezogen, verzagt, verlangsamt, ängstlich, feindselig, rachsüchtig, rigide und depressiv. Sie sei äusserst suggestibel, kindlich und hemmungslos. Autoritäts-, Beziehungs- und Arbeitsplatzprobleme würden auftreten (IV-Nr. 87.1 S. 20 f.).

6.2.3.4 In seiner fachärztlichen Beurteilung führte der Gutachter sodann aus, zusammenfassend sei im Fall der versicherten Person von der Diagnose einer Neurasthenie (ICD-10 F48.0) auszugehen. Die Neurasthenie habe sich bei vielfältigen (psycho-)sozialen Belastungen sowie bei (gemäss Akten) einer Persönlichkeitsänderung (ICD-10 F62.9) in der Folge eines Überfalls im August 2005 entwickelt. Diese Persönlichkeitsänderung werde nicht näher bezeichnet. Sie sei ab März 2010 als andauernd anzunehmen (IV-Nr. 87.1 S. 27) und sei bei der damaligen Beurteilung im Vordergrund gestanden. Funktionelle Einschränkungen aufgrund objektiver psychopathologischer Befunde seien dabei die Begründung für eine Minderung der Arbeitsfähigkeit gewesen. Diese funktionellen Einschränkungen seien aufgrund der aktuellen Untersuchung am 26. August 2015 nicht mehr zu bestätigen. Die zugrundeliegenden objektiven psychopathologischen Befunde seien nicht mehr vorhanden. Die bereits bis August 2005 zumindest teilweise hilfreichen «Coping-Strategien» stünden wieder zur Verfügung (IV-Nr. 87.1 S. 27).

Im ICD-10 werde zur Neurasthenie ausgeführt, dass sich im Erscheinungsbild dieser Störung beträchtliche Unterschiede zeigten. Es seien zwei Hauptformen zu unterscheiden: Bei einer Form sei das Hauptcharakteristikum die Klage über vermehrte Müdigkeit bei geistiger Anstrengung, häufig mit einer abnehmenden Arbeitsleistung oder Effektivität bei der Bewältigung täglicher Aufgaben. Die geistige Ermüdbarkeit werde typischerweise als unangenehmes Eindringen ablenkender Assoziationen oder Erinnerungen beschrieben, als

Konzentrationschwäche und allgemein uneffektives Denken. Bei der anderen Form liege das Schwergewicht auf Gefühlen körperlicher Schwäche und Erschöpfung nach nur geringer Anstrengung, begleitet von muskulären oder anderen Schmerzen und der Unfähigkeit, zu entspannen. Bei beiden Typen finde sich eine ganze Reihe von anderen unangenehmen körperlichen Empfindungen wie Schwindelgefühlen, Spannungskopfschmerzen, Gefühl einer allgemeinen Unsicherheit. Sorge über abnehmendes geistiges und körperliches Wohlbefinden, Reizbarkeit, Freudlosigkeit und unterschiedliche, leichtere Grade von Depression und Angst seien üblich. Der Schlaf sei häufig in der anfänglichen und mittleren Phase gestört, es könne aber auch Hypersomnie («vermehrtes Schlafbedürfnis») im Vordergrund stehen (IV-Nr. 87.1 S. 28).

Diese diagnostischen Kriterien würden von der Beschwerdeführerin erfüllt. Die von ihr gegenwärtig geschilderten Symptome seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht durch die Diagnose der Neurasthenie ausreichend und vollständig erklärbar. Im Vordergrund stünden Konzentrationsstörungen und eine fehlende (vor allem emotionale) Belastbarkeit. Die sehr wechselhafte Ausprägung der (weit überwiegend subjektiven) Beschwerden stehe dabei gemäss Einschätzung der Versicherten selbst und ihres langjährig behandelnden Hausarztes, Dr. med. C.____, im Zusammenhang mit psychosozialen Belastungen (IV-Nr. 87.1 S. 28 f.). Beim Verlauf der Störung der Beschwerdeführerin seien nämlich vielfältige (psycho-)soziale Faktoren zu benennen wie beispielsweise rezidivierende partnerschaftliche Konflikte, gegenwärtig geplante Strafanzeige; Erziehungsschwierigkeiten, alleinerziehend sein, Krankheiten der Kinder; finanzielle Sorgen, Schulden; langjähriger Rentenbezug; Lebensalter; Lage am Arbeitsmarkt; Konflikte mit Hausbank, Steuerverwaltung und IV. Diese Gesichtspunkte seien vor allem therapeutisch und/oder sozialarbeiterisch relevant und würden nicht (weder positiv, noch negativ) in die vorliegende Beurteilung einer medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer allfälligen Tätigkeit aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht mit eingehen (krankheitsfremd, «invaliditätsfremd»). Diese Faktoren beeinträchtigten die Motivation zur Leistungssteigerung deutlich. Sie erklärten auch weit überwiegend die anlässlich der aktuellen Untersuchung erkennbare grosse Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person. Bei der Beschwerdeführerin seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer (medizinischer) Sicht keine weiteren Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und/oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten (beispielsweise durch krankheitsbedingt fehlende Ressourcen und/ oder durch eine fehlende Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte). Ein allfällig relevantes Schmerzsyndrom sowie eine eigenständige Panikstörung (ICD-10 F41.0), generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1), posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) und/oder depressive Episode (ICD-10 F32) seien nicht vorhanden und würden in den Akten seit März 2010 auch nicht mehr beschrieben (IV-Nr. 87.1 S. 29).

6.2.3.5 Im Rahmen der versicherungspsychiatrischen Diskussion sei somit festzustellen, dass die Gesundheitsstörung im Fall der Beschwerdeführerin aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht als sehr gering ausgeprägt einzustufen sei. Eine relevante ($\geq 20\%$ von 100%) Arbeitsunfähigkeit sei aufgrund der Neurasthenie (ICD-10 F48.0) zu keinem Zeitpunkt begründbar (IV-Nr. 87.1 S. 30).

Bei der Beschwerdeführerin bestehe zudem eine bewusstseinsnahe Aggravation. Diese Verhaltensmöglichkeit sei bereits am 11. November 2008 von med. pract. F.____, Facharzt

FHM für Psychiatrie und Psychotherapie, beschrieben worden. Es sei gegenwärtig eine erhebliche, nicht krankheitsbedingte Diskrepanz zwischen subjektiver Schilderung der kognitiven und emotionalen Beschwerden einerseits, gegenüber dem beobachtbaren Verhalten und den objektivierbaren psychopathologischen Befunden andererseits festzustellen. Die Versicherte beschreibe ihre Defizite ausweichend, vage, allgemein, unklar und oberflächlich (IV-Nr. 87.1 S. 30).

Der Vollständigkeit halber sei sodann auf weitere Standardindikatoren hinzuweisen: So sei der Gesundheitsschaden auch gemäss Schilderung der versicherten Person selbst als gering und nicht dauerhaft ausgeprägt einzuordnen. Sie habe regelmässig aktiv am Arbeitsmarkt teilgenommen und sie beschreibe eine tatsächliche Überwindbarkeit ihrer innerseelischen Defizite mit entsprechender Anstrengung, um beispielsweise mit ihren Kindern Freizeitaktivitäten (inkl. Reisen) auszuüben. Die Beschwerden seien im Verlauf sehr wechselhaft. Was die Aspekte der Persönlichkeit anbelange, hätten solche (in Form einer nicht näher bezeichneten andauernden Persönlichkeitsänderung [ICD-10 F62.9]) im Bericht von Dr. med. D.____ vom 15. März 2010 im Vordergrund gestanden. Funktionelle Einschränkungen (aufgrund objektiver psychopathologischer Befunde) seien dabei die Begründung für eine Minderung der Arbeitsfähigkeit gewesen. Diese funktionellen Einschränkungen seien aufgrund der aktuellen Untersuchung am 26. August 2015 nicht mehr zu bestätigen. Die zugrundeliegenden objektiven psychopathologischen Befunde seien nicht mehr vorhanden. Die bereits bis August 2005 zumindest teilweise hilfreichen «Coping-Strategien» stünden wieder zur Verfügung. Allfällige akzentuierte («residuale») Persönlichkeitszüge der versicherten Person stellten Varianten der Norm im Sinne von Eigenheiten der Person dar, die von sich aus alleine keinen Krankheitswert besässen. Persönlichkeitszüge begründeten grundsätzlich auch keine fehlende Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte. Im Fall der Beschwerdeführerin sei im Gegenteil darauf hinzuweisen, dass aufgrund der selbständig erreichten Abstinenz von Tabak, des geringen Gebrauchs von Alkohol und des fehlenden Konsums weiterer nicht ärztlich verordneter psychotroper Substanzen zumindest angemessene innerseelische Ressourcen anzunehmen seien. Eine (allfällig zusätzliche) Minderung der Arbeitsfähigkeit sei somit nicht (mehr) zu begründen (IV-Nr. 87.1 S. 31).

