

SO_GERICHTE VSBES.2019.13 vom 16. Dezember 2021

SO Obergericht, 2021-12-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.13

FR: SO_GERICHTE VSBES.2019.13 du 16 décembre 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2019.13 del 16 dicembre 2021

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1988 geborene A.____ (im Folgenden: Beschwerdeführerin) meldete sich am 16. Januar 2007 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug für Versicherte vor dem 20. Altersjahr an, wobei sie angab, seit Mai 2006 an Sehstörungen wegen starker Kurzsichtigkeit, Dauerblitzen in den Augen und starken Kopfschmerzen zu leiden (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 6). Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) sprach der Beschwerdeführerin in der Folge verschiedene Leistungen zu (Berufsberatung, sehbehindertentechnische Grundschulung und Unterstützung, medizinische Massnahmen zur Behandlung eines Geburtsgebrechens, Filtergläser, Blindenlangstöcke, technische Hilfsmittel, erstmalige berufliche Ausbildung zur Kauffrau EFZ, Stützunterricht, Praktikumsbegleitung, Installation eines sehbehinderten PC-Arbeitsplatzes). Die erstmalige Berufsausbildung zur Kauffrau (kaufmännische Lehre, Profil E) bei der [...], [...], vom 28. Januar 2008 bis 30. Juni 2011 konnte die Versicherte erfolgreich abschliessen; die berufliche Eingliederung wurde daraufhin eingestellt (vgl. IV-Nr. 44 f., 47 ff. und 123).

1.2 Bereits am 20. Mai 2008 hatte sich die Beschwerdeführerin bei der IV zum Bezug einer Hilflosenentschädigung angemeldet und angegeben, seit August 2007 Hilfe bei der Fortbewegung im Freien und bei der Pflege gesellschaftlicher Kontakte zu benötigen (IV-Nr. 62). Die Beschwerdegegnerin sprach der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 29. August 2008 eine Hilflosenentschädigung für eine Hilflosigkeit leichten Grades mit Wirkung ab 1. August 2008 zu. Zur Begründung wurde dargelegt, gemäss den Abklärungen sei die Beschwerdeführerin seit August 2007 infolge ihres Augenleidens bei der Fortbewegung/Begleitung auf die Hilfe Dritter angewiesen. Es stehe ihr daher eine Hilflosenentschädigung im Sonderfall zu (IV-Nr. 77).

1.3 Mit rechtskräftiger Verfügung vom 30. September 2011 stellte die Beschwerdegegnerin fest, dass kein Anspruch der Beschwerdeführerin auf weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente bestehe. Zur Begründung wurde dargelegt, die Beschwerdeführerin habe die kaufmännische Lehre erfolgreich abgeschlossen. Mit dem Abschluss dieser Ausbildung könne sie ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen. Das Leistungsbegehren werde in Bezug auf weitere berufliche Massnahmen sowie die Ausrichtung einer Invalidenrente als erledigt abgeschrieben (IV-Nr. 125).

1.4 Mit Eingabe vom 17. August 2016 stellte die Beschwerdeführerin ein Wiederaufnahmegesuch für berufliche Massnahmen (und sinngemäss auch für eine Invalidenrente), wobei sie dies damit begründete, ihr Gesundheitszustand habe sich massiv verschlechtert. Sie habe die Belastungen bei der Tätigkeit als Kauffrau wegen starker Müdigkeit, Erschöpfung und Schmerzen nicht bewältigen können und nach einer Operation zur Entfernung von Polypen in der Nasennebenhöhle im November 2015 auch die Praktikumsstelle im Rahmen ihrer Weiterbildung zur Sozialpädagogin an der B.____, [...], auf Ende Juni 2016 verloren (IV-Nr. 130). Im Weiteren stellte sie ein Gesuch um Erhöhung der

bisher gewährten Hilflosenentschädigung leichten Grades (IV-Nr. 133). Mit Vorbescheid vom 23. September 2016 stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin die Abweisung dieses Erhöhungsgesuchs in Aussicht (IV-Nr. 139). Vom 22. März bis 8. Mai 2017 hielt sich die Beschwerdeführerin zur stationären Behandlung in den C.____, [...], auf (IV-Nr. 172). Nach erhobenem Einwand betreffend Hilflosenentschädigung (IV-Nr. 144) und Einholung verschiedener medizinischer Unterlagen (IV-Nr. 145 ff.) veranlasste die Beschwerdegegnerin am 19. Januar 2017 eine polydisziplinäre (allgemeininternistische, neuropsychologische, ophthalmologische, rheumatologische und psychiatrische) Begutachtung in der D.____, [...] (im Folgenden: D.____), welche im Juni 2017 durchgeführt wurde (Gutachten vom 4. Oktober 2017, IV-Nr. 150, 159 und 181). Nach Rücksprache mit der Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) veranlasste die Beschwerdegegnerin am 23. November 2017 ein psychiatrisches Obergutachten beim E.____ (PD Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie), welches am 19. März 2018 erstellt wurde (IV-Nr. 196 S. 2 ff.). 1.5 Am 3. April 2018 stellte die Beschwerdeführerin bei der Beschwerdegegnerin ein Gesuch um Kostenübernahme für das Hilfsmittel «Elektroscooter Trivanti» mit der Begründung, sie sei darauf zur Wahrung ihrer Selbstständigkeit und Vornahme von Erledigungen angewiesen, da sie nur noch sehr kurze Distanzen zu Fuss zurücklegen könne (IV-Nr. 198). Mit Verfügung vom 19. April 2018 erteilte die Beschwerdegegnerin Kostengutsprache für dieses Hilfsmittel (IV-Nr. 203). Auf diese Verfügung kam die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 18. Mai 2018 zurück und hob diese wiedererwägungsweise auf. Dies wurde damit begründet, es seien noch weitere Abklärungen bezüglich der medizinischen Indikation vorzunehmen. Nach Abschluss der zusätzlichen Abklärungen erhalte die Beschwerdeführerin eine neue anfechtbare Verfügung (IV-Nr. 208). 1.6 Nach erneuter Konsultation des RAD und Durchführung des Vorbescheidverfahrens lehnte die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente und berufliche Eingliederungsmassnahmen mit Verfügung vom 30. November 2018 ab. Dies wurde im Wesentlichen damit begründet, gemäss den Abklärungen sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten und zuletzt ausgeübten Tätigkeit aus rheumatologischer Sicht auf 80 % mit prognostischer Besserungsfähigkeit einzuschätzen. Hinsichtlich jeglicher körperlicher leichter, gelegentlich mittelschwerer Tätigkeit in vorzugsweise wechselnden Körperpositionen bestehe keine zeitliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bei geschätzter Leistungseinbusse von 20 % aufgrund des Bedarfs an vermehrten Pausen und des langsameren Arbeitstempos. Aus neuropsychologischer Sicht finde man keine kognitiven Dysfunktionen, die sich auf die angestammte und / oder eine allfällige bildungsentsprechende Verweistätigkeit in leistungsmässiger Hinsicht limitierend auswirkten. Aus rein ophthalmologischer Sicht betrage die Arbeitsunfähigkeit 0 %, da die Sehverschlechterung nicht mit einem Augenleiden erklärt werden könne. Aus psychiatrischer Sicht könnten keine Diagnosen mit erheblicher Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden. Sei der Versicherten die angestammte Tätigkeit im Umfang von 80 % möglich, betrage der Invaliditätsgrad 20 %. Ein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe somit nicht. Die Durchführung beruflicher Massnahmen sei nicht angezeigt. Mit Blick auf die zum integrierenden Bestandteil dieser Verfügung erhobene RAD-Stellungnahme vom 12. November 2018 sei der Sachverhalt aus versicherungsmedizinischer Sicht genügend abgeklärt worden (IV-Nr. 224). 1.7 Mit einer weiteren Verfügung gleichen Datums kam die Beschwerdegegnerin nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren auf ihre Verfügung vom 29. August 2008, worin der

Beschwerdeführerin eine Hilflosenentschädigung leichten Grades im Sonderfall ab 1. August 2008 zugesprochen worden war (IV-Nr. 77; vgl. E. I. 1.2 hiervor), zurück und hob diese wiedererwägungsweise auf Ende Dezember 2018 auf. Zur Begründung legte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen dar, bei der Zusprache der Hilflosenentschädigung sei ihr ein grober Fehler unterlaufen. Sie habe sich bei der Zusprache – medizinisch gesehen – einzig auf den am 4. Juni 2008 erstellten Bericht des behandelnden Facharztes für Augenheilkunde abgestellt, obwohl den Akten klar zu entnehmen gewesen sei, dass bei der Beschwerdeführerin gar keine objektivierbare Sehstörung, sondern ein eindeutiger Hinweis auf eine psychogene Störung bestanden habe. Aufgrund der medizinischen Abklärungen könne nicht erkannt werden, inwiefern die Beschwerdeführerin als hilflos im Sinne des Gesetzes gelten könne. Die Hilflosenentschädigung leichten Grades falle somit pro futuro weg (IV-Nr. 226). 1.8 Mit einer dritten Verfügung vom 30. November 2018 lehnte die Beschwerdegegnerin nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren auch die Kostengutsprache für die leihweise Abgabe eines Elektroscooters ab. Zur Begründung wurde angegeben, die Hilfsmittelversorgung unterliege den allgemeinen Anspruchsvoraussetzungen. Gemäss Ziff. 9.02 der Hilfsmittelliste seien Elektroscooter für versicherte Personen gedacht, die einen gewöhnlichen Rollstuhl nicht bedienen und sich nur dank elektromotorischem Antrieb selbstständig fortbewegen könnten. Eine medizinische Indikation zur leihweisen Abgabe des Hilfsmittels könne den Akten nicht entnommen werden (IV-Nr. 225).

E. 2

(ED 2014)», «Hypercholesterinämie» und «Adipositas Grad I (BMI 33.2 kg/m²)» haben nach den gutachterlichen Angaben keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung wird dargelegt, unter Ozempic bestehe eine sehr zufriedenstellende Stoffwechseleinstellung. Aus endokrinologischer Sicht bestehe keine Einschränkung des Belastungsprofils. Bei einem Diabetes sei allerdings von Nachtschichttätigkeiten abzuraten. Sowohl in der bisherigen als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (8.5 Stunden pro Tag) ohne eingeschränkte Leistungsfähigkeit. Auch im zeitlichen Verlauf bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus endokrinologischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand seit dem Referenzzeitpunkt nicht verändert (A.S. 209 ff.).

6.17.6 Im ophthalmologischen Teilgutachten (Dr. med. O.____, Facharzt Ophthalmologie, P.____) vom 14. Juni 2021 wird dargelegt, die Patientin berichte, seit dem Jahr 2006 beidseits an einer Sehstörung zu leiden. Die Sehstörung habe plötzlich an einem Morgen begonnen. Zusätzlich seien heftige Kopfschmerzen sowie Müdigkeit aufgetreten. Am linken Auge habe sie nur noch eine Wahrnehmung von hell und dunkel. Am rechten Auge sei die Sehschärfe initial ebenfalls sehr schlecht gewesen, dann habe sie sich langsam etwas gebessert. Mit Kontaktlinsen werde die Sicht etwas besser. Mit der reduzierten Sehschärfe könne die Explorandin relativ gut leben, sie habe sich daran gewöhnt. Das Hauptproblem seien jedoch die Müdigkeit und die starken Kopfschmerzen. Die Kopfschmerzen träten fast täglich auf. Es handle sich um pulsierende Kopfschmerzen mit Ausstrahlung auf die rechte Kopfseite. Zusätzlich seien Übelkeit, Erbrechen, Schwindel und eine Photophobie vorhanden. Der ophthalmologische Gutachter stellt einen korrigierten Fernvisus von 0.5 (rechts) und 0.05 (links) fest und diagnostiziert bei beiden Augen eine hohe Myopie, Esophorie, Astigmatismus und einen dringenden Verdacht auf eine funktionelle Sehstörung.