6.2.3.6 Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich seit der Rentenzusprache verändert. Für die Frage, seit wann eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bestehe, sei auf den Bericht von Dr. med. D.____ vom 15. März 2010 zu verweisen. Zum zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit hielt Dr. med. B.____ nochmals fest, dass die diagnostizierte Neurasthenie und die damit verbundenen sehr gering ausgeprägten objektivierbaren Defizite aus psychiatrisch-psychotherapeutischer (medizinischer) Sicht zu keinem Zeitpunkt eine relevante ($\geq 20\%$ ige von 100 %) längerfristige Arbeitsunfähigkeit begründeten. Es seien keine besonderen Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und/oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten. Von dieser Einschätzung könne ab Datum der aktuellen Untersuchung (26. August 2015) ausgegangen werden. Ob und gegebenenfalls ab wann genau bereits zwischen März 2010 und August 2015 darauf abgestellt werden könne, sei aufgrund fehlender fachärztlicher psychiatrisch-psychotherapeutischer Beurteilungen nach März 2010 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzugeben. Mit Bericht vom 2. März 2015 bestätige Dr. med. C.____ zwar die Angaben und Einschätzungen von Dr. med. D.____ vom 15. März

2010 vollständig. Dies formuliere bzw. übernehme er jedoch weit überwiegend wörtlich. Weitere versicherungsmedizinisch relevante (eigenständige) Angaben würden aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nicht formuliert. Insofern sei diese Einschätzung als persönliche Meinung des Hausarztes zur Kenntnis zu nehmen, ohne sie kritisch nachvollziehen zu können (IV-Nr. 87.1 S. 32 f.; siehe auch IV-Nr. 87.1 S. 30).

6.2.4 Am 5. November 2015 nahm Dr. med. C. ___ Stellung zum psychiatrischen Gutachten und führte u.a. aus, der Diagnoseliste von Dr. med. B. ___ sei noch eine schwere Depression (ICD-10 F32.2) hinzuzufügen. Die Diagnose einer nicht näher bezeichneten andauernden Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F62.9) bestehe nicht nur «gemäss Akten» (IV-Nr. 91 S. 4). Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich seit der Rentenzusprache nur unwesentlich verändert, wenn überhaupt. Einzig der Umgang damit sei besser geworden, indem die Patientin bei Schwierigkeiten viel früher in die Sprechstunde komme als noch vor einigen Jahren und sich nicht mehr zurückziehe (IV-Nr. 91 S. 6). Objektiv seien die funktionellen Störungen immer noch so, dass maximal sechs Stunden pro Woche einer Aktivität ausserhalb des Haushaltes nachgegangen werden könnte. Auch für die Haushaltsarbeiten sei die Beschwerdeführerin teilweise auf fremde Hilfe angewiesen (IV-Nr. 91 S. 7).

6.2.5 Mit Stellungnahme vom 14. Dezember 2015 hielt RAD-Ärztin Dr. med. H. ___ fest, seit dem Bericht von Dr. med. D. ___ vom 15. März 2010 habe durch Dr. med. B. ___ im Rahmen seines psychiatrischen Gutachtens vom 8. September 2015 eine Verbesserung der psychiatrischen Problematik der Versicherten festgestellt werden können. Seit der Begutachtung durch Dr. med. B. ___ könne von einer vollen Arbeitsfähigkeit der Versicherten ausgegangen werden. Auch im Bereich der Haushaltstätigkeit seien seit diesem Zeitpunkt keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gegeben. Ihre Neurasthenie schränke die Versicherte in der Arbeitsfähigkeit nicht ein. Jedoch sehe sich die Versicherte durch etliche (psycho-)soziale Faktoren belastet, so dass sich eine Wiedereingliederung in das Berufsleben schwierig gestalten könne (IV-Nr. 93 S. 2).

6.2.6 Mit Bericht vom 28. Januar 2016 (IV-Nr. 98) nahm Dr. med. C. ___ ■ unter Beilage eines Einwandschreibens der Beschwerdeführerin mit der Auflistung ihrer subjektiven Beschwerden (IV-Nr. 98 S. 6 f.) ■ zum Vorbescheid der Beschwerdegegnerin vom 6. Januar 2016 (IV-Nr. 94) Stellung. Die Reaktion auf den Vorbescheid habe die Beschwerdegegnerin selber hautnah erlebt ■ sie habe (nach einem Telefon der Beschwerdeführerin [vgl. IV-Nr. 98 S. 7]) den Notruf angerufen und ihr die Ambulanz mit Polizei vorbeigeschickt. Nachdem die Versicherte die Rettungshelfer habe überzeugen können, dass sie sich wegen der Kinder nichts antun werde, sei sie zu ihm in die Praxis gekommen. Er habe eine in ihrer psychischen Entwicklung um (fünf bis zehn) Jahre zurückgeworfene Patientin vorgefunden. Alle bisher erreichten therapeutischen Besserungen seien zerstört und man könne die Therapie wieder von vorne beginnen (IV-Nr. 98 S. 1).

Diagnostisch entsprächen die Symptome einer schweren Depression (ICD-10 F32.2) und einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1) mit häufigen Panikattacken (ICD-10 F41.0; IV-Nr. 98 S. 3). Bei der Beschwerdeführerin sei nicht die Müdigkeit die Hauptklage, sondern die Angst, die Panikattacken, die Schreckhaftigkeit, die Wertlosigkeit, die Handlungsunfähigkeit und die vor allem morgendliche Schlaflosigkeit. Die Panikattacken träten unverhofft, bei unangemessenen Auslösern, auf. Es bestehe eine andauernde ängstliche Haltung mit wechselnden körperlichen Beschwerden. Die Suizidalität sei

gedanklich immer präsent, einzig wegen den Kindern nicht in die Tat umgesetzt. Deshalb könne nicht von einer Neurasthenie ausgegangen werden, vielmehr seien die Kriterien sowohl für eine schwere Depression als auch für eine Angststörung vorhanden und wechselnd dominierend. Die Angststörung sei vor der depressiven Verstimmung vorhanden gewesen. Aufgrund der Angst, der Panikattacken, der Schreckhaftigkeit, der Blockierungen, der Ermüdbarkeit, der psychovegetativen Begleiterscheinungen sei eine Arbeitsfähigkeit definitiv nicht gegeben. Der gesundheitliche Zustand habe sich innerhalb des letzten Jahres wieder massiv verschlechtert, von einer Besserung könne keine Rede sein. Die schwere Depression sei deutlich vorhanden. Eine generalisierte Angststörung mit Panikattacken sei wieder vorhanden. Die Konzentrationsstörungen, die fehlende Belastbarkeit und die psychosozialen Belastungen seien aus eigener Kraft nicht zu überwinden. Von einer alleinigen Neurasthenie könne niemals gesprochen werden. Einer angepassten Tätigkeit könne nicht nachgegangen werden. Dass im Haushalt keine Einschränkungen bestünden, entspreche nicht der Wahrheit. Die Versicherte brauche mehrmals pro Woche fremde Hilfe (IV-Nr. 98 S. 4 f.).