Die Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Explorandin seit dem Referenzzeitpunkt verändert hätten, beantwortet Dr. med. O.____ dahingehend, darüber bestünden keine Daten. Im Bericht des W.____ habe sich erstmals am 17. September 2007 ebenfalls der Verdacht auf eine psychogene Sehstörung gezeigt. Der Visus habe damals am rechten Auge 0,2 und am linken Auge 0,05 betragen. Die Messung der visuell evozierten Potenziale (VEP) habe damals ebenfalls unauffällige Werte gezeigt. Aus dem Teilgutachten, welches am 30. August 2017 durch Dr. med. AJ.____ erstellt worden sei, sei auf eine Visusminderung am linken Auge zu schliessen. Diese habe damals jedoch ebenfalls keine ophthalmologische Erkrankung als Ursache gehabt. Bereits damals sei eine funktionelle Störung in Erwägung gezogen worden. In den aktuellen Untersuchungen habe ein Visus von 0.5 rechts und 0.05 links erhoben werden können. Insgesamt habe sich im Vergleich zum Jahr 2007 die Sehschärfe verbessert. Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit hätten sich demnach objektiv nicht verschlechtert, allenfalls sogar etwas verbessert. Im Weiteren legt Dr. med. O.____ dar, die Bandbreite der Beeinträchtigung der somatischen und psychischen Grundfertigkeiten bei einer funktionellen Sehstörung sei sehr breit. Einige Patienten bemerkten keine bis nur wenige Veränderungen der Sehfähigkeit, andere Patienten berichteten über eine komplette Blindheit. Erfreulicherweise sei die Explorandin durch die funktionelle Sehstörung nur wenig eingeschränkt. Die Orientierung im Raum, das Lesen und Durchführen alltäglicher Dinge seien nicht beeinträchtigt. Die Hauptbeeinträchtigung werde durch die persistierende Müdigkeit verursacht. Aufgrund des aktuellen Visus der Patientin sehe man keine Einschränkung im Bereich KV und Sozialpädagogik. Eine zusätzliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit sei nicht vorhanden. Es sei keine spezielle Anpassung des Arbeitsplatzes notwendig. Am rechten Auge sei im Oktober 2007 eine Sehschärfe von 0,06 dokumentiert worden. Seither habe sich die Sehschärfe wieder deutlich verbessert. Es sei damals eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % attestiert worden. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit sei nicht ersichtlich. Bereits im April 2008 sei eine Sehschärfe von 0,25 dokumentiert worden. In der aktuellen Untersuchung sei die Sehschärfe bei 0,5. Wann die Zunahme der Sehschärfe stattgefunden habe, sei nicht ersichtlich. Da man weiterhin von einer funktionellen Sehstörung ausgehe, sei eine Arbeitsunfähigkeit nicht begründet. Aus ophthalmologischer Sicht seien keine Therapiemassnahmen möglich. Eine Prognose bei funktionellen Störungen zu stellen, sei sehr schwierig. So wie die Störung aufgetreten sei, könne sie ebenfalls ohne ersichtlichen Auslöser verschwinden. Aktuell sei jedoch keine Veränderung zu erwarten (A.S. 220 ff.).

E. 2.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. 2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). 3.

E. 3

Die Verfügung vom 30. November 2018 betr. Hilflosenentschädigung sei aufzuheben und Frau A.____ sei weiterhin eine Hilflosenentschädigung leichten Grades zuzusprechen.

E. 3.1

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert. Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG 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 Gesundheitszustands 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). Demgegenüber ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f. mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_541/2020 vom 1. März 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

3.2 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 2 erfüllt sind (Art. 87 Abs. 3 IVV). Tritt der Versicherungsträger auf die Neuanmeldung ein, hat er – analog zu einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG – abzuklären, ob die glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Dies beurteilt sich durch Vergleich der Verhältnisse im Zeitpunkt der Neuanmeldung respektive der neuen Verfügung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_683/2013 vom 2. April 2014 E. 3.1) mit denjenigen bei Erlass der letzten, auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs beruhenden Verfügung (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff.; vgl. auch BGE 133 V 108). Stellt der Versicherer fest, dass der Invaliditätsgrad keine Veränderung erfahren hat, so weist er das Gesuch ab. Andernfalls prüft er, ob die festgestellte Veränderung genügt, um eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und entscheidet anschliessend über den Anspruch (Urteil des Bundesgerichts 8C_282/2012 vom 11. Mai 2012 E. 2).

4. 4.1 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).

4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht 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 es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.3 Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab (BGE 135 V 465 E. 4 S. 469 mit Hinweisen). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f. mit Hinweisen).

5. Die Beschwerdeführerin lehnte den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Massnahmen mit rechtskräftiger Verfügung vom 30. September 2011 mit der Begründung ab, die Beschwerdeführerin habe die kaufmännische Lehre (Profil E) erfolgreich abgeschlossen. Mit dem Abschluss dieser Ausbildung könne sie ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen (IV-Nr. 125). Die Beschwerdeführerin bringt in ihrem «Wiederaufnahmegesuch für berufliche Massnahmen und neue Abklärungen durch die IV-Stelle» (Neuanmeldung) vom 17. August 2016 (IV-Nr. 130 S. 1 f) vor, ihr Gesundheitszustand habe sich massiv verschlechtert. Mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 30. November 2018 werden der Rentenanspruch aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrads von 20 % sowie berufliche Massnahmen erneut abgelehnt (IV-Nr. 224). In der Beschwerde wird geltend gemacht, der Anspruch auf eine Invalidenrente sei aufgrund unrichtiger und unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts abgelehnt worden; versicherungsmedizinische Abklärungen seien nicht vollständig vorgenommen worden (Beschwerde, S. 8 Ziff. 1; A.S. 35). Im Folgenden ist zunächst der medizinische Sachverhalt darzulegen, wie er sich im Referenzzeitpunkt (rechtskräftige Verfügung vom 30. September 2011 [IV-Nr. 125])

präsentiert hat: 5.1 Aus dem Bericht der S.____ vom 10. November 2006 geht hervor, die Patientin sei zur klinisch-psychologischen/testpsychologischen Beurteilung zugewiesen worden. Die neuropsychologische Beurteilung lautete wie folgt: In der formalen Abklärung finde man bei ausgezeichneter Kooperation, rascher Auffassungsgabe und adäquatem Anspruchsniveau keine Hinweise auf fokale Hirnfunktionsstörungen. Insbesondere die sehr störungsanfälligen Gedächtnis- und Lernleistungen hätten sich als durchschnittlich bis überdurchschnittlich erwiesen. Die zentrale visuelle Verarbeitung präsentiere sich als intakt. Die exekutiven Funktionen (Analysierfähigkeit, konzeptionelles Denken, Abstraktionsverhalten, logische Schlussfolgerungen, kognitive Flexibilität, Planen) seien durchwegs alters- und niveauentsprechend. Im Bereich Aufmerksamkeit/Konzentration fielen leichte Schwankungen im Informationsverarbeitungstempo und in den Sorgfaltsleistungen auf; ebenso sei die Daueraufmerksamkeit am PC beeinträchtigt, die Stressresistenz etwas reduziert. In der Verhaltensbeobachtung falle auf, dass sich die Patientin nie über Schwierigkeiten beklage und auch sehtechnisch anspruchsvolle Verfahren bis zuletzt kommentarlos bearbeite. Es könne nicht auf eine objektivierbare systematische visuelle Diskriminierungs- bzw. Sehstörung geschlossen werden. Obwohl die Patientin angebe, nach einer halben Seite Lesen jeweils «nichts mehr» zu sehen, halte sie die über zweistündige formale Untersuchung mit konzentrativ und visuell anstrengenden konventionellen und computergestützten Verfahren gut durch. Die Patientin präsentiere sich vordergründig selbstsicher, unkompliziert, lebhaft und psychisch ausgeglichen. Eindrucksmissig handle es sich, aufgrund der Verhaltensbeobachtung, um eine unsicher-abhängige, aggressionsgehemmte bzw. überangepasste Persönlichkeit. Es ergäben sich anamnestisch Hinweise auf eine mögliche Entwicklungshemmung mit Leistungsverweigerung, Rückzug aus dem sozialen Kontext und Somatisierungstendenzen. Eine weitere Hypothese wäre eine mögliche dissoziative Störung, ein Verdacht, der vor allem auf dem nicht situationsadäquaten Verhalten der Patientin im Sinne einer «belle indifférence» basiere. Mit Sicherheit sei davon auszugehen, dass die junge Frau – entgegen der Aussagen der Mutter – nicht erst seit Mai 2006 mit Problemen zu kämpfen habe. Es dränge sich, nach Ausschöpfen aller anderen Untersuchungsmöglichkeiten und weitestgehendem Ausschluss einer organischen Genese der beklagten Sehstörungen, eine eingehende psychiatrische Exploration bei einer auf Jugendliche spezialisierten Fachperson auf (IV-Nr. 26 S. 16 ff.). 5.2 Im Bericht des I.____, Frauenklinik, vom 15. November 2006 wurde dargelegt, abgesehen von einem unregelmässigen Blutungsmuster bestünden gynäkologisch keine Abnormitäten. Ein Zusammenhang zwischen der Sehstörungen («schwarze Blitze») und der Oestrogeneinnahme erscheine unwahrscheinlich (IV-Nr. 26 S. 15). 5.3 Gemäss dem Bericht des T.____, Augenklinik, vom 1. Februar 2007 wurden die Diagnosen «Hohe Myopie beidseits» und «Periphere Netzhautdegenerationen beidseits» gestellt. Im Rahmen der Beurteilung wurde erwähnt, die permanent bestehenden schwarzen Blitze an beiden Augen seien nicht auf die peripheren Degenerationen der Netzhaut zurückzuführen (IV-Nr. 26 S. 13 f.). 5.4 Im Bericht des U.____, Neurologische Klinik, vom 14. Februar 2007 wurden folgende Diagnosen gestellt: «Progrediente Sehstörungen (ICD-10: F45.0), Ätiologie unklar, DD funktionell» sowie «Myopie bds.». Im Rahmen der Beurteilung wurde dargelegt, bei den von der Patientin angegebenen Beschwerden handle es sich höchstwahrscheinlich um ein funktionelles Leiden. Weder aus neurologischer, noch aus ophthalmologischer Sicht ergäben sich Hinweise für eine somatische Grunderkrankung. Die Blutspiegel der bestimmten Hormone seien im Normbereich. Die von ophthalmologischer Seite her bereits bekannte Myopie beidseits und die

Netzhautveränderungen seien nicht Ursache der Sehstörungen. Für die Patientin hätten die Sehstörungen bereits ernsthafte Konsequenzen, sie habe die Schule und ihr Berufsziel deswegen aufgeben müssen. Eine stationäre Behandlung in einer Klinik mit psychosomatischem Schwerpunkt sei deswegen indiziert (IV-Nr. 26 S. 9 ff.). 5.5 In der Beurteilung im Bericht des U.____, Neurologische Klinik, vom 23. April 2007 über die Lumbalpunktion vom 18. April 2007 wurde angegeben, diese zeige einen vollständig unauffälligen Befund, insbesondere auch keine Hinweise für eine chronische Entzündung oder eine demyelinisierende Erkrankung (z.B. Multiple Sklerose). Die neurologischen Befunde seien allesamt unauffällig gewesen, sodass weiterhin eine nichtorganische Genese im Vordergrund stehe (IV-Nr. 26 S. 8). 5.6 Der damalige Hausarzt, Dr. med. V.____ Facharzt FMH Allgemeine Innere Medizin, hielt in seinem Bericht zu Händen der IV-Stelle vom 9. Mai 2007 die Diagnosen «Progrediente Sehstörung, Aetiologie unklar DD funktionell» fest. Der Gesundheitszustand sei stationär. Ergänzende medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt. Es seien bereits eine grosse Anzahl von Abklärungen vorgenommen worden, welche schliesslich nur zu einer Verwirrung geführt hätten. Nach einer intensiven neurologischen Abklärung im U.____ (inkl. Lumbalpunktion) sei jetzt der diagnostische und therapeutische Ball wieder den Ophthalmologen zugespült worden. Defacto sei die aktuelle medizinische und spezialärztliche Situation immer noch absolut unklar. Auf einem Beiblatt zum Arztbericht gleichen Datums wurde erklärt, die Patientin sei lediglich wenige Minuten in der Lage, einen Text aus einem Buch oder am PC zu lesen. Nach kurzer Zeit werde es ihr unmöglich, sich auf den Text oder die Buchstaben zu konzentrieren, da sie durch die visuellen Phänomene enorm abgelenkt werde. Auch in der räumlichen Orientierung seien in letzter Zeit Probleme aufgetreten (Anstossen an Türrahmen, Misstritt beim Gehen auf unebenem Gelände). Durch die Verbesserung des Visus könne die Lesefähigkeit bzw. die Vermittlung von Lerninhalten angegangen werden (IV-Nr. 26 S. 5 ff.). 5.7 Dem Bericht des W.____, Departement für Augenheilkunde, vom 25. September 2007 können folgende Diagnosen entnommen werden: «R/L dringender V.a. psychogene Sehstörung (H53.82), R/L Myopie (H52.1), R/L Regelmässiger Astigmatismus (H52.21), LA: Z.n. Laserkoagulation der Netzhaut, Hypermenorrhoe (N92.0), Kopfschmerzen (R51)». Zur Anamnese wurde dargelegt, die Patientin sei überwiesen worden wegen einer progredienten Visusminderung. Der Visus sei im Jahr 2001 und 2006 noch normal gewesen. Nach Übelkeit und Erbrechen sei der Visus am 7. Februar 2007 auf Handbewegungswahrnehmung (HBW) abgefallen. Danach sei die Patientin zwei Wochen lang stationär in der Neurologie gewesen, wo sie «ganz blind» gewesen sei. Bei der letzten Untersuchung beim Augenarzt am 14. Mai 2007 habe der Visus am rechten Auge 0,4 betragen, am linken Auge sei er auf Fingerzeigen (FZ) reduziert gewesen. Subjektiv sei das Sehen schlecht geblieben, links sei sie «blind», rechts erkenne sie nur «Umrisse» und Gesichter (!). Das Sehen sei seit April 2006 schlecht. Sie sehe schwarze Balken, die sich in allen Richtungen hin und her bewegten. Nach der Laserbehandlung am linken Auge sei das Sehen links schlecht geblieben, am rechten Auge sei es besser geworden. Lesen und Schreiben sei nur mit sehr grosser Anstrengung möglich. Zusätzlich habe sie seit April 2006 immer Kopfschmerzen. Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, bei der ophthalmologischen Untersuchung zeige sich eine grosse Diskrepanz zwischen den objektiv messbaren Befunden und den subjektiv angegebenen oder wahrgenommenen Angaben der Patientin. Der angegebene Visus von 0,1 und 1/50 (bzw. 0,2 in Mydriasis) sei durch den morphologischen und elektrophysiologischen Befund nicht erklärt. Die Lichtunterschiedsempfindlichkeit (LUE) bei der Perimetrie passe beidseits nicht zu dem

angegebenen Visus. Auch für den perimetrischen Befund am linken Auge mit der nur sehr kleinen Restinsel zentral habe man keine objektiven Korrelate. Grosse Widersprüche finde man auch in der Anamnese. Es sei nicht erklärt, wie eine völlige Blindheit, die zwei Wochen lang bestanden haben solle, sich ohne aktuell noch feststellbare Residuen (die auch passten!) und ohne jede Therapie habe zurückbilden können. Die MRT-Befunde hätten zerebrale Befunde ausschliessen können. Zusammenfassend sei davon auszugehen, dass es sich bei den Beschwerden der Patientin um eine psychogene Sehverschlechterung handle. Um diese Verdachtsdiagnose weiter zu untermauern, sei eine objektive Visusbestimmung mittels visuell evozierter Potentiale durchgeführt worden. Dieser Untersuchung habe gezeigt, dass auch mit der kleinsten Grösse eines Schachbrettmusters noch kortikale Potentiale auslösbar gewesen seien, was einem wahren Visus von mindestens beidseits 0,63, eher aber von 1,0 entspreche. Aufgrund der hiesigen Ergebnisse sei dringend zu einem Therapiebeginn in einer heimatnahen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik zu raten (IV-Nr. 69).

5.8 Aus dem Bericht der Augenklinik X.____ (Dr. med. Y.____, Facharzt für Augenheilkunde, Netzhaut und Glaskörperchirurgie) vom 4. Juni 2008 geht hervor, die Patientin sei vom 7. Februar 2007 bis 23. August 2007 bei ihm in Behandlung gestanden. Die Diagnosen lauteten wie folgt: «Unklarer Visusverlust bds., Myopie». Der Gesundheitszustand könne mit medizinischen Massnahmen nicht verbessert werden. Die Prognose sei stationär (IV-Nr. 66 S. 1 f.).

6. Der aktuelle medizinische Sachverhalt präsentiert sich wie folgt:

6.1 Vom 8. bis 11. August 2016 war die Beschwerdeführerin im Z.____, Universitätsklinik für Rheumatologie, Immunologie und Allergologie, hospitalisiert. Es wurden die Diagnosen «V.a. undifferenzierte Konnektivitis DD Sjögren Syndrom», «V.a. chronisches Schmerzsyndrom», «Diabetes Mellitus ED 2014», «rezidivierende Infekte vor allem der oberen Atemwege», «V.a. United airways Syndrom», «unklare Ophthalmopathie mit Amaurosis links und Visuseinschränkung rechts» sowie «Hypovitaminose D» gestellt und zum Prozedere ein intensives aerobes Ausdauertraining mit ambulanter Physiotherapie, eine symptomatische Behandlung bei Sicca Symptomatik, eine Lippenspeicheldrüsenbiopsie sowie eine Nachkontrolle in der Poliklinik Rheumatologie des Z.____ angegeben (Provisorischer Kurzaustrittsbericht vom 10. August 2016, IV-Nr. 136).

6.2 Im Bericht des Z.____, Universitätsklinik für Rheumatologie, Immunologie und Allergologie, vom 18. Oktober 2016 wurden die Diagnosen «Sjögren-Syndrom», «Konstitutionelle Bandlaxität mit axialer und peripherer Hypermotilität», «Diabetes Mellitus», «Rezidivierende Infekte vor allem der oberen Atemwege», «V.a. United airways Syndrom», «Unklare Ophthalmopathie mit Amaurosis links und Visuseinschränkung rechts» sowie «Hypovitaminose D» angegeben. Im Rahmen der Beurteilung wurde dargelegt, obwohl serologisch keine Autoimmunität fassbar sei, sei mit der bewiesenen Sicca-Symptomatik mit Xerophthalmie und Xerostomie mit pathologischen Testbefunden sowie der pathologischen Lippenspeicheldrüsenbiopsie die Diagnose eines Sjögren-Syndroms zu stellen. Viele Konnektivitis-Patienten klagten über eine chronische Müdigkeit, unerholsamen Schlaf und längere Erholungszeit nach psychophysischen Herausforderungen. Zur Tagesmüdigkeit trage wohl prominent eine psychophysiologische Insomnie mit fraktioniertem Nachtschlaf und konsekutiver Tagesmüdigkeit bei. Wichtig sei eine sehr konsequente Rückfeuchtung der Augen und der Mundschleimhaut mit Augentropfen bzw. Mundspülungen (IV-Nr. 146 S. 8 f.).

6.3 Aus dem Bericht des I.____, Medizinische Klinik, vom 28. Oktober 2016 gehen die Diagnosen «Diabetes mellitus Typ 2 (ED 2014)», «Sjögren-Syndrom (ED 2016)», «Adipositas Grad III nach WHO» sowie «St.n. unklarer Augenerkrankung» hervor. Zur Beurteilung und zum

Procedere wurde angegeben, die Patientin stelle sich zur Verlaufskontrolle vor. Der HbA1c sei weiterhin gut eingestellt. Bezüglich des Gewichts, das ja auch immer ein Thema sei, finde sich aktuell ein weiterer sprunghafter Anstieg über die letzten neun Monate. Gesamthaft habe die Patientin im letzten Jahr 10 kg zugenommen. Hier wirke die Patientin recht unbekümmert. Die Kilometer-Raten auf dem Hometrainer seien gegebenenfalls etwas zu steigern (IV-Nr. 146 S. 6 f.). 6.4 Dr. med. AA.____, Facharzt Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, stellte in seinem Bericht zu Händen der IV-Stelle vom 15. Dezember (recte: November) 2016 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: «rezidivierende Infekte der oberen Atemwege mit/bei qualitativ normalen Serum-Immunglobulinen, verminderter IgG2-Fraktion gegen Pneumokokken-Polysaccharide, erhöhtem non-switched Memory B-Zell-Anteil, Status nach Siebbein- / Kieferhöhlen-Revisions-OP links am 04.11.2016, Status nach Septumplastik, endonasaler Siebbein-/Kieferhöhlen-OP bds. 06/2013; Verdacht auf United airways Syndrom; Polyglobulie». Im Weiteren attestierte er eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 4. Februar 2016 bis 7. April 2016. Es bestünden rezidivierende Infekte der oberen Atemwege mit entsprechender Beeinträchtigung und ausgeprägter körperlicher Schwächung. Die bisherige Tätigkeit sei noch zumutbar. Die Patientin befinde sich zurzeit in Behandlung im Z.____, Klinik für Rheumatologie, Immunologie und Allergologie. Eine diesbezügliche Beurteilung müsste dort oder über den Hausarzt stattfinden. Auch eine andere Tätigkeit sei zumutbar (IV-Nr. 145 S. 3 ff.). 6.5 Dem Bericht des Z.____, Universitätsklinik für Rheumatologie, Immunologie und Allergologie, zu Händen der IV-Stelle vom 18. November 2016 kann entnommen werden, der Gesundheitszustand der Patientin sei stationär. Man könne ihr andere Tätigkeiten mit einem vollen Arbeitspensum (100 %) zumuten. Dabei bestehe zufolge einer psychophysiologischen Hypersomnie, rascher Erschöpfbarkeit und längeren Erholungsphasen, wie es oft bei autoimmunen Konnektividen zu beobachten sei, eine um 20 % bis maximal 30 % verminderte Leistungsfähigkeit. Im Weiteren wurde ausgeführt, die praktisch ausnahmslos geklagte raschere Erschöpfbarkeit mit notwendig längeren Erholungsphasen im Rahmen von autoimmunen Konnektividen seien schwer behandelbar. Eine medikamentöse Therapie existiere nicht spezifisch. Man müsse die Patienten mit regelmässigen Gesprächen über die grundsätzliche Gutartigkeit des Phänomens aufklären und sie zu einer aktiven Lebensgestaltung ermuntern. Am positivsten wirke sich ein langfristig konsequent durchgeführtes aerobes Ausdauertraining im Verbund mit einer medizinischen Trainingstherapie, die bei dieser Patientin ohnehin von Vorteil wäre, da sie eine konstitutionelle Bandlaxität axial und peripher zeige, die belastungsabhängig zu Arthralgien führen könne. Seit Juni 2016 bestehe die bekannte Konnektivitis, die initial nicht definitiv habe klassiert werden können. Inzwischen könne aber mit Sicherheit von einem Sjögren-Syndrom ausgegangen werden. Es bestünden eine rasche Erschöpfbarkeit und lange Erholungsphasen bei zudem fraktioniertem Nachtschlaf. Allerdings sei die pneumologische polygraphische Schlafabklärung normal. Die Prognose sei grundsätzlich gut (IV-Nr. 147). 6.6 Aus dem Arztbericht von Dr. med. V.____ vom 9. Dezember 2016 geht hervor, bezüglich der Arbeitsunfähigkeit liege er eigentlich in einem dauernden Zwist mit der Patientin. Seit den Untersuchungen im Z.____ werde von den dortigen Spezialisten jeweils eine Arbeitsunfähigkeit vorgeschlagen, die dann aber vom Hausarzt ausgestellt werden müsse. Der Gesundheitszustand der Patientin sei stationär und besserungsfähig. Zur Anamnese gab er an, es sei ihm seit langem nicht mehr möglich, hier den Überblick zu behalten. Von Seiten der Patientin habe «nur noch das universitäre Wort aus [...]