6.2.7 Auf Nachfrage des RAD (vgl. IV-Nr. 104) nahm Dr. med. B.____ am 25. Juli 2017 zur Eingabe von Dr. med. C.____ vom 28. Januar 2016 (IV-Nr. 98; vgl. E. II. 6.2.6 hievore) wie folgt Stellung (IV-Nr. 106 S. 1 ff.): Aufgrund der Angaben im Bericht vom 28. Januar 2016 sei von einer akuten Belastungsreaktion der versicherten Person auf den Vorbescheid auszugehen. Diese Reaktion werde pauschal benannt, objektive psychopathologische Befunde würden nicht formuliert. Dr. med. C.____ referiere unter «Aktuelle Befunde: Objektiv» subjektive Angaben der Beschwerdeführerin (zum Beispiel Schlafstörungen, Glieder- und Rückenschmerzen, Selbstwertlosigkeit) und pauschal allgemeine Fachbegriffe (wie zum Beispiel Kontrollzwänge), ohne sie mit Bezug zur Versicherten zu substantiieren, wobei auch der zeitliche Bezug (aktuell im Rahmen der Belastungsreaktion und/oder seit längerer Zeit bestehend) unklar bleibe. Darüber hinaus äussere Dr. med. C.____ Kritik am psychiatrischen Gutachten, die jedoch ebenfalls nicht substantiiert werde. Seine allgemeinen diagnostischen Überlegungen und die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit könnten aus versicherungspsychiatrischer Sicht mit Bezug zur versicherten Person nicht bestätigt werden. Dr. med. C.____ verweise vor allem auf die vielfältigen sozialen Belastungen (Konflikt der Versicherten mit ihrem ehemaligen Lebenspartner; polizeiliche Ermittlungen; Gerichtsverhandlungen; Konflikt des ehemaligen Lebenspartners mit den Kindern; Verhaltensauffälligkeiten und Schulschwierigkeiten der Kinder mit Intervention durch KESB/Familienbetreuung/Beratungsstelle K.____; finanzielle Sorgen und Konflikt mit der Bank; unsichere Wohnsituation), die bereits im August 2015 bekannt gewesen und im Gutachten gewürdigt worden seien. Dr. med. C.____ gehe seinerseits nicht darauf ein, dass im Fall der versicherten Person im August 2015 eine bewusstseinsnahe Aggravation bestanden habe. Im Kommentar zum Bericht vom 28. Januar 2016 wiederhole die Beschwerdeführerin die bereits im August 2015 genannten subjektiven Beschwerden («Schlafstörungen, zum Teil Essstörungen, nicht belastbar, schreckhaft, wenigstens ein bisschen funktionieren») und die (auch von Dr. med. C.____ aufgeführten) bekannten vielfältigen sozialen Belastungen. Zur im Gutachten referierten Aussage, dass sie den Haushalt selbständig besorge je nach ihrem Befinden, stelle die Versicherte fest, sie sei nicht in der Lage, ohne Hilfe ihren Haushalt zu organisieren. Dies sei zur Kenntnis zu nehmen. Aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht ergäben sich keine neuen Sachverhaltselemente, mit denen eine Änderung seiner Gesamtbeurteilung (insbesondere der Einschätzung des Gesundheitszustandes der versicherten Person und ihrer

Arbeitsfähigkeit), wie er sie im Gutachten vom 8. September 2015 dargestellt habe, begründet werden könne.

6.2.8 Dr. med. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, hielt mit Bericht vom 9. August 2017 fest, das monodisziplinäre psychiatrische Gutachten von Dr. med. B.____ sei umfassend, in Kenntnis der Vorakten erstellt worden, beruhe auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtige die geklagten Beschwerden, diskutiere IV-fremde Faktoren und Diskrepanzen mit anderen medizinischen Einschätzungen und sei in der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und der daraus resultierenden Einschätzung der Arbeits(un)fähigkeit nachvollziehbar. Die Antworten des Gutachters auf den medizinischen Teil des Einwandes der Versicherten gegen den auf dem Gutachtenergebnis beruhenden IV-Vorbescheid ergäben ebenfalls keine neuen medizinischen Gesichtspunkte. Es könne somit an den Antworten gemäss RAD-Stellungnahme vom 14. Dezember 2015 (vgl. E. II. 6.2.5 hievon) festgehalten werden. Weitere medizinische Abklärungen drängten sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht auf (IV-Nr. 108 S. 2 f.).

7. Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 23. Oktober 2017 (IV-Nr. 109; A.S. 1 ff.) im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. B.____ vom 8. September 2015 (IV-Nr. 87.1; vgl. E. II. 6.2.3 hievon) stützt, ist zu prüfen, ob diesem Gutachten Beweiswert zukommt:

7.1 Das Gutachten von Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. II. E. 5.2 hiervon) grundsätzlich in allen Punkten gerecht: So wurde die Beschwerdeführerin am 26. August 2015 (zwischen 09:00 Uhr und 11:40 Uhr) einer ausführlichen fachärztlich-psychiatrischen Exploration unterzogen (IV-Nr. 87.1 S. 1, 5 ff., 16 ff., 19 ff.), wobei auch die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden mitberücksichtigt wurden (vgl. insbesondere IV-Nr. 87.1 S. 16 ff.). Ausser den erhobenen objektiven Befunden (IV-Nr. 87.1 S. 18 ff.) wurden zwei Zusatzuntersuchung (MADRS und Kurzform des MMPI-2) durchgeführt (vgl. IV-Nr. 87.1 S. 19 ff.). Damit beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen. Durch das Zusammentragen sämtlicher aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht relevanter medizinischer Akten in chronologischer Reihenfolge (IV-Nr. 87.1 S. 2 ff., 8 ff.) wurde das Gutachten zudem in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Zudem sind die ■ unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 erfolgt (vgl. IV-Nr. 87.1 S. 29 ff.) ■ Ausführungen des Gutachters nachvollziehbar und schlüssig: Aufgrund der durch Dr. med. B.____ bei seiner psychiatrischen Exploration erhobenen Befunde (guter Allgemeinzustand, gepflegtes Erscheinen; Psychomotorik entspannt, flexibel und lebendig; Antrieb normgerecht; Körperhaltung, Gang, Mitbewegungen der Arme und Beine sowie weitere Gestik und Mimik unauffällig; keine Sprechstörung; Hinweise auf quälende dauerhafte Schmerzen und/oder schmerzbedingte Beeinträchtigungen der Bewegung nicht objektivierbar; Gesprächsverhalten freundlich, zugewandt und kooperativ; soziale Kompetenz gut; berichte aktiv, spontan, sehr flüssig, gut strukturiert und differenziert; in der Interaktion emotional expressiv; Verdeutlichungstendenz vorhanden; im Bewusstsein wach und zu allen Qualitäten orientiert; formales Denken logisch und kohärent; keine Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen [Wahn-/Zwangsphänomene]; Intelligenz, Auffassung, Merkfähigkeit und Konzentration unauffällig [im Gegensatz zur subjektiven Einschätzung]; Daten ungenau genannt, Gedächtnis darüber hinaus intakt; keine Hinweise auf Wahrnehmungs- und/oder

Ich-Störungen; im Affekt ausgeglichen, ernst und sehr gut moduliert [ab und zu lächle, lache und scherze sie situativ angemessen]; Reaktion weinerlich, klagsam und jammerig bei Angaben zu Überfall im August 2005 sowie zu zwischenmenschlichen Konflikten mit ehemaligem Lebenspartner; gut zustande kommender affektiver Rapport; anlässlich Untersuchung ausdrücklich keine objektiven Hinweise auf ein andauerndes Gefühl von Betäubtsein, auf emotionale Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, vegetative Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung und/oder übermässige Schreckhaftigkeit; von Suizidalität distanziert; vgl. IV-Nr. 87.1 S. 18 f. und E. II. 6.2.3.2 hievor) vermag die gutachterliche Beurteilung zu überzeugen, wonach sich die mit der im März 2010 durch Dr. med. D.____ diagnostizierten nicht näher bezeichneten andauernden Persönlichkeitsänderung (ICD-10 F62.9) zusammenhängenden objektiven psychopathologischen Befunde und die dadurch bewirkten funktionellen Einschränkungen (vgl. dazu E. II. 6.1.1 hievor) aufgrund der aktuellen Untersuchung nicht mehr bestätigen liessen und die bis zum Überfall im August 2005 zumindest teilweise hilfreichen «Coping-Strategien» wieder zur Verfügung stünden (IV-Nr. 87.1 S. 28, 31). So sind denn auch aus dem von Dr. med. B.____ erhobenen Psychostatus (vgl. E. II. 6.2.3.2 hievor) ■ im Gegensatz zu dem von Dr. med. D.____ ermittelten (vgl. E. II. 6.1.1 hievor) ■ nur noch geringfügige Einschränkungen ersichtlich. Vor diesem Hintergrund wurde die ausdrücklich gestellte Frage, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache verändert habe, von Dr. med. B.____ denn auch klar bejaht (IV-Nr. 87.1 S. 32). Der Gutachter legte in der Folge nachvollziehbar dar, dass die von der Beschwerdeführerin geschilderten Symptome durch die Diagnose der Neurasthenie (ICD-10 F48.0) ausreichend und vollständig erklärbar seien, wobei Konzentrationsstörungen und eine fehlende (vor allem emotionale) Belastbarkeit im Vordergrund stünden (IV-Nr. 87.1 S. 28). Aufgrund der grossen Diskrepanz zwischen den gutachterlich erhobenen objektiven Befunden und den von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden leuchtet im Weiteren auch ein, dass Dr. med. B.____ letztere als «weit überwiegend subjektiv» einstuft (IV-Nr. 87.1 S. 28). Mit Blick auf die gutachterlich erörterten vielfältigen psychosozialen Belastungsfaktoren (IV-Nr. 87.1 S. 29), welche gemäss Aussage der Versicherten für den «sehr wechselhaften» Verlauf ihrer (subjektiven) Beschwerden verantwortlich seien (IV-Nr. 87.1 S. 17, 23; siehe auch den Bericht des Hausarztes vom 2. März 2015 [E. II. 6.2.1], aus dem ebenfalls hervorgeht, dass die Ausprägung der Symptome im Zusammenhang mit psychosozialen Belastungen stehe [vgl. IV-Nr. 87.1 S. 27; siehe auch E. II. 7.2.1 hienach]), überzeugt die Beurteilung des Gutachters, wonach diese psychosozialen Faktoren die Motivation der Beschwerdeführerin zur Leistungssteigerung deutlich beeinträchtigten und sie auch weit überwiegend die anlässlich der aktuellen Untersuchung erkennbare grosse Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit erklärten (IV-Nr. 87.1 S. 29). Es zeigten sich dem Gutachter aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht sodann keine weiteren Hinweise, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und/oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung (z.B. durch krankheitsbedingt fehlende Ressourcen und/oder fehlende Kapazität zur Verarbeitung innerseelischer Konflikte) begründen könnten. Vor diesem Hintergrund ist plausibel, dass Dr. med. B.____ das Vorliegen anderweitiger Störungen (wie ein allfällig relevantes Schmerzsyndrom sowie eine eigenständige Panikstörung, generalisierte Angststörung, posttraumatische Belastungsstörung und/oder depressive Episode) verneint hat (IV-Nr. 87.1 S. 29), wofür im Übrigen auch die Ergebnisse der durchgeführten Zusatzuntersuchungen

(vgl. E. II. 6.2.3.3 hievor) sprechen. So wies die Beschwerdeführerin bei der Montgomery Asberg Rating Scale (MADRS) total elf Punkte auf, womit kein depressives Syndrom objektiviert werden konnte (IV-Nr. 87.1 S. 19 f.). Im ebenfalls durchgeführten Persönlichkeitstest MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2, Kurzform) hätten die Antworten der Beschwerdeführerin ausserdem eine extreme Zustimmungstendenz, eine Überbetonung von Krankheitssymptomen und eine Aufmerksamkeitserheischung gezeigt, weshalb zumindest eine Verdeutlichungstendenz bzw. Aggravation (wenn nicht gar Simulation) anzunehmen sei (IV-Nr. 87.1 S. 20 f.). In Anbetracht dieses Testergebnisses sowie der bereits erwähnten erheblichen (nicht krankheitsbedingten) Diskrepanz zwischen subjektiver Schilderung der kognitiven und emotionalen Beschwerden einerseits, gegenüber dem beobachtbaren Verhalten der Versicherten (die ihre Defizite ausweichend, vage, allgemein, unklar und oberflächlich beschreibe [IV-Nr. 87.1 S. 30]) und den objektivierbaren psychopathologischen Befunden andererseits, überzeugt die Schlussfolgerung des Gutachters, dass bei der Beschwerdeführerin von einer bewusstseinsnahen Aggravation auszugehen sei (IV-Nr. 87.1 S. 30). Die zusammenfassende Feststellung von Dr. med. B.____, wonach die Gesundheitsstörung im Fall der Beschwerdeführerin somit aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht als sehr gering ausgeprägt einzustufen sei, sowie seine Einschätzung zum funktionellen Leistungsvermögen, wonach ■ ab Datum seiner Untersuchung am 26. August 2015 ■ eine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Neurasthenie (ICD-10 F48.0) zu keinem Zeitpunkt begründbar sei (IV-Nr. 87.1 S. 30), sind vor diesem Hintergrund ebenfalls nachvollziehbar und schlüssig. Damit kommt dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. B.____ vom 8. September 2015 grundsätzlich voller Beweiswert zu.

7.2 Die Beschwerdeführerin bringt demgegenüber vor, die Zuverlässigkeit des psychiatrischen Gutachtens werde durch die Berichte von Dr. med. C.____ in Frage gestellt, wobei sie die hausärztlichen Stellungnahmen vom 5. November 2015 und vom 28. Januar 2016 zu integrierenden Bestandteilen ihrer Beschwerde erklärt (vgl. E. II. 2.2). Nachfolgend ist zunächst zu prüfen, ob der zeitlich vorangehende medizinische Bericht den grundsätzlichen Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. B.____ vom 8. September 2015 in Frage zu stellen vermag:

7.2.1 Hinsichtlich des Verlaufsberichts von Dr. med. C.____ vom 2. März 2015 (IV-Nr. 78; vgl. E. II. 6.2.1 hievor) ist festzuhalten, dass sich der Hausarzt der Beschwerdeführerin ausdrücklich auf den Bericht von Dr. med. D.____ vom 2. März 2010 (vgl. E. II. 6.1.1 hievor) bezieht, deren Beurteilung weitgehend übernimmt und eine («rentenbeeinflussende») Arbeitsfähigkeit nach wie vor verneint (vgl. die Ausführungen zu Befund, Diagnosen und den funktionellen Auswirkungen [IV-Nr. 78 S. 7 f.]). Diesbezüglich gilt es der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach Hausärzte mitunter wegen ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470, 135 V 351 E. 3a/cc S. 353; Urteile des Bundesgerichts 8C_180/2017 vom 21. Juni 2017 E. 4.4.2 m.w.H. und 8C_603/2017 vom 20. März 2018 E. 3.3.2; siehe auch E. II. 5.4 hievor). So zeigt der von Dr. med. C.____ seit 2009 aufgezeichnete Verlauf, der hauptsächlich auf subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin beruht, denn auch auf, dass die geschilderten Beschwerden in erheblichem Ausmass von vielfältigen psychosozialen Belastungsfaktoren (Probleme in Partnerschaft mit psychischer, physischer und sexueller Gewalt durch Partner; Anzeigen bei

Polizei; Weigerung der Rechtsschutzversicherung, ihr zu helfen; Verbot, weitere Praktikantinnen anzustellen; Kinderpsychologe notwendig; Drohungen und Verleumdungen durch Partner auch nach dessen Wegzug; Erziehungsbeistand angeordnet; Mühe mit der Kindererziehung; finanzielle Belastungen und Sorgen [Besteuerung auf IV-Rentennachzahlung; Rückzahlungen an Sozialamt]; Mobbing des älteren Kindes in der Schule; Streit mit Steuerverwaltung, Steuererlass abgelehnt; grosser Wasserschaden wegen Aquarium; weiterhin «SMS-Terror» durch Ex-Partner; Warten auf Alimentenbevorschussung; Schwierigkeiten mit Kindern in der Schule, Nachhilfe nötig; nur teilweise Übernahme des Wasserschadens durch Versicherung; Tod der Katze; Kinder aggressiv, Hilfe von Familienberatung; Wegfall der Kinderbetreuung durch K.____; Pfändung durch Steuerbehörde; Brief von Anwalt des Ex-Mannes mit «Fantasie-Zahlen»; von Nachbarin mit Ellbogen und Faust ins Gesicht geschlagen nach Intervention wegen lauter Musik; Besprechung beim Friedensrichter wegen Alimenten und Hausteilung; kein Verlass auf neues Kindermädchen [IV-Nr. 78 S. 6 ff.] beeinflusst werden, die invalidenversicherungsrechtlich nicht zu berücksichtigen sind (vgl. E. II. 3.2 hievore). Es bestehen damit erhebliche Zweifel an der hausärztlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit.