Gültigkeit». Unter dem Titel «therapeutische Massnahmen/Prognose» legte er dar, es handle sich hier um eine schwierige Situation. Vor etlichen Jahren habe es auch schon eine hyperdramatische Zeit gegeben, damals sei es um die unmittelbar bevorstehende Erblindung der Patientin gegangen. Die aktuell im Vordergrund stehende Diagnose (Sjögren) entkräfte und relativiere alle Vorschläge und Massnahmen in Richtung Aktivität, Selbstverantwortung usw.. Eine Entwicklung, welche ihm sehr Angst mache. Wegen seiner fordernden Ansätze sei er «offiziell aus dem Rennen gekippt» worden. Die Patientin sei vom Morgen bis am Abend einfach nur müde. Es sei nicht verhandelbar, ob dieser Zustand korrigierbar sei; sie formuliere einfach, dass sie noch so gerne alles tun wolle, aber einfach nichts gehe (IV-Nr. 146 S. 1 ff.).

6.7 Dem Austrittsbericht der C.____, [...], vom 9. Mai 2017 über die stationäre Behandlung der Beschwerdeführerin vom 22. März bis 8. Mai 2017 können folgende psychiatrische Diagnosen nach ICD-10 entnommen werden: «Depressive Störung, bei Eintritt leichte bis mittelgradige depressive Episode (F32.10), Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeit mit dependent-überangepassten Zügen (Z73.1), DD Persönlichkeitsstörung». Im Weiteren wurde angegeben, die Patientin sei aufgrund einer ausgeprägten Schlaf- und Erschöpfungssymptomatik einhergehend mit einem amotivationalen Syndrom im Rahmen der Grunderkrankung zugewiesen worden. Psychotherapeutisch sei komplikationslos eine Umstellung auf ein dual wirksames Antidepressivum erfolgt. Es habe nur eine langsame affektive Stabilisierung beobachtet werden können. Die Patientin sei ohne Selbst- oder Fremdgefährdung in die ambulante Weiterbehandlung ausgetreten (IV-Nr. 172).

6.8 Im Bericht der C.____, [...], zu Händen der IV-Stelle vom 20. Juni 2017 wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (KV, Zweitausbildung als Sozialpädagogin) während der vorerwähnten stationären Behandlung attestiert. Im Weiteren wurde angegeben, der Gesundheitszustand der Patientin sei besserungsfähig. Die Patientin gebe seit ca. 2 Jahren eine depressive Zustandsverschlechterung mit Kraftlosigkeit, Anhedonie, psychovegetativer Erschöpfung und Gedankenkreisen, eine ausgeprägte Durchschlafinsomnie sowie generalisierte Schmerzen (Migräne-Attacken) an. Der Psychostatus bei Eintritt wurde wie folgt beschrieben: Wache und bewusstseinsklare Patientin, zu allen Qualitäten vollständig orientiert. Sie sei offen und freundlich zugewandt sowie mitteilend im Rapport. Affektiv sei sie teilweise parathym, insgesamt dabei auch eher Fassadär und wenig greifbar. Hinter einer Fassade bestehe eine anklingende Traurigkeit. Die Schwingungsbreite sei jedoch gegeben. Der formale Gedankengang sei in sich stringent und geschlossen, kein Anhalt für Wahn, Halluzinationen oder Ich-Störungen. Die Kognition und Aufmerksamkeit sei regelrecht, die Psychomotorik ruhig und unauffällig. Suizidalität sei mit Hinweis auf ihren christlichen Glauben klar verneint worden. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde angegeben, es bestehe eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit, eine reduzierte Belastbarkeit, ein stark reduziertes Durchhaltevermögen sowie eine Erschöpfung. Die bisherige Tätigkeit sei aus psychiatrischer Sicht zumutbar, wobei starke Zweifel an der Ausdauerfähigkeit und am Aufrechterhalten eines intentionalen Spannungsbogens bestünden. Als zeitlichen Rahmen sehe man zu Beginn ein Pensum von 40 %, d.h. 3 bis 4 Stunden pro Tag. Aufgrund der Schmerzproblematik und der depressiven Symptomatik, für welche sich leider keine konsistente Ursache finden lasse und die daher auch als Ausdruck der psychischen Erkrankung gesehen werden müsse, gehe man gesamthaft von einer reduzierten Leistungsfähigkeit aus, die jedoch nicht näher quantifiziert werden könne. Andere Tätigkeiten seien der Patientin ebenfalls zuzumuten. Man könne unterschiedliche

Tätigkeiten ausprobieren, es müsse jedoch in Betracht gezogen werden, dass von einer verminderten Leistungsfähigkeit auszugehen sei. Der zeitliche Rahmen sei ca. zwei bis drei Stunden pro Tag. Die verminderte Leistungsfähigkeit könne aktuell nicht genau beziffert werden (IV-Nr. 178). 6.9 Dr. med. V. ___ hielt in seinem Schreiben zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 21. Juni 2017 fest, er fungiere seit vielen Jahren, in letzter Zeit aber deutlich im Hintergrund, als Hausarzt der Patientin. Bezüglich der verschiedenen Abklärungen und Diskussionen über Krankheitswert und Arbeitsunfähigkeit usw. habe er sich bewusst und offiziell immer wieder herausgehalten. Es sei für ihn nicht möglich, bezüglich der laufenden medizinischen Geschäfte den Überblick zu behalten. Unlängst habe sich die Patientin in seiner Sprechstunde gemeldet und freundlich, fröhlich und unbeschwert mitgeteilt, dass er, der Hausarzt, nun für alles zuständig sei. Dass ihn das dann ein bisschen weniger fröhlich und heiter gestimmt habe, sei möglicherweise nachvollziehbar (IV-Nr. 177). 6.10 Dem von der Beschwerdegegnerin veranlassten polydisziplinären (internistischen, rheumatologischen, neuropsychologischen, ophthalmologischen und psychiatrischen) Gutachten der D. ___ vom 4. Oktober 2017 (Untersuchungen vom 12., 14., 16. und 22. Juni 2017; Schlussbesprechung vom 27. September 2017) können folgende Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit entnommen werden: «Neurasthenie; Sjögren-Syndrom (ES: 09/2016), objektiviertes Sicca-Syndrom, initial seronegativ, aktuell ANA 1:160 positiv, persistent leicht erhöhte humerale Entzündungsparameter, Histologie der Lippenspeicheldrüse: lymphozytärer Fokus vereinbar mit Sjögren-Syndrom, chronische Fatigue». Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert, wurden angegeben: «Rheumatologische Diagnosen: Fibromyalgie-Syndrom (DD: sekundär bei Sjögren-Syndrom), partielles Hyperlaxitätssyndrom mit Polyarthralgien, Fasciitis plantaris beidseits; Ophthalmologische Diagnosen: links unklare akut aufgetretene massive Visus- und Gesichtsfeldeinschränkungen seit zirka Mai 2006, beidseits hohe Myopie kombiniert mit Hornhautastigmatismus, Sicca-Symptomatik bei Sjögren-Syndrom; Akzentuierung von Persönlichkeitszügen; Alters- und ausbildungsadäquate kognitive Leistungsfähigkeit bei anamnestisch zeitlich verminderter mentaler Belastbarkeit; Diabetes mellitus Typ 2 (gut eingestellt mit Bydureon, HbA1c 6.8 %); Adipositas (BMI 37) mit Hyperlipidämie». Als Nebenfunde wurden ein Status nach mehreren Zahn- und Kieferkorrekturen als Kind sowie rezidivierende Infekte der oberen Luftwege, Tonsillektomie 1995 und ein Status nach zweimaliger Operation wegen Nasenpolypen, angegeben. Die zusammenfassende Beurteilung lautete wie folgt: die Explorandin sei als Serbin unehelich in [...] geboren und später von Schweizer Eltern adoptiert worden, bei denen sie zurzeit auch wohne. Nach einem KV-Abschluss im Jahr 2011 habe sie ab dem Jahr 2014 ein Praktikum in Sozialpädagogik begonnen, das sie im November 2015 wegen eines körperlichen Zusammenbruchs habe aufgeben müssen. Seither habe sie keine ausserhäusliche Tätigkeit ausgeübt. Ungefähr im Jahr 1996 seien erstmals Sehstörungen aufgetreten. Es sei beidseits eine Myopie festgestellt worden, welche erfolgreich mit einer Brille und Linsen behandelt worden sei. Im Jahr 2006 seien dann erneut Sehprobleme aufgetreten, deren Ursache trotz ausgiebiger Abklärungen nie habe eruiert werden können. Es bestehe eine persistierende Visusverminderung linksbetont. Der ophthalmologische Teilgutachter diagnostiziere nebst einer beidseitigen hohen Myopie, kombiniert mit Hornhautastigmatismus und einer erst kürzlich aufgetretenen Sicca-Symptomatik im Rahmen des Sjögren-Syndroms, eine linksseitig unklar akut aufgetretene massive Visus- und Gesichtsfeldeinschränkung seit Mai

2006. Er führe weiter aus, dass die massive Visus- und Gesichtsfeldeinschränkung linksbetont keiner ophthalmologischen Erkrankung zugewiesen werden könne, respektive dass die Sehverschlechterung nicht mit einem Augenleiden erklärt werden könne, wie dies auch schon frühere Untersucher beschrieben hätten. Demzufolge liege aus ophthalmologischer Sicht auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Im Weiteren beklage die Explorandin seit Kindheit wechselnde Gelenkschmerzen, früher als Wachstumsstörungen interpretiert, dann seit August 2016 zunehmend vor allem im Bereich des Hand- und Fingergelenke, mit schliesslich der Diagnosestellung eines Sjögren-Syndroms in der Rheumatologie des Z. ____, und dann beginnender Behandlung mit Plaqueuil. Der rheumatologische Teilgutachter bestätige diese Diagnose: Sjögren-Syndrom mit objektiviertem Sicca-Syndrom, initial seronegativ und aktuell ANA 1:160 bei persistent leicht erhöhten humeralen Entzündungsparametern, mit typischem histologischem Befund im Bereich der Lippenspeicheldrüse und verbunden mit chronischer Fatigue. Im Weiteren führe er aus, dass aufgrund dieser Erkrankung die Leistungsfähigkeit bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit leicht eingeschränkt sei mit einer daraus resultierenden Arbeitsfähigkeit von 80 %. Zusätzliche rheumatologische Diagnosen seien ein Fibromyalgie-Syndrom (DD: sekundär bei Sjögren-Syndrom), ein partielles Hyperlaxitätssyndrom mit Polyarthralgie und eine Fasciitis plantaris beidseits, alles ohne Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Ferner wurde angegeben, in psychischer Hinsicht gehe es der Explorandin seit Ende 2013 und vor allem seit November 2015 zunehmend nicht gut mit abnormer Müdigkeit, Erschöpfungszuständen, Antriebslosigkeit und Resignation, sie sei deswegen im Frühling 2017 stationär behandelt worden, was die Situation nicht wesentlich verbessert habe. Der psychiatrische Teilgutachter stelle aufgrund seiner Untersuchungen die Diagnosen Neurasthenie sowie Akzentuierung von Persönlichkeitszügen. Er diskutiere auch ausführlich die Indikatoren. Dann führe er aus, dass die Diagnose der Neurasthenie in der Regel keinen Rentenanspruch begründe, dass aber die eng gefasste psychiatrische Störung nicht isoliert betrachtet werden dürfe, sondern in der Gesamtschau mit den körperlichen Dimensionen, und dass dann der psychiatrischen Diagnose ein grösseres Gewicht zukomme, d.h. dass eine gewisse Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen von 50 % bestehe. Das neuropsychologische Teilgutachten ergebe die Diagnose einer alters- und ausbildungsadäquaten kognitiven Leistungsfähigkeit bei anamnestisch zeitlich verminderter mentaler Belastbarkeit, aktuell ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Insgesamt werde die Arbeitsfähigkeit der Explorandin vor allem durch die psychopathologischen und nur wenig durch die somatischen Befunde eingeschränkt. Die Arbeitsfähigkeit der Explorandin wurde wie folgt beurteilt: In den zuletzt ausgeübten Tätigkeiten als kaufmännische Angestellte und im Sozialpädagogikbereich erachte man die Explorandin vor allem aus psychopathologischen Gründen nur zu 50 % arbeitsfähig. Aus somatischer Sicht bestehe eine leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit auf 80 %. Jede Alternativtätigkeit sei im gleichen Ausmass, d.h. zu 50 %, zumutbar. Nebst der optimalen Behandlung des Sjögren-Syndroms und der Gewichtsreduktion werde eine stationär-psychiatrische Rehabilitation in einer Spezialklinik empfohlen, wobei die Erfolgsaussichten schwer abzuschätzen seien. Die geschätzte reduzierte Arbeitsfähigkeit habe aus psychiatrischer Sicht ihre Gültigkeit ab November 2015, aus rheumatologischer Sicht ab Datum der Schlussbesprechung vom 27. September 2017. Der weitere Verlauf sei in jeder Hinsicht ungewiss. Abschliessend wurde darauf hingewiesen, labormässig müssten gewisse Unklarheiten festgestellt werden; u.a. seien bei erhöhtem Nüchtern-Cortisol erhöhte Anti-21-Hydroxylase-Werte festgestellt worden, die eigentlich auf einen Morbus

Addison hindeuteten. Es seien entsprechende Abklärungen vorzunehmen (IV-Nr. 181.1 S. 13 ff.). Damit wurden die Angaben des rheumatologischen Teilgutachters Dr. med. AB.____, Facharzt FMH Rheumatologie, mitberücksichtigt, welcher im Rahmen seiner Beurteilung auf verschiedene unklare Laboruntersuchungswerte hinwies. Er empfahl deshalb bezüglich der Fatigue und der aktuellen Laborkonstellation eine endokrinologisch-immunologische Abklärung am Z.____ (IV-Nr. 181.2 S. 16 ff.). 6.11 RAD-Ärztin Dr. med. AC.____, praktische Ärztin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 20. November 2017 fest, die Teilgutachten aus den Fachgebieten «Rheumatologie», «Innere Medizin», «Neuropsychologie» und «Ophthalmologie» seien aus versicherungsmedizinischer Sicht als schlüssig und die wesentlichen Sachverhalte als ausreichend erfassend zu bewerten. Es könne auf diese Fachgebiete abgestellt werden. Dabei ergebe sich nur eine Diagnose mit Arbeitsfähigkeitsrelevanz auf dem rheumatologischen Fachgebiet, nämlich das Sjögren-Syndrom (ED im 09/2016). Daraus leiteten die Gutachter an Einschränkungen zur Arbeitsfähigkeit schlüssig ab, dass hinsichtlich jeglicher körperlicher leichter, gelegentlich mittelschwerer Tätigkeit in vorzugsweise wechselnden Körperpositionen keine zeitliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bei geschätzter Leistungseinbusse von 20 % aufgrund des Bedarfs an vermehrten Pausen und des langsameren Arbeitstempos bestehe. Dies gelte für die angestammte Tätigkeit (KV-Lehre/Studium Sozialpädagogik), welche bereits die Kriterien für eine gut angepasste Tätigkeit erfülle. Auch hinsichtlich einer anderweitigen, leidensadaptierten Tätigkeit werde aktuell die Arbeitsfähigkeit auf 80 % geschätzt. Entscheidend für die Beurteilung des Gesundheitsschadens und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sei aber überwiegend die psychiatrische Symptomatik. Hier werde als Diagnose mit Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit allein das Vorliegen einer Neurasthenie genannt. Dass diese Diagnose einen Rentenanspruch begründe, finde sich auf den S. 6 bis 8 im psychiatrischen Teilgutachten. Diese Ausführungen könnten versicherungsmedizinisch aber nicht überzeugen. Mindestens die Themen «Komplexe Persönlichkeitsstörung», «Regression», «Essstörung», «chronic fatigue» und «somatoforme Störung» seien nicht ausreichend erörtert und bewertet worden. Ebenfalls seien die angegebene (funktionelle), in Art und Schwere schwankende Teil-Erblindung mit massiver Visus- und Gesichtsfeldeinschränkung (links) und zeitweiser Benutzung eines Blindenstocks, die keiner ophthalmologischen Erkrankung zugewiesen werden könne, psychiatrisch nicht entsprechend erörtert bzw. bewertet worden. Es werde deshalb eine zweite psychiatrische gutachterliche Evaluation benötigt (IV-Nr. 186). 6.12 Im daraufhin von der Beschwerdegegnerin veranlassten psychiatrischen Gutachten von PD Dr. med. F.____ vom 19. März 2018 (Untersuchung vom 6. März 2018) konnte keine psychiatrische Diagnose mit aktueller Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Als psychiatrische Diagnosen ohne wesentliche Auswirkung auf die aktuelle Arbeitsfähigkeit wurden eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21), ein Verdacht auf eine dissoziative Sehstörung (ICD-10 F44.6), differentialdiagnostisch bedingt durch das Sjögren-Syndrom oder eine weitergehende Kollagenose, sowie ein Zustand nach depressiver Episode angegeben. Als somatische Diagnosen entsprechend dem D.____-Gutachten vom 4. Oktober 2017 wurden folgende Diagnosen aufgeführt: «Sjögren-Syndrom mit chronischer Fatigue und Fibromyalgiesyndrom; links: unklare, akut aufgetretene massive Visus- und Gesichtsfeldeinschränkung seit Mai 2006, beidseits hohe Myopie mit Hornhautastigmatismus und Sicca-Symptomatik bei Morbus Sjögren sowie rheumatologisch leicht erhöhten IgG-Anti-Cardiolipin-Antikörpern und positivem

Anti-21-Hydroxylase-Antikörper bei unauffälligem MRI-Cerebrum und Orbita; Partielles Hyperlaxitätssyndrom; Unklare Polyglobulie; E2-Mangelsituation und tiefes DHEAS bei positiven Antikörpern gegen Nebennierenrinde und 21-Hydroxylase und hohes Nüchtern-Cortisol; Fasciitis plantaris beidseits; Diabetes mellitus Typ II; Arterielle Hypertonie; Tachykardie; Rezidivierende Infekte vor allem der oberen Atemwege; Verdacht auf United airways-Syndrom; Adipositas mit Hyperlipidämie». Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung wurde zum bisherigen Verlauf von Behandlung, Rehabilitation und Eingliederungsmassnahmen etc. im Wesentlichen dargelegt, im Zeitpunkt der Begutachtung liege keine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Diagnostisch zeige sich von psychiatrischer Seite zum Begutachtungszeitpunkt lediglich eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion, welche aus gutachterlicher Sicht durch die Einschränkungen der rheumatologischen Erkrankung verursacht werde, jedoch getrennt davon einer Behandlung bedürfe, da sie zunehmend die Lebensqualität der Explorandin beeinträchtige. Daher sei eine psychiatrische / psychotherapeutische Behandlung dieser Anpassungsstörung aus gutachterlicher Sicht sehr empfehlenswert und erfolge bereits in der momentan stattfindenden regelmässigen Therapie beim Psychiater und Psychologen. Die rheumatologische Grunderkrankung der Explorandin sei mit einem erheblich erhöhten Risiko für die Entwicklung depressiver Episoden verbunden, auch wenn zum Begutachtungszeitpunkt die Diagnosekriterien für eine depressive Störung noch nicht erfüllt seien. Es bestehe jedoch ein hohes Risiko, dass künftig depressive Episoden mit Erfüllung der Diagnosekriterien auftreten könnten. Diese hätten dann wiederum zusätzliche, zum Teil potenziell erhebliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Psychopharmakologisch werde die Explorandin derzeit mit dem stimulierenden Antidepressivum behandelt. Aus gutachterlicher Sicht erscheine die bisherige Wirkungslosigkeit der eingesetzten Antidepressiva, insbesondere bezogen auf die Fatigue-Symptomatik, nachvollziehbar, da es sich hierbei nicht um eine psychiatrische Symptomatik handle. Eine rheumatologisch verursachte Fatigue sei in der Regel kaum durch den Einsatz von Antidepressiva zu verbessern. Bei der Sehstörung bleibe unklar, ob es sich tatsächlich um eine dissoziative Sehstörung handle. Eine eindeutig festzustellende, schwergradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die Sehstörung werde jedoch weder durch die Explorandin selbst beansprucht, noch könne eine solche schwere Beeinträchtigung durch diese Störung in ihren Alltagsaktivitäten festgestellt werden, weshalb diese mögliche Verdachtsdiagnose von psychiatrischer Seite nur als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwogen worden sei. Insgesamt sei entsprechend der hier gemachten Ausführungen insbesondere für die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden Diagnosen die rheumatologische Erkrankung zentral. Psychiatrische Erkrankungen seien hier eher als sekundäre Folge (Anpassungsstörung, Gefahr von depressiven Episoden) zu sehen. Für die Gesamtprognose sei daher im Wesentlichen der rheumatologische Verlauf verantwortlich, welcher durch den Rheumatologen beurteilt werden müsse. Das gleiche gelte auch in Bezug auf die Heilungschancen der momentan die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Diagnosen. Zur Würdigung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen wurde sodann angegeben, in den Lebensabschnitten vor dem Beginn der Sehstörung und nach Abschluss der Sehbehindertenschule mit Anfang der KV-Ausbildung bis zum Beginn der Ausbildung als Sozialpädagogin im Jahr 2015 habe die Explorandin aus psychiatrischer Sicht gute bis sehr gute kognitive Fähigkeiten, schulische Fertigkeiten, interpersonelle Kommunikationsfähigkeiten und allgemeine soziale Fähigkeiten gezeigt. Es

mache den Anschein, dass diese Fähigkeiten nach den vorliegenden Akten sowie nach den Angaben der Explorandin und ihrer Adoptivmutter auch unter der weiter bestehenden Sehstörung bis zum Beginn der Fatigue-Symptomatik wieder abrufbar gewesen seien. Mit dem Beginn der Fatigue-Symptomatik ab Herbst 2015 sei der Zugang zu diesen an sich sehr positiven Fähigkeiten jedoch weitgehend eingeschränkt, was immer noch der Fall sei. Neben den bereits ausführlich diskutierten gesundheitlichen Belastungen der Explorandin könnte man noch die Adoption selbst als Belastungsfaktor ansehen. Die Explorandin sei von ihren Adoptiveltern hierüber bereits in der Kindheit informiert worden und sie habe damit immer einen guten Umgang gezeigt. Im Jahr 2016 sei es dann unverhofft zu einer Kontaktaufnahme der leiblichen Mutter mit der Explorandin gekommen. Dies habe psychisch tatsächlich eine gewisse Belastung für die Explorandin dargestellt. Allerdings könne hier psychiatrisch keinerlei Verbindung mit den verschiedenen Krankheitssymptomen festgestellt werden, da sich weder zum Zeitpunkt des Beginns der Sehstörung im Jahr 2006 noch am Beginn der schweren Fatigue-Symptomatik im Herbst 2015 irgendwelche Belastungen aus dem Hintergrund der Adoption aufzeigen liessen. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit gab PD Dr. med. F.____ an, er könne keine psychiatrischen Diagnosen mit erheblicher Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellen. Die die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Diagnosen bestünden vielmehr im rheumatologischen Bereich. Hinsichtlich der hieraus resultierenden einschränkenden Symptome stehe die Fatigue im Vordergrund. Eine Einschränkung durch die Fatigue sei auch im rheumatologischen Gutachten der D.____-Begutachtung attestiert worden, wobei der rheumatologische Gutachter nur eine leichte Auswirkung der Fatigue auf die Leistungsfähigkeit angenommen habe, jedoch keinerlei Einschränkung in der zeitlichen Belastungsfähigkeit attestiert habe. Auch in der rheumatologischen Literatur werde die Fatigue beim Sjögren-Syndrom als das den Alltag am meisten beeinträchtigende Symptom dargestellt. Insofern erscheine aus Sicht des psychiatrischen Unterfachgebiets der Konsiliar- und Liaisonspsychiatrie, welches sich mit den Übergangsbereichen zwischen psychiatrischen und somatischen Erkrankungen beschäftige, die Einschätzung der schweren Fatigue bei der Explorandin, insbesondere bezogen auf die angeblich zeitlich uneingeschränkte Belastbarkeit, höchst fragwürdig. Da es sich bei der Fatigue des Sjögren-Syndroms jedoch um eine rheumatologische Problematik handle, müsse dies durch die rheumatologische Seite beurteilt werden. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wurde festgehalten, auch hierzu könne aufgrund der fehlenden psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nur indirekt Stellung genommen werden. Primär müsse auch dies durch das zuständige Fachgebiet der Rheumatologie beurteilt werden. Aufgrund der speziell für körperliche Belastungen vorhandenen Erschöpfbarkeit wäre jedoch eher zu einer Tätigkeit mit möglichst keiner oder nur ganz leichter körperlicher Aktivität zu raten (IV-Nr. 196 S. 32 ff.). 6.13 RAD-Ärztin Dr. med. AC.____ hielt in ihrer Aktennotiz vom 16. Mai 2018 betreffend ein Telefongespräch mit dem neuen Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. AD.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, fest, die im D.____-Gutachten vom 4. Oktober 2017 empfohlene endokrinologische Untersuchung zum Ausschluss eines Morbus Addison sei noch nicht durchgeführt worden. Der Hausarzt werde diese jetzt veranlassen. Die Versicherte sei selten bei ihm in der Praxis. Sie sei meist zurückhaltend, etwas verschlossen, jedoch bei der Durchsetzung ihrer Belange auch durchaus fordernd bzw. bestimmend. Sie komme mit uneingeschränkter Beweglichkeit, freiem Gang in die Praxis und sei im allgemeinen Verhalten unauffällig. Seines Wissens gehe die Versicherte regelmässig zum Psychiater