Es kommt hinzu, dass Dr. med. C.____ auf das medizinische Fachgebiet der Allgemeinmedizin spezialisiert ist, weshalb seiner psychiatrischen Diagnosestellung auch unter diesem Gesichtspunkt kaum Beweiswert zukommt. Daran vermag ■ entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Beschwerde, S. 6 f. [A.S. 9 f.]) ■ auch der Umstand, dass ihr Hausarzt über einen Fachausweis für delegierte Psychotherapie verfügt, nichts zu ändern: Im Falle von Psychologinnen und Psychologen liess das Bundesgericht bis anhin offen, ob diese im Allgemeinen zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit befähigt sind; es stellte fallgebunden auf eine psychologische Würdigung der Arbeitsfähigkeit ab, welche unter der Verantwortlichkeit eines Psychiaters abgegeben worden war (Urteil des Bundesgerichts I 645/02 vom 20. Juni 2003 E. 8.1; vgl. auch die Urteile 9C_275/2016 vom 19. August 2016 E. 4.3.2 und C_905/2014 vom 23. Juli 2015 E. 6.1; Meyer/Reichmuth, a.a.O., Rz. 241 zu Art. 28a IVG). Ausweislich der Akten wurde die von Dr. med. C.____ durchgeführte Psychotherapie weder durch einen psychiatrischen Facharzt delegiert noch erfolgte seine Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit unter der Verantwortlichkeit eines Psychiaters, sodass seine Stellungnahme zum funktionellen Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin auch in Anlehnung an die soeben dargelegte bundesgerichtliche Praxis kaum als beweiswertig anzusehen ist.

7.2.2 Weitere vor der Begutachtung durch Dr. med. B.____ erfolgte medizinische Beurteilungen lassen sich den Akten nicht entnehmen. Folglich wird der Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens vom 8. September 2015 durch die zeitlich vorangehenden medizinischen Akten (entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin [vgl. E. II. 2.2 hievore]) nicht geschmälert.

7.3 Weiter ist zu prüfen, ob der grundsätzliche Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. B.____ vom 8. September 2015 allenfalls durch die zeitlich nachfolgend verfassten medizinischen Akten in Frage gestellt wird:

7.3.1 Zunächst gilt es auch hinsichtlich der Berichte von Dr. med. C.____ vom 5. November 2015 (vgl. E. II. 7.3.3 hienach) sowie vom 28. Januar 2016 (vgl. E. II. 7.3.4 hienach) das bereits in Bezug auf den früheren hausärztlichen Bericht vom 2. März 2015 Dargelegte zu beachten: So ist sowohl der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach Hausärzte mitunter wegen ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zu Gunsten

ihrer Patienten aussagen, als auch dem Umstand, dass Dr. med. C. ___ auf das medizinische Fachgebiet der Allgemeinmedizin (und nicht der Psychiatrie) spezialisiert ist und keine Delegation bzw. Begleitung/ Überwachung durch einen Psychiater erfolgte (vgl. E. II. 7.2.1 hievor mit je weiteren Hinweisen auf die Judikatur). Der psychiatrischen Diagnosestellung des Hausarztes und seiner Einschätzung zum funktionellen Leistungsvermögen kommen somit bereits vor diesem Hintergrund kaum Beweiswert zu.

7.3.2 Im Weiteren ist anzumerken, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei ist. Sie eröffnet der begutachtenden psychiatrischen Fachperson deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern lege artis vorgegangen worden ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag geht es nicht an, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnde Ärzteschaft nachträglich zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangt oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhält (Urteil des Bundesgerichts 9C_363/2018 vom 10. Oktober 2018 E. 4.2.3 mit Hinweisen; vgl. auch E. II. 5.4 hievor).

7.3.3 Mit seiner Stellungnahme vom 5. November 2015 (IV-Nr. 91; vgl. E. II. 6.2.4 hievor) bekräftigte Dr. med. C. ___ im Wesentlichen, dass die Beschreibung in seinem Bericht vom 2. März 2015 der aktuellen Situation entspreche (IV-Nr. 91 S. 2) und dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache, wenn überhaupt, nur unwesentlich verändert habe; die Einschätzung von Dr. med. D. ___ gelte noch heute (IV-Nr. 91 S. 6). Dr. med. B. ___ hatte ■ wie aufgezeigt (vgl. E. II. 7.1 hievor) ■ Kenntnis aller relevanten Vorakten, setzte sich im Rahmen seiner Begutachtung sowohl mit dem zur Rentenzusprechung führenden Bericht von Dr. med. D. ___ als auch mit dem (diesen bestätigenden) Verlaufsbericht von Dr. med. C. ___ vom 2. März 2015 auseinander und begründete seine davon abweichende Beurteilung gestützt auf eigene Beobachtungen und allseitige Untersuchungen nachvollziehbar und schlüssig. Damit werden durch die (an vorgängig geäußerten Auffassungen festhaltende) hausärztliche Stellungnahme vom 5. November 2015 keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte vorgebracht, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (vgl. E. II. 5.4 und 7.3.2 hievor). Vielmehr wies Dr. med. C. ___ auch in seinem Bericht vom 5. November 2015 (wiederum) auf die psychosozialen Belastungen der Beschwerdeführerin hin, welche die therapeutisch erreichten Fortschritte regelmässig zunichte gemacht hätten (IV-Nr. 91 S. 2, 4 f.), womit er den von Dr. med. B. ___ aufgezeigten Zusammenhang zwischen Beschwerdeverlauf und psychosozialen Faktoren (vgl. E. II. 7.1 hievor) bestätigte.

Soweit sich die hausärztliche Stellungnahme zudem (neu) auf die bei der Begutachtung durchgeführten Zusatzuntersuchungen (vgl. E. II. 6.2.3.3 hievor) bezieht, wird die Zuverlässigkeit der von Dr. med. B. ___ erhobenen Befunde dadurch nicht in Frage gestellt: So stützen sich die gutachterlichen Ausführungen zum MMPI-2 (Kurzform) auf die Auswertung des von der Beschwerdeführerin ausgefüllten Persönlichkeitstests (vgl. IV-Nr. 87.2 S. 1 ff., insbesondere S. 4 zu den Validitätsskalen [Lügenskala: niedriger Wert ■ möglicherweise Simulation / mögliche Ursachen: Zustimmungstendenz, Aufmerksamkeitserheischung; Korrekturskala: niedriger Wert / mögliche Ursachen: Simulation, extreme Zustimmungstendenz, Hilferuf, inadäquate Abwehrmechanismen]),

welche ■ wie Dr. med. C.____ selbst anmerkt (IV-Nr. 91 S. 5) ■ interpretationsbedürftig sind. Dass Dr. med. B.____ aufgrund seiner anderweitigen Beobachtungen (Diskrepanz zwischen subjektiven Beschwerden und objektivierbaren Befunden; ausweichende, vage, allgemeine, unklare, oberflächliche Angaben der Versicherten; Vorhandensein vielfältiger psychosozialer Faktoren) schliesslich auf eine bewusstseinsnahe Aggravation (nicht Simulation) schliesst, leuchtet (wie unter vorstehender E. II. 7.1 dargelegt) ein. Demgegenüber vermag die Auffassung des Hausarztes, wonach lediglich eine Verdeutlichung vorliege (IV-Nr. 91 S. 4, 6), nicht zu überzeugen. Auch die zur psychometrischen Fremdbeurteilung (MADRS) von Dr. med. B.____ vorgenommenen Einschätzungen (vgl. MADRS-Bogen in IV-Nr. 87.2 S. 7 ff.) lassen sich mit Blick auf die im Rahmen seiner fachärztlichen Exploration erhobenen Befunde (vgl. dazu auch den von Dr. med. B.____ erhobenen Psychostatus unter E. II. 6.2.3.2) gut nachvollziehen. Dass der Hausarzt der Beschwerdeführerin als Nichtpsychiater und unter voller Berücksichtigung sämtlicher (invalidenversicherungsrechtlich nicht relevanter [vgl. E. II. 3.2]) psychosozialer Faktoren und der damit zusammenhängenden (subjektiven) Beschwerden zu einem anderen Testergebnis kommen würde (vgl. IV-Nr. 91 S. 3 f.), vermag daran nichts zu ändern.