(Praxis AE. ____). Er sei nicht sicher, ob die im D. ____-Gutachten gemachten Angaben zur Anamnese alle stimmten. Er habe sich sehr gewundert, weshalb die Versicherte von der IV eine Hilflosenentschädigung beziehe und einen Scooter zur Verfügung gestellt bekomme. Das weitere Procedere gestalte sich wie folgt: Zum Ausschluss eines Morbus Addison seien die diesbezüglichen endokrinologischen Untersuchungsergebnisse abzuwarten bzw. zu erbringen (IV-Nr. 207). 6.14 In ihrer Stellungnahme vom 30. Mai 2018 hielt die RAD-Ärztin fest, auf die im D. ____-Gutachten vom 4. Oktober 2017 getroffenen somatischen Feststellungen zur Arbeitsfähigkeit der Versicherten könne abgestellt werden. Es ergebe sich daraus aus rheumatologischen Gründen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % in der angestammten und in einer leidensangepassten Tätigkeit, geltend ab der Schlussbesprechung vom 27. September 2017. Die Ausführungen im D. ____-Gutachten zum psychiatrischen Sachverhalt hätten jedoch nicht überzeugen können, weshalb das psychiatrische Obergutachten durch PD Dr. med. F. ____ vom 19. März 2018 veranlasst worden sei. Die darin enthaltenen vielfachen Ausführungen zum rheumatologischen Sachverhalt, die der begutachtende Psychiater vornehme, seien fachfremd und könnten auch nicht überzeugen. Hier seien aus RAD-Sicht die fachspezifischen Aussagen des Rheumatologen im D. ____-Gutachten auch weiterhin als schlüssig zu bewerten. Was aber den zu begutachtenden psychiatrischen Sachverhalt im Obergutachten von PD Dr. med. F. ____ angehe, so sei dieser als in sich schlüssig und gründlich erarbeitet zu bewerten, weshalb darauf abzustellen sei. Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten, es bestehe demnach eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Davon sei mindestens seit dem Datum des Gutachtens (19. März 2018) auszugehen. Ein entsprechendes Leistungsprofil finde sich auf S. 17 / 18 im rheumatologischen Teilgutachten der D. _____. Unter dem Vermerk «erklärende Nebenbemerkung» wurde angegeben, durch die aktuell noch hängige, über den Hausarzt durchzuführende endokrinologische Zusatzuntersuchung (Telefonnotiz betreffend Gespräch mit dem Hausarzt vom 16. Mai 2018 [vgl. E. II. 6.13 hiervor]) sei überwiegend wahrscheinlich keine Änderung der oben beschriebenen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten (vgl. dazu im Hauptgutachten S. 15 Ziff. 6 und im rheumatologischen Teilgutachten S. 15, unterer Abschnitt). Die auf dem psychiatrischen Fachgebiet evaluierten Befunde und die daraus resultierende Arbeitsfähigkeit seien schlüssig und nachvollziehbar. Es ergebe sich aus rheumatologischen Gründen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % in der angestammten und in einer leidensangepassten Tätigkeit, geltend ab der D. ____-Schlussbesprechung (IV-Nr. 209). 6.15 In der auf den erhobenen Einwand der Beschwerdeführerin hin verfassten Stellungnahme der RAD-Ärztin vom 12. November 2018 wurde dargelegt, sämtliche Angaben und Berichte seien beschafft und medizinisch gewürdigt worden. Auch Gutachten seien erstellt worden. Medizinisch diagnostische Untersuchungen seien jedoch nicht Sache der Versicherungsmedizin. Diese seien über die Behandler zu erbringen. Erst die Bewertung der gewonnenen diagnostischen Untersuchungsergebnisse mit den daraus resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sei Sache der Versicherungsmedizin. Andernfalls hätte eine solche Untersuchung im Rahmen der rheumatologischen Begutachtung in der D. ____ stattgefunden. Der RAD habe sogar mit dem zuständigen niedergelassenen Kollegen Kontakt aufgenommen, um eine endokrinologische Untersuchung zu erwirken. Es sei auch in der Stellungnahme vom 30. Mai 2018 bereits darauf hingewiesen worden, dass – bezugnehmend auf die Ausführungen im D. ____-Gutachten – durch eine solche Untersuchung überwiegend wahrscheinlich keine Änderung der Einschätzung der

Arbeitsfähigkeit zu erwarten sei. Auch zum weiteren Einwand (nicht objektivierbare Herz-Kreislauf-Probleme könnten auf das diagnostizierte Sjögren-Syndrom unter Mitbeteiligung des Herzens zurückgeführt werden) habe der RAD bereits Stellung genommen. Die vom psychiatrischen Obergutachter PD Dr. med. F.____ gemachten Ausführungen zum rheumatologischen Sachverhalt seien fachfremd und könnten ebenfalls nicht überzeugen. Hier seien die fachspezifischen Aussagen des Rheumatologen im D.____-Gutachten weiterhin als schlüssig zu bewerten. Es bleibe der Beschwerdeführerin bzw. ihrem Rechtsvertreter unbenommen, gegenüber dem im D.____-Gutachten beschriebenen rheumatologischen Sachverhalt gegenteilige, objektive und fachspezifische Untersuchungsergebnisse vorzulegen (IV-Nr. 223).

6.16 Den von der Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 8. Mai 2020 (A.S. 86 f.; vgl. E. I. 2.7 hiervor) dem Gericht nachgereichten medizinischen Unterlagen kann Folgendes entnommen werden:

6.16.1 Im Bericht des G.____, Klinik für Rheumatologie (Dr. med. AF.____, Oberärztin) vom 19. Juni 2019 wurden die Diagnosen «Seronegatives Sjögren-Syndrom, ED 2016, Diagnose Inselspital», «V.a. Gastroparese», «Unklare Visusstörungen, anamnestisch seit 2006», «Diabetes mellitus Typ 2, ED 2014», «Adipositas Grad III nach WHO», «Anamnestisch Asthma bronchiale», «Dyspepsie», «Anamnestisch gehäufte Harnwegsinfekte» und «Verdacht auf arterielle Hypertonie» angegeben. Zum Verlauf wurde angegeben, aktuell beklage die Patientin weiterhin eine ausgeprägte Fatigue, die kaum bekämpfbar sei. Sie schlafe sehr viel und gehe zweimal täglich spazieren mit dem Hund, sonst bestünden keine relevanten anderen Alltagsaktivitäten. Sie berichte aktuell über eine Visusstörung, welcher damals über Nacht aufgetreten und seit dem Jahr 2006 vorhanden sei. Weiterführende Abklärungen inkl. MRI seien damals ohne Ergebnis geblieben. Seither verändere sich der Visus stetig. Es bestünden Kribbelparästhesien an den Armen linksbetont und den Füßen sowie eine Migräne. Mittlerweile seien diverse weiterführende Abklärungen erfolgt. Die Echokardiographie vom 19. März 2019 sei unauffällig ausgefallen. Ein MRI betreffend Herz vom 30. April 2019 habe keine Narben oder Fibrosen des linksventrikulären Myokards gezeigt. Gemäss der 24-Stunden-Blutdruckmessung vom 26. März 2019 bestehe keine bedürftige arterielle Hypertonie. Das CT Thorax vom 11. April 2019 habe keine suspekten Raumforderungen oder Infiltrate und keine interstitiellen Lungenparenchymveränderungen gezeigt. Gastroenterologisch sei eine 24-Stunden-Manometrie durchgeführt worden ohne Hinweise auf eine Refluxerkrankung. Insgesamt bestehe keine höhergradige Motilitätsstörung des Ösophagus. Die verzögerte Magenentleerungs-Halbwertszeit deute auf eine Gastroparese hin, weshalb weitere Untersuchungen erfolgten. Zur Beurteilung wurde dargelegt, in den durchgeführten Abklärungen ergäben sich keine Anhaltspunkte für eine systemische Manifestation des Sjögren-Syndroms. Die festgestellte Gastroparese stehe möglicherweise im Zusammenhang mit dem Diabetes mellitus. Weiterhin stark einschränkend sei die ausgeprägte Fatigue. Der Patientin sei mitgeteilt worden, dass die Fatigue sehr typisch sei für das Sjögren-Syndrom und leider auch eingeschränkt behandelbar sei. An erster Stelle stünden leichte sportliche Aktivitäten (BB 16; vgl. Bericht vom 7. Februar 2019 [BB 17]).

6.16.2 Aus dem Bericht des G.____, Klinik für Neurologie (Dr. med. AG.____, Oberärztin; AH.____, Assistenzärztin), über die Neuroimmunologie-Sprechstunde vom 27. Januar 2020 geht hervor, die Patientin stelle sich zur Befundbesprechung vor. Anamnestisch seien keine neuen Aspekte im Vergleich zur Voruntersuchung ersichtlich. Klinisch zeige sich rechts ein Visus von 0.2, links könne die Patientin Bewegungen wahrnehmen. Sie bewege sich dennoch uneingeschränkt im Zimmer, könne gezielt nach Objekten greifen, die Hand der Untersucherin zur Begrüssung fassen und ihr eigenes Mobiltelefon bedienen. Es bestehe

also eine gewisse Diskrepanz zwischen den subjektiven Angaben und der Funktionsfähigkeit im Alltag. Der Neurostatus sei unauffällig. In der Zusammenschau der Anamnese (Beschwerden fluktuierend seit dem Jahr 2006, mit damals unauffälligen Befunden) und der Klinik (beidseits Visusminderung und Diskrepanzen in der Untersuchung) liessen sich der Grossteil der Beschwerden neurologisch nicht konklusiv erklären. Insbesondere die Diskrepanzen in der klinischen Untersuchung liessen an eine zumindest teilweise funktionelle Genese denken. Demgegenüber zeige sich nun jedoch neu eine pathologische VEP-Messung (visuell evozierte Potentiale) links. Die Visuseinschränkung rechts sei damit weiterhin nicht erklärt; eine abgelaufene opticus neuritis links könne jedoch nicht sicher ausgeschlossen werden. Diese könnte im Rahmen des bekannten Sjögren-Syndroms erklärt werden. Hinweise auf eine chronisch entzündliche ZNS-Erkrankung seien aktuell nicht ersichtlich (BB 21; vgl. Berichte vom 9. September 2019 [BB 19] und 15. Oktober 2019 [BB 20]).

6.16.3 Dem Bericht des G.____, Augenklinik (Prof. Dr. Dr. med. J.____) vom 30. Januar 2020 kann ein korrigierter Fernvisus der Beschwerdeführerin von 0.3 (rechts) und 0.5 (links, Handbewegungswahrnehmung) entnommen werden (BB 15).

6.17 Dem vom Versicherungsgericht veranlassten interdisziplinären (internistischen, endokrinologischen / diabetologischen, rheumatologischen, neurologischen, ophthalmologischen und psychiatrischen) Gutachten der K.____ vom 11. August 2021 (Untersuchungen vom 22. Dezember 2020 sowie 12. Januar und 7., 23. sowie 27. April 2021) können im Rahmen der Konsensbeurteilung folgende relevante Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) entnommen werden: «1. Seronegatives Sjögren-Syndrom, ED 2016, objektiviertes Sicca-Syndrom: mittels Histologie der Lippenspeicheldrüse mit lymphozytärem Fokus Grad III nach Chisholm und Masen, pathologischem Saxontest 2.27 g/2min., pathologischem Schirmertest bds. 0 mm (Z.____), aktuell negative Anti-dsDNA, Anti-SSA/Ro52, Anti-SSA/Ro60, Anti-SS-B/La und keine humerale Entzündungsparameter, mit Fatigue; 2. Chronische Spannungskopfschmerzen mit migräneartigen Attacken (DD: chronische Migräne)». Die weiteren gestellten Diagnosen (1. Sehestörung, am ehesten dissoziativ [ICD-10: F44.6]; 2. Partielles Hyperlaxitätssyndrom [Beighton Score 4/9]; 3. Leicht degenerative Veränderungen der Intervertebralgelenke der gesamten HWS, mässige Unkarthrosis C5/6 mit Streckfehlhaltung bei Haltungsinsuffizienz; 4. Fibromyalgie-Syndrom [DD: sekundär bei Sjögren-Syndrom]; 5. Endgradiger Funktionsschmerz im rechten Schultergelenk; 6. Hypercholesterinämie; 7. Adipositas Grad I [BMI 33.2 kg/m²]; 8. Diabetes mellitus Typ 2 [ED 2014]; 9. Auge beidseits: hohe Myopie, Esophorie, Astigmatismus, dringender Verdacht auf funktionelle Sehestörung) haben nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde / Diagnosen wird angegeben, es bestünden Erschöpfbarkeit und Müdigkeit, belastungsabhängige Schmerzen von Seiten des Bewegungsapparates, ferner chronische Spannungskopfschmerzen und migräneartige Attacken. Es liege des Weiteren eine im Alltag wenig beeinträchtigende Sehestörung vor. Von der Persönlichkeit her ergäben sich unter Berücksichtigung der Unterlagen sowie der Interaktion in der Untersuchungssituation leicht abhängige Persönlichkeitszüge, im Sinne einer Persönlichkeitsvariante. Zu den Ressourcen wird erwähnt, die Explorandin verfüge über eine gute Ausbildung, eine stabile Partnerschaft und einen Arbeitsplatz. Es seien aktuell keine psychosozialen Belastungen erkennbar. Psychosozial belastend sei es für die Explorandin in der Vergangenheit gewesen, als sie Details ihrer Herkunft (adoptiert, biologisch entstanden aus inzestuöser Verbindung) erfahren habe. Geeignet sei eine

wechselbelastende Tätigkeit mit nicht monoton-repetitivem Heben, Tragen und Ziehen von Lasten bis 10 kg, gelegentlich mittelschwer bis 25 kg. Nachtschichten seien nicht geeignet. Im Rahmen der Konsistenzprüfung wird dargelegt, die Aktivitätenniveaus in den Bereichen Freizeit und Haushalt auf der einen Seite sowie dem beruflichen Bereich auf der anderen Seite seien im vorliegenden Fall sehr schwer miteinander zu vergleichen. So sei die Explorandin zwar zu 80 % beschäftigt, erhalte aber einen Leistungslohn. Sie habe unterschiedliche Angaben zur Selbsteinschätzung ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit gemacht. So habe sie in der psychiatrischen Untersuchung geäußert, dass sie sich eine Arbeit im KV-Bereich zu 20 % zutraue. In der internistischen und endokrinologischen Untersuchung habe sie angegeben, dass sie sich vorstellen könne, auf längere Sicht 50 bis 60 % zu arbeiten. Warum dies nicht bereits aktuell möglich sein sollte, erschliesse sich nicht. Therapien seien durchgeführt worden, insofern sei ein leidensadaptierter Leidensdruck zu bejahen. Aktuell sei die Therapiesituation aber nicht optimal. Eine ambulante psychiatrische Therapie erfolge überhaupt nicht. Zwar wäre dadurch keine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten, da derzeit rein psychiatrisch betrachtet keine Verminderung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Aus rezidivprophylaktischen Gründen wäre eine ambulante psychiatrische Behandlung bei psychogener Sehstörung (die sich ja auch wieder verschlechtern könne) aber wichtig. Aus neurologischer Sicht wäre prinzipiell eine medikamentöse Prophylaxe dringend empfehlenswert. Zur Konsistenz der geklagten Symptome wurde ferner angegeben, es bestünden hinsichtlich des neurologischen und rheumatologischen Fachgebietes Zweifel. Die Neurologin teile Folgendes mit: Die Anamnese gestalte sich schwierig, da die Angaben der Explorandin sehr inkonkret und sehr diffus seien. Konkrete Angaben zur Art und Schwere der Kopfschmerzen, insbesondere der Kopfschmerzattacken, hätten mehrfach gezielt nachgefragt werden müssen. Gewisse Zweifel an Art und Ausmass der Angaben blieben bestehen. Letztendlich könne aufgrund der Angaben eine Migräne nicht sicher ausgeschlossen werden. Da die Beschwerdeschilderung sehr diffus und inkonkret sei, blieben gewisse Zweifel an Art und Ausmass der gemachten Angaben. Von rheumatologischer Seite werde mitgeteilt, dass die Explorandin während des Gesprächs und der Untersuchung über 90 Minuten keine Probleme mit einem trockenen Mund gehabt habe. Die Stimme sei klar und nicht belegt gewesen. Sie habe auch keine Augentropfen anwenden müssen. Die genannte Beobachtung spreche gegen ein stärker ausgeprägtes Sjögren-Syndrom, für das die genannten Symptome typisch wären. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wird von den K.____-Gutachtern mit 70 % (8.5 Stunden täglich, Leistungsminderung 30 %) angegeben. Der Verlauf der Arbeitsfähigkeit werde seit dem Referenzzeitpunkt (30. November [recte: September] 2011) beurteilt. In diesem Zeitpunkt sei eine neurologisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von 30 % vorgelegen; die Arbeitsfähigkeit habe somit 70 % betragen. Dieser Wert habe bis Mitte 2016 bestanden. Im September 2016 sei die Diagnose eines Sjögren-Syndroms mit Fatigue gestellt worden. Ab Januar 2017 werde diesbezüglich eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % gesehen, die aber in der bereits aus neurologischen Gründen bestehenden Arbeitsunfähigkeit von 30 % aufgehe, d.h. ab Januar 2017 betrage die Arbeitsfähigkeit wieder für längere Zeit 70 %. Vorübergehend sei gegebenenfalls ab Mitte 2016 bis Ende 2016 eine niedrigere Arbeitsfähigkeit vorgelegen, zeitweise möge die Arbeitsfähigkeit auch aufgehoben gewesen sein, genauer nachzuvollziehen sei dies nicht mehr. Während der stationären psychiatrischen Behandlung vom 22. März bis 8. Mai 2017 sei die Arbeitsfähigkeit aufgehoben gewesen. Intermittierend von Anfang Februar 2019 bis Mitte März 2019 sei die Arbeitsfähigkeit niedriger als 70 % gewesen, genauer

quantifizierbar sei dies nicht. Ab Mitte März 2019 habe die Arbeitsfähigkeit wieder 70 % betragen. Die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit wird nach den gutachterlichen Angaben ebenfalls auf 70 % (8.5 Stunden täglich, Leistungsminderung 30 %) festgesetzt. Der zeitliche Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit sei der Gleiche wie für die bisherige Tätigkeit. Die rheumatologische Arbeitsunfähigkeit von 20 % gehe in der neurologischen Arbeitsunfähigkeit von 30 % auf, da die Leistungsminderung die Versicherte sowohl hinsichtlich der neurologischen als auch hinsichtlich der rheumatologischen Symptome ausreichend entlaste. Zu medizinischen Massnahmen und Therapien wird erwähnt, aufgrund des langen Krankheitsverlaufs sei eine Besserung der Arbeitsfähigkeit auf neurologischem Gebiet eher unwahrscheinlich. Prinzipiell wäre aus neurologischer Sicht eine medikamentöse Prophylaxe (z.B. mit Amitriptylin) dringend empfehlenswert. Auch wenn eine Besserung unwahrscheinlich sei, könne sie jedoch nicht sicher ausgeschlossen werden. Ob diese zu einer relevanten Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führe, könne nicht sicher gesagt werden. Da eine Heilung unwahrscheinlich sei, werde der erhöhte Pausenbedarf vermutlich auch weiterhin bestehen bleiben. Die Arbeitsfähigkeit sei auch aus rheumatologischen Gründen vermindert. Aus rheumatologischer Optik bestünden keine Therapieoptionen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Zur vom Gericht gestellten Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person seit dem Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 30. September 2011) objektiv verschlechtert hätten oder allenfalls unverändert geblieben seien, halten die K.____-Gutachter fest, es sei zu einer objektiven Verschlechterung des Gesundheitszustands gekommen durch die neu aufgetretenen Erkrankungen «Sjögren-Syndrom», «Fibromyalgie» und «Diabetes mellitus». Eine deutliche Verbesserung sei hingegen hinsichtlich der Adipositas eingetreten; über die letzten Jahre sei eine deutliche Gewichtsabnahme von 30 kg erfolgt. Die Arbeitsfähigkeit habe ab dem 30. September 2011 im Wesentlichen 70 % mit nur intermittierenden Verschlechterungen betragen. Die Prognose sei günstig in dem Sinne, dass mit einer erneuten Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit eher nicht zu rechnen sei (A.S. 103 ff.). 6.17.1 Im psychiatrischen Teilgutachten (Federführung; Dr. med. R.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) vom 27. April 2021 kann keine psychiatrische Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Die diagnostizierte Sehstörung, am ehesten dissoziativ (ICD-10: F44.6), wird als psychiatrische Diagnose ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit aufgeführt. Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung wird im Wesentlichen angegeben, bereits fünf Wochen nach ihrer Geburt sei die Explorandin zu Adoptiveltern gekommen. Die leiblichen Eltern stammten nach den Angaben der Explorandin aus [...]. Sie sei gemäss ihrer Formulierung «durch Inzucht» entstanden, ihre Mutter sei gleichzeitig ihre Halbschwester. Sie habe dies aber erst im Jahr 2016 erfahren. Aktuell befinde sie sich seit Ende September 2019 in einer neuen Partnerschaft, mache einen sehr lebenszufriedenen Eindruck und habe im August 2020 geheiratet. Im Dezember 2020 sei sie mit ihrem Ehemann in ein gemeinsam gekauftes Haus eingezogen. Die Explorandin berichte, dass sie nach neun Jahren Schulbesuch zunächst eine englische Sprachschule besucht habe, um die englische Matura zu erreichen. Nachdem sie erkannt habe, dass der Abschluss in der Schweiz nicht anerkannt werde, habe sie den Schulbesuch eingestellt und eine pädagogische Fachhochschule besucht. Diese Ausbildung habe sie mit 18 Jahren wegen aufgetretener Sehschwäche wieder aufgeben müssen. Nach einer Umschulung über die IV zur kaufmännischen Angestellten habe sie etwa drei Jahre in diesem Beruf gearbeitet. Im Weiteren sei ab März 2015 die Ausbildung zur Sozialpädagogin erfolgt (gemäss Unterlagen