Schliesslich rügt der Hausarzt die Aussage von Dr. med. B.____, wonach die Beschwerdeführerin regelmässig am Arbeitsmarkt teilgenommen habe (vgl. IV-Nr. 91 S. 6). Dabei verkennt er jedoch, dass die Beschwerdeführerin bei der Begutachtung selbst angab, sie sei (seit 2001/2002) bis zuletzt 2014 in einem geringen Umfang (ca. drei bis vier Stunden monatlich) als Masseurin und Büromitarbeiterin bei der M.____ AG tätig gewesen und habe stundenweise (zwei bis drei Einsätze pro Jahr) für die N.____ bei Massage-Kursen mitgearbeitet (IV-Nr. 87.1 S. 7 oben). Vor diesem Hintergrund erscheint die gutachterliche Feststellung einer regelmässigen Teilnahme am Arbeitsmarkt (IV-Nr. 87.1 S. 30 f.) plausibel und ist nicht zu beanstanden. Vielmehr sind gewisse Zweifel an den Aussagen der Beschwerdeführerin angezeigt: In Anbetracht der von der N.____ bezahlten Einkommen (2011: CHF 18'081.00; 2012: CHF 20'894.00; 2013: CHF 9'865.00 [vgl. IK-Auszug in IV-Nr. 72 S. 3]) dürfte die Beschwerdeführerin mehr als nur zwei bis drei stundenweise Einsätze pro Jahr geleistet haben; und entgegen ihren Angaben dürfte sie (zumindest was das Jahr 2014 betrifft) mehr als lediglich «drei bis vier Stunden» pro Monat bei der M.____ AG ihren Massagedienst angeboten haben, zumal die Beschwerdeführerin im Jahr 2014 über ihre Gesundheitspraxis monatlich zwischen 18 und 26 Massagen, jeweils verteilt auf ein bis zwei Tage, gegenüber der M.____ AG abgerechnet hat (siehe Abrechnungen in IV-Nr. 77 S. 2 ff. ■ diese lagen auch dem Gutachter vor [vgl. IV-Nr. 87.1 S. 7 Fn. 14]).

7.3.4 Mit Bericht vom 28. Januar 2016 (vgl. E. II. 6.2.6 hievor) beschrieb Dr. med. C.____ zunächst eine akute Verschlechterung des Befindens der Beschwerdeführerin als «Reaktion» auf die mit Vorbescheid vom 6. Januar 2016 (IV-Nr. 94) in Aussicht gestellte Rentenaufhebung, wobei die Versicherte in einem zuvor erfolgten Telefonat an die Beschwerdegegnerin auch Suizidgedanken geäussert habe (IV-Nr. 98 S. 1 f.; siehe auch IV-Nr. 98 S. 6). Im Weiteren diagnostizierte der Hausarzt eine schwere Depression und eine generalisierte Angststörung mit häufigen Panikattacken. Es bleibt jedoch unklar, ob Dr. med. C.____ diese «aktuellen Befunde» (IV-Nr. 98 S. 2 ff.) im Zusammenhang mit der aktuellen Belastungsreaktion sieht oder ob er sie als zeitlich schon länger bestehend erachtet, da er an anderer Stelle festhält, der gesundheitliche Zustand habe sich innerhalb des letzten Jahres (also 2015) wieder massiv verschlechtert (vgl. IV-Nr. 98 S. 4 in fine). Falls der Hausarzt die Befunde gemäss Bericht vom 28. Januar 2016 als bereits seit

längerem (2015) bestehend erachtet, stünde dies jedoch im Widerspruch zu seinen (echtzeitlichen) Berichten vom 2. März 2015 (IV-Nr. 78; vgl. E. II. 6.2.1) und vom 5. November 2015 (IV-Nr. 91; vgl. E. II. 6.2.3), worin er bekräftigte, dass der aktuelle Zustand der Versicherten immer noch dem von Dr. med. D. ___ im März 2010 erhobenen entspreche, und insbesondere auch die damals gestellte Diagnose einer nicht näher bezeichneten andauernden Persönlichkeitsänderung ■ im Sinne einer Hauptdiagnose ■ bestätigte (vgl. E. II. 7.2.1 und 7.3.3). Allein aufgrund solcher Widersprüche wären die hausärztlichen Beurteilungen nicht geeignet, Zweifel am psychiatrischen Gutachten von Dr. med. B. ___ zu erwecken. Gleiches würde auch für den (erstgenannten) Fall gelten, dass Dr. med. C. ___ die mit Bericht vom 28. Januar 2016 erhobenen Befunde in Verbindung mit der (aktuellen) akuten Belastungsreaktion der Beschwerdeführerin sieht, da im Kontext einer drohenden Rentenaufhebung berichtete Symptome und in diesem Zusammenhang (fachärztlich) erhobene Befunde invalidenversicherungsrechtlich zurückhaltend zu würdigen (Urteil des Bundesgerichts 9C_416/2013 vom 27. August 2013 E. 4.2) bzw. auf eine drohende oder erfolgte Rentenaufhebung zurückzuführende Beschwerden invalidenversicherungsrechtlich unerheblich sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_953/2012 vom 5. April 2013 E. 3.1; siehe auch BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 und E. II. 3.2 hievor betr. invaliditätsfremde Faktoren). Im Übrigen wies Dr. med. C. ___ ■ wie bereits in seinen früheren Berichten (vgl. E. II. 7.2.1 und 7.3.3 hievor) ■ auf zahlreiche weitere psychosoziale Belastungsfaktoren (sowie auch auf die drohende Rentenaufhebung) hin (vgl. IV-Nr. 98 S. 2, wonach «an allen Fronten» Probleme da seien: noch nicht gänzlich verarbeitete Vergewaltigungen; laufende Demütigungen und Verleumdungen durch Ex-Partner; gegen ihn laufende polizeiliche Ermittlungen und Gerichtsverhandlungen; Verletzungen der Kinder durch den Vater; dadurch aggressives und auffälliges Verhalten der Kinder; Schulschwierigkeiten, Mobbing der Kinder in der Schule; Leben am Existenzminimum; Kündigung der Hypothek durch die Bank und dadurch bewirkte Ungewissheit; Unmöglichkeit, eine Wohnung zu finden ohne Nachweis eines regelmässigen Einkommens; «berechtigte Angst, dass IV-Rente gestrichen wird, dadurch gesteigerte generalisierte Ängste, Abhängigkeit von der Sozialhilfe etc. etc. etc.») und auch die Beschwerdeführerin selbst führte in ihrem Einwandschreiben hinsichtlich ihres Zustandes verschiedene psychosoziale Belastungen an (vgl. IV-Nr. 98 S. 6 f.).

In Bezug auf den Tagesablauf und die Tätigkeit im Haushalt gab die Versicherte anlässlich der Begutachtung bei Dr. med. B. ___ an, sie verbringe den Tag strukturiert. Sie kümmere sich vor allem um ihre Kinder und verbringe Freizeitaktivitäten mit ihnen. Sie bereite die Mahlzeiten zu. Den Haushalt besorge sie selbständig je nach ihrem Befinden. Sie verrichte Gartenarbeit. Sie gehe mit dem Hund spazieren, treffe sich ab und zu mit Kollegen und sehe wenig fern. Zuletzt sei sie im Sommer 2015 mit ihren Kindern und einem «guten Freund» auf einem Ausflug im Europapark gewesen. Dieser Bekannte unterstütze sie und ihre Kinder in verschiedenen sozialen und Freizeitaktivitäten. Weitere Angaben ■ so die Anmerkung des psychiatrischen Gutachters ■ seien auch auf Nachfrage ausweichend geblieben (IV-Nr. 87.1 S. 17; siehe auch E. II. 6.2.3.1). Soweit sich dem Bericht von Dr. med. C. ___ vom 28. Januar 2016 sowie dem beigelegten Einwandschreiben der Versicherten demgegenüber entnehmen lässt, sie brauche im Haushalt mehrmals pro Woche fremde Hilfe (IV-Nr. 98 S. 5) bzw. sie sei nicht in der Lage, ihren Haushalt ohne Hilfe zu organisieren (IV-Nr. 98 S. 6), ist zu beachten, dass den früheren Aussagen der Beschwerdeführerin anlässlich der psychiatrischen Begutachtung als Aussagen der ersten Stunde ein grösseres Gewicht zukommt als den späteren Erklärungen nach Erhalt des (zu

ihren Ungunsten ausfallenden) Vorbescheides, welche bewusst oder unbewusst von nachträglichen versicherungsrechtlichen Überlegungen beeinflusst sein können (vgl. BGE 121 V 45 E. 2a S. 47, 115 V 133 E. 8c S. 143). Selbst bei Annahme gewisser Einschränkungen im Aufgabenbereich, namentlich im Haushalt, könnten diese aufgrund der ihnen zugrundeliegenden vielfältigen psychosozialen Belastungsfaktoren keinen (im rechtlichen Sinne) invalidisierenden Gesundheitsschaden bewirken (vgl. E. II. 3.2 hievov und E. II. 8.1 hienach).

Es bestehen somit auch nach dem hausärztlichen Bericht vom 28. Januar 2016 keine konkreten Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit der Expertise von Dr. med. B.____ vom 8. September 2015 sprechen (E. II. 5.4 hiervov), was sich überdies auch aus der vom RAD eingeholten Stellungnahme von Dr. med. B.____ vom 25. Juli 2017 (IV-Nr. 106) ergibt (vgl. E. II. 6.2.7 hievov) und durch den Bericht des RAD-Facharztes Dr. med. L.____ vom 9. August 2017 (vgl. E. II. 6.2.8 hievov) ebenfalls bestätigt wurde.

7.3.5 Entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin (vgl. E. II. 2.2 hievov) wird der Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. B.____ somit auch durch die zeitlich nachfolgenden Berichte von Dr. med. C.____ nicht in Frage gestellt.

7.4 Dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. B.____ vom 8. September 2015 ist somit der volle Beweiswert zuzusprechen (so auch RAD-Psychiater Dr. med. L.____ in seinem Bericht vom 9. August 2017 [IV-Nr. 108 S. 3; vgl. E. II. 6.2.8 hievov]). Angesichts der bereits umfassenden fachärztlichen medizinischen Dokumentation besteht sodann kein Anlass für weitergehende Beweiserhebungen, namentlich für eine gemäss Hausarzt zu veranlassende erneute psychiatrische Beurteilung durch eine die Beschwerdeführerin kennende Fachärztin wie Dr. med. D.____ (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_576/2015 vom 21. September 2015 E. 3.2 mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin hat mit Verfügung vom 23. Oktober 2017 (IV-Nr. 109; A.S. 1 ff.) zu Recht auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. B.____ abgestellt. Es ist demnach davon auszugehen, dass die Gesundheitsstörung der Beschwerdeführerin seit dem Zeitpunkt der Begutachtung am 26. August 2015 aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht als sehr gering ausgeprägt einzustufen und dass eine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der diagnostizierten Neurasthenie (ICD-10 F48.0) zu keinem Zeitpunkt begründbar ist (IV-Nr. 87.1 S. 30). Die sehr wechselhafte Ausprägung der weit überwiegend subjektiven Beschwerden steht im Zusammenhang mit vielfältigen psychosozialen Belastungsfaktoren (IV-Nr. 87.1 S. 28 f.); zudem besteht bei der Beschwerdeführerin eine bewusstseinsnahe Aggravation (IV-Nr. 87.1 S. 30; vgl. zum Ganzen auch E. II. 6.2.3 und 7.1 hievov).

E. 8

8.1 Im Vergleich zum letzten rechtskräftigen Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 7. Juni 2011 (IV-Nr. 69) hat sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 23. Oktober 2017 in anspruchsrelevanter Weise verändert: So konnten die der Rentenzusprechung per 1. August 2006 zugrundeliegenden funktionellen Auswirkungen der von Dr. med. D.____ diagnostizierten nicht näher bezeichneten andauernden Persönlichkeitsänderung (ICD-10 F62.9), welche für eine ausserhäusliche Tätigkeit zu einer 100%igen und im Haushalt zu einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit führten (vgl. E. II. 6.1 hievov), und auch die entsprechenden objektiven psychopathologischen Befunde anlässlich der aktuellen psychiatrischen Begutachtung

durch Dr. med. B.____ ausdrücklich (vgl. IV-Nr. 87.1 S. 28) nicht mehr bestätigt werden, weshalb er die Frage, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache verändert habe, denn auch klar bejaht hat (IV-Nr. 87.1 S. 32). Gleichzeitig stehen gemäss Dr. med. B.____ die bereits bis August 2005 (Überfall) zumindest teilweise hilfreichen «Coping-Strategien» wieder zur Verfügung und die gegenwärtigen Symptome sind durch die Diagnose einer Neurasthenie (ICD-10 F48.0), welche nach Angaben im vollumfänglich beweiswertigen aktuellen Gutachten keine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermag, ausreichend und vollständig erklärbar (IV-Nr. 87.1 S. 28 ff., 32; vgl. E. II. 6.2.3 hievor).

Invalidenversicherungsrechtlich nicht zu berücksichtigen sind hingegen die subjektiv wahrgenommenen Einschränkungen der Beschwerdeführerin, beruhen diese doch auf zahlreichen und vielfältigen psychosozialen Belastungsfaktoren (IV-Nr. 87.1 S. 28 f.). Auch wenn nachvollziehbar ist, dass diese Belastungen das subjektive Befinden der Versicherten und ihre Motivation zur Leistungssteigerung deutlich beeinträchtigen (vgl. IV-Nr. 87.1 S. 29), gelten solche Faktoren gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) als IV-fremd, weshalb Beschwerden, welche ■ wie hier ■ in psychosozialen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, keinen (im Rechtssinne) invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden begründen können (vgl. E. II. 3.2 hievor).

Folglich hat sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache vom 7. Juni 2011 wesentlich verbessert und es kann gutachterlich sowohl im ausserhäuslichen als auch im Aufgabenbereich keine relevante Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert werden, was im Übrigen auch bereits RAD-Ärztin Dr. med. H.____ in ihrer Stellungnahme vom 14. Dezember 2015 feststellte (vgl. IV-Nr. 92 S. 2; E. II. 6.2.5 hievor) und von RAD-Facharzt Dr. med. L.____ am 9. August 2017 ebenfalls bestätigt wurde (vgl. IV-Nr. 108 S. 3; E. II. 6.2.8). Damit liegt ein Grund zur Rentenrevision (vgl. E. II. 4.1 hievor) vor und es ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Rentenrevision eingeleitet hat.

8.2 Nicht gefolgt werden kann indessen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach ein Revisionsgrund nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen sei, da gemäss Dr. med. B.____ die Befunde einer generalisierten Angststörung, einer posttraumatischen Belastungsstörung und/oder einer depressiven Episode bereits seit 2010 nicht mehr bestehen würden, womit auch die für eine Revision notwendige Veränderung bereits vor dem relevanten Vergleichszeitpunkt (Verfügung vom 7. Juni 2011) eingetreten sei und daher nicht berücksichtigt werden könne (vgl. E. II. 2.2 hievor). Dazu ist zunächst festzuhalten, dass Dr. med. B.____ nicht ausführt, die obgenannten Befunde würden seit 2010 nicht mehr bestehen; vielmehr stellte er fest, diese Befunde seien (grundsätzlich) nicht vorhanden und sie würden in den Vorakten seit März 2010 auch nicht mehr beschrieben (IV-Nr. 87.1 S. 29). Des Weiteren verkennt die Beschwerdeführerin, dass der massgebliche Vergleichssachverhalt für die Rentenzusprache auf der von Dr. med. D.____ im März 2010 gestellten Diagnose einer nicht näher bezeichneten andauernden Persönlichkeitsänderung basiert (siehe E. II. 6.1 und IV-Nr. 59). Deren (ehemals rentenbegründende) funktionelle Auswirkungen sowie die ihnen zugrundeliegenden objektiven psychopathologischen Befunde konnte Dr. med. B.____ anlässlich seiner Untersuchung jedoch nicht mehr feststellen. Den von ihm stattdessen erhobenen Befund einer sehr geringfügig ausgeprägten Gesundheitsstörung in Form einer Neurasthenie sowie das dadurch bedingte Fehlen einer

relevanten Arbeitsunfähigkeit sind gemäss Angaben des Gutachters «ab Datum der aktuellen Untersuchung (26. August 2015)» gültig. Ob sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt Gültigkeit haben, sei aufgrund fehlender fachärztlicher Beurteilungen nach März 2010 (Untersuchungsbericht von Dr. med. D.____) «nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzugeben» (IV-Nr. 87.1 S. 30, 32). Damit ist gerade nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221 mit Hinweisen) erstellt, dass die gesundheitliche Verbesserung schon vor dem Begutachtungszeitpunkt im August 2015 ■ und damit, entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin, auch nicht vor dem hier relevanten Vergleichszeitpunkt am 7. Juni 2011 ■ eingetreten wäre.

9. Obwohl bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades im Vergleichszeitpunkt die gemischte Methode zur Anwendung gelangte (vgl. Verfügung vom 7. Juni 2011 [IV-Nr. 69]), kann die Statusfrage im Revisionszeitpunkt ■ entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde, S. 8 [A.S. 11]; Replik, S. 1 f. [A.S. 34 f.]) ■ offengelassen werden. Da vorliegend, wie bereits dargelegt, kein invalidisierender Gesundheitsschaden und sowohl im erwerblichen als auch im Aufgabenbereich (Haushalt) keine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit mehr besteht, resultiert ■ unabhängig von der aktuellen Aufteilung der Pensen zwischen Erwerbstätigkeit und Haushalt ■ ein Invaliditätsgrad von 0 %. Es kann somit auch auf die Durchführung eines Einkommensvergleichs verzichtet werden.

10. Grundsätzlich muss eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertet werden. Nach langjährigem Rentenbezug können jedoch ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotentials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein durch Eigenanstrengungen der versicherten Person nicht möglich ist. Die Verwaltung muss sich vor der Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente vergewissern, ob sich ein medizinisch-theoretisches wiedergewonnenes Leistungsvermögen ohne weiteres in einem entsprechend tieferen Invaliditätsgrad niederschlägt oder ob dafür ■ ausnahmsweise ■ im Einzelfall eine erwerbsbezogene Abklärung (der Eignung, Belastungsfähigkeit usw.) und/oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen im Rechtssinne voranzugehen hat. Diese Praxis ist grundsätzlich auf alle Fälle zu beschränken, in denen die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, welche das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat (Urteil des Bundesgerichts 9C_645/2014 vom 4. Februar 2015 E. 5.1 mit Hinweisen). Zur Feststellung der für die Frage der zumutbaren Selbsteingliederung einer versicherten Person massgebenden Eckwerte des 15-jährigen Rentenbezugs bzw. des Erreichens des 55. Altersjahres wird auf den Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung oder auf den darin verfügten Zeitpunkt der Rentenaufhebung abgestellt (BGE 141 V 5 E. 4.1 S. 7 mit Hinweisen). Die am 26. Oktober 1966 geborene Beschwerdeführerin bezieht seit August 2006 eine Rente. Die beiden genannten Werte sind damit im Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung (23. Oktober 2017) bzw. im darin verfügten Zeitpunkt der Rentenaufhebung (Ende November 2017) unterschritten. Die Beschwerdegegnerin war demnach befugt, die Invalidenrente ohne Weiterungen auf Ende November 2017 aufzuheben.

11. Zusammengefasst ist aufgrund des vollumfänglich beweiskräftigen fachärztlichen Gutachtens von Dr. med. B. ___ vom 8. September 2015 eine relevante Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin ab dem Datum der Begutachtung am 26. August 2015 eingetreten. Nach den Angaben des psychiatrischen Gutachters ist eine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit nicht mehr gegeben (IV-Nr. 87.1 S. 30, 32), womit kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad mehr besteht. Die vorliegend angefochtene Verfügung vom 23. Oktober 2017, worin die bisher ausgerichtete Dreiviertelsrente ohne berufliche Eingliederungsmassnahmen auf Ende November 2017 aufgehoben wurde (vgl. Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV; E. II. 4.3 hievor), ist somit nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist abzuweisen.

E. 12

12.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

12.2 Die Beschwerdeführerin steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 2.3 hievor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Stundenansatz beträgt CHF 180.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 3 kantonaler Gebührentarif [GT, BGS 615.11]). Rechtsanwältin Wehrli Roth macht in ihrer Kostennote vom 11. April 2018 einen Aufwand von 8.36 Stunden und Auslagen von CHF 85.90 geltend. Reine Kanzleiarbeiten wie die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen, das Einreichen des UP-Gesuchs oder der Kostennote sowie das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc. sind im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten. Bei nicht eindeutig bezeichneten Positionen (wie z.B. «Schreiben an Klientschaft») geht das Gericht praxisgemäss von Orientierungskopien oder sonstigem Kanzleiaufwand aus. Vorliegend entfallen auf Positionen, die als Kanzleiaufwand zu qualifizieren sind, insgesamt 1.44 Stunden (Positionen vom 30. Oktober 2017, 2. November 2017, 23. November 2017, 29. November 2017, 25. Januar 2018, 22. Februar 2018 und 13. März 2018 à je 0.17 Std. sowie Position vom 11. April 2018 à 0.25 Std.). Weiter ist praxisgemäss ein nachprozessualer Aufwand von einer und nicht von zwei Stunden zu berücksichtigen (Kürzung der Position «Aufwand nach Urteil», vordatiert auf 11. April 2018). Somit ist die Kostennote auf einen Zeitaufwand von 5.92 Stunden (2017: 4.25 Std.; 2018: 1.67 Std.) zu kürzen. Aus der eingereichten Kostennote lässt sich ausserdem errechnen, dass sich die Auslagen wie folgt verteilen: CHF 51.30 im Jahr 2017 und CHF 34.60 im Jahr 2018. Damit beläuft sich die Kostenforderung auf insgesamt CHF 1'242.60 (Honorar von CHF 1'065.60 zzgl. Auslagen von CHF 85.90 und MwSt. von CHF 91.10 [8 % auf CHF 816.30 und 7.7 % auf CHF 335.20]). Dieser Betrag ist von der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zu bezahlen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch der unentgeltlichen Rechtsbeiständin im Umfang von CHF 319.45 (Differenz zum vollen Honorar), wenn die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Der Nachzahlungsanspruch wird praxisgemäss mit einem Stundenansatz von CHF 230.00 berechnet, wenn (wie hier) keine von der Beschwerdeführerin unterzeichnete Honorarvereinbarung eingereicht wird.

12.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen

Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Als unterliegende Partei hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

3. Die Kostenforderung der unentgeltlichen Rechtsbeiständin, Rechtsanwältin Michèle Wehrli Roth, wird auf CHF 1'242.60 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren und der Nachforderungsanspruch der unentgeltlichen Rechtsbeiständin von CHF 319.45 (Differenz zum vollen Honorar), wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

4. Die Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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 Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst Wittwer

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C_322/2019 vom 11. November 2019 teilweise (Ziff. 3) aufgehoben.

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