bzw. Lebenslauf sei ab März 2015 zunächst ein Vorpraktikum absolviert und dann ab August 2015 das Studium der Sozialpädagogik HFGS in [...] begonnen worden). Ab Ende 2015 bestehe zunehmend eine Beeinträchtigung durch Müdigkeit nach einer Nasenpolypen-Operation. Nach vielen Fehltagen sei die Ausbildung Mitte 2016 beendet worden. Danach sei über längere Zeit keinerlei berufliche Tätigkeit mehr erfolgt. Seit dem 1. März 2021 übe sie eine Tätigkeit als Telefonistin im Homeoffice für ein [...] Startup aus. Das vertraglich vereinbarte Pensum betrage 80 %, wobei sie allerdings einen Leistungslohn von CHF 2'400.00 pro Monat plus Zusatzhonorare erhalte, wenn sie Termine mit Aussendienstmitarbeitern vereinbart habe. Von 2016 bis Anfang 2019 sei eine ambulante psychiatrische Behandlung bei Dr. med. AE.____ erfolgt, die ihr angeblich nichts gebracht habe. Vom 22. März bis 8. Mai 2017 sei sie in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen. Zur Konsistenz und Plausibilität wird erwähnt, es gebe keinerlei Hinweise für eine Beschwerdebetonung oder eine Aggravation hinsichtlich psychischer Symptome. In den Unterlagen finde sich der Bericht der C.____ [...] vom 9. Mai 2017 über die dortige stationäre Behandlung vom 22. März bis 8. Mai 2017. Es sei die Diagnose depressive Störung gestellt worden, bei Eintritt eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode (F32.1). Diese Diagnose sei für die damalige Zeit Situation nachvollziehbar. Im Weiteren sei die Diagnose Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeit mit dependent überangepassten Zügen (Z73.1) gestellt worden (DD Persönlichkeitsstörung), diesbezüglich werde aber davon ausgegangen, dass eine dependente Persönlichkeitsvariante vorliege, aber keine krankheitswertige Symptomatik. In den Unterlagen finde sich das neuropsychologische Teilgutachten der D.____ vom 16. Juni 2017, wobei mitgeteilt werde, dass eine alters- und ausbildungsadäquate kognitive Leistungsfähigkeit vorliege, bei anamnestisch zeitlich verminderter mentaler Belastbarkeit. In den Unterlagen finde sich das psychiatrische Gutachten von Dr. med. AI.____ vom 7. Juli 2017. In dem Gutachten werde die Diagnose «Neurasthenie» mitgeteilt, ferner die Akzentuierung von Persönlichkeitszügen. Eine Neurasthenie werde nicht gesehen, die von der Explorandin beklagte Erschöpfung sei als Teil des Fatigue-Syndroms bei Sjögren-Syndrom anzusehen. Leicht abhängige Persönlichkeitszüge seien auch aktuell zu sehen, aber nur im Sinne einer Persönlichkeitsvariante. In den Unterlagen finde sich das psychiatrische Gutachten von PD Dr. med. F.____ vom 19. März 2018. Es werde keine psychiatrische Diagnose mit aktueller Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit benannt. Dies werde auch aktuell so eingeschätzt. Hinsichtlich Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit finde sich die damals nachvollziehbare Diagnose «Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (F43.2)», aktuell liege diese Diagnose nicht mehr vor. Weiterhin vorliegend sei aber die an zweiter Stelle genannte Diagnose «Verdacht auf dissoziative Störung (ICD-10: F44.6)». Als Ressourcen werden eine gute Ausbildung, eine stabile Partnerschaft sowie ein vorhandener Arbeitsplatz angegeben. Aktuell seien keine psychosozialen Belastungen erkennbar. Das Belastungsprofil zeige aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkungen. Fähigkeitsstörungen gemäss Mini-ICF-APP bestünden nicht. Zusammenfassend bestehe keine psychiatrisch bedingte Verminderung der Arbeitsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit betrage 8.5 Stunden täglich (100 %). Seit dem Referenzzeitpunkt (30. November [recte: September] 2011) liege weitgehend keine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit vor. Während der psychiatrischen Hospitalisation vom 22. März bis 8. Mai 2017 sei die Arbeitsfähigkeit natürlich aufgehoben gewesen. Die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit sei in psychiatrischer Hinsicht ebenfalls nicht eingeschränkt. Es sei eine maximale Präsenz in einer solchen Tätigkeit von 8.5 Stunden pro

Tag möglich (100 %). Dabei bestehe keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Für den zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit gelte das Gleiche wie für die bisherige Tätigkeit. Es sei vorübergehend zu einer Verschlechterung mit psychischer Beeinträchtigung und ambulanter sowie stationärer psychiatrischer Behandlung (vom 22. März bis 8. Mai 2017) gekommen. Bezogen auf die beiden genannten Referenzzeitpunkte (30. September 2011 und 30. November 2018) habe sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit aber nicht verändert. Nicht zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit, sondern aus rezidivprophylaktischen Gründen wäre eine zumindest niederfrequente ambulante psychiatrische Behandlung (drei- bis viermal jährlich) sinnvoll. Die Prognose sei aus psychiatrischer Sicht positiv (A.S. 146 ff.).

6.17.2 Dem rheumatologischen Teilgutachten (Dr. med. M.____, Fachärztin für Rheumatologie) vom 24. April 2021 kann die rheumatologische Diagnose (mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit) eines seronegativen Sjögren-Syndroms entnommen werden. Die weiteren gestellten rheumatologischen Diagnosen (Partielles Hyperlaxitätssyndrom [Beighton Score 4/9], leicht degenerative Veränderungen der Intervertebralgelenke der gesamten HWS, mässige Unkarthrosie C5/6 mit Streckfehlhaltung bei Haltunginsuffizienz, Fibromyalgie-Syndrom [DD: sekundär bei Sjögren-Syndrom], endgradiger Funktionsschmerz im rechten Schultergelenk) haben nach den gutachterlichen Angaben keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Zur versicherungsmedizinischen Beurteilung wird dargelegt, die 32-jährige Explorandin habe eine KV-Lehre mit EFZ gemacht. Sie arbeite zurzeit bei der Firma [...] im Büro (Homeoffice). Seit dem Jahr 2016 sei ein Sjögren-Syndrom bekannt. Im Vordergrund der subjektiven Beschwerden stünden eine Erschöpfbarkeit und Müdigkeit, aber auch belastungsabhängige Schmerzen. Die Explorandin werde korrekt mit Medikamenten therapiert. Einer vollständigen Rückkehr in die Berufswelt stehe aus rheumatologischer Sicht nichts im Weg, denn der Explorandin seien sämtliche Tätigkeiten – ihrem Alter und Kenntnisstand entsprechend sowie gemäss dem Belastungsprofil – möglich. Zur Konsistenz wird angegeben, einerseits seien die angegebenen Beschwerden und das Verhalten während der Untersuchung konsistent und in Bezug auf die Alltagsaktivitäten, die Akten und die aktuell durchgeführten Untersuchungen nachvollziehbar, denn Fatigue gehöre zu den häufigen Begleiterscheinungen bei einem Sjögren-Syndrom, wie in zahlreichen Studien belegt werde. Andererseits fehle für das gesteigerte subjektive Krankheitsempfinden eine wirklich objektiv nachvollziehbare Pathologie. Die Entzündungsparameter seien nicht erhöht. Es zeigten sich keine Gelenkschwellungen. Während des Gesprächs und der Untersuchung über 90 Minuten habe die Explorandin keine Probleme mit trockenem Mund gehabt. Ihre Stimme sei klar und nicht belegt gewesen. Sie habe auch keine Augentropfen anwenden müssen. Das Sjögren-Syndrom allein sei kein Grund für eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit. Auch das weichteilrheumatische Schmerzsyndrom begründe keine höhergradige Arbeitsunfähigkeit, gelte doch die angestammte Tätigkeit im Büro gerade für weichteilrheumatische Beschwerden als ideal adaptiert. Inwiefern in diesem konkreten Fall ein sekundärer Krankheitsgewinn mitspiele, könne von rheumatologischer Seite allein nicht abschliessend beurteilt werden. Den Einschätzungen im rheumatologischen D.____-Teilgutachten von Dr. med. AB.____ vom 14. Juni 2017, in den Berichten des G.____, Klinik für Rheumatologie, und in den Berichten des Z.____, Klinik für Rheumatologie, könne gefolgt werden. Die subjektive Krankheitsüberzeugung sei rheumatologisch nicht begründbar. Als Ressource wird die abgeschlossene Berufsausbildung vermerkt. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wird mit 8.5 Stunden pro Tag und einer Leistungseinschränkung von 20 % aufgrund des Bedarfs an vermehrten Pausen angegeben.

Die Arbeitsfähigkeit betrage demnach 80 %. Zum zeitlichen Verlauf wird angegeben, die Arbeitsfähigkeit werde ab dem 30. September 2011 retrospektiv beurteilt. Zunächst habe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestanden. Die Diagnose eines seronegativen Sjögren-Syndroms mit Fatigue sei im September 2016 gestellt worden. Es sei retrospektiv davon auszugehen, dass in dieser Phase der Diagnosefindung eine reduzierte Arbeitsfähigkeit für einen Zeitraum von ca. 3 bis 4 Monaten bestanden habe. Vorübergehend könne es auch zu einer kurzfristigen Aufhebung der Arbeitsfähigkeit gekommen sein. Die rheumatologischen Berichte in den Akten nähmen keine Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Spätestens ab Januar 2017 sei von der aktuell gültigen Arbeitsfähigkeit von 80 % auszugehen. Am 7. Februar 2019 seien im Erstkonsultationsbericht des G.____, Klinik für Rheumatologie, klinisch aktuell «puffy hands» und Synovitiden an den MCP-Gelenken beschrieben worden. Eine Therapie sei eingeleitet worden. Am 19. Juni 2019 stehe im ambulanten Bericht des G.____, Klinik für Rheumatologie: Sonographisch hätten sich am 12. März 2019 keine Synovitiden in Hand- und Fingergelenken gezeigt, minim bestehe ein Erguss im Recessus der Flexorensehnen auf Höhe PIP Dig. III beidseits (werde nicht pathologisch gewertet). Demzufolge sei es im Verlauf wieder zu einem Sistieren der Krankheitsaktivität gekommen. Dies bedeute, dass von einer vorübergehenden Reduktion der Arbeitsfähigkeit ab Anfang Februar 2019 auszugehen sei. Ab Mitte März 2019 sei aber wieder die aktuelle Arbeitsfähigkeit von 80 % anzunehmen. Zur Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit wurde vermerkt, eine wechselbelastende Tätigkeit mit nicht monoton-repetitivem Heben / Tragen / Ziehen von Lasten bis 10 kg, gelegentlich mittelschwer bis 25 kg, sei zumutbar. Eine solche Tätigkeit sei während 8.5 Stunden pro Tag zuzumuten, wobei eine Leistungseinschränkung von 20 % aufgrund des Bedarfs von vermehrten Pausen bestehe. Die Arbeitsfähigkeit betrage somit 80 %. Der zeitliche Verlauf der Arbeitsfähigkeit wurde gleich wie bei der bisherigen Tätigkeit beurteilt. Die Tätigkeit im KV-Bereich bzw. im Bereich Sozialpädagogik sei ihr zuzumuten. Es gebe keine Therapien, welche die Fatigue verbessern könnte. Die Prognose sei aus rheumatologischer Sicht gut (A.S. 163 ff.).

6.17.3 Im neurologischen Teilgutachten (Dr. med. N.____, Fachärztin für Neurologie) vom 27. April 2021 wird die Diagnose (mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit) «Chronische Spannungskopfschmerzen mit migräneartigen Attacken (DD: chronische Migräne)» gestellt. Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung wurde im Wesentlichen dargelegt, in einem neurologischen Bericht aus dem Jahr 2008 seien erstmals chronische Spannungskopfschmerzen erwähnt worden; migräneartige Kopfschmerzen seien nicht geschildert worden. Die Explorandin selbst beschreibe diese Beschwerden seit dem Jahr 2006. In den neurologischen Berichten aus den Jahren 2019 und 2020 werde dann die Diagnose einer chronischen Migräne gestellt (Migräneanfälle und Spannungskopfschmerzen gemischt). Die beklagten Sehstörungen könnten neurologisch nicht erklärt werden. Aufgrund der Ergebnisse der aktuellen neurologischen Begutachtung (sehr diffuse Angaben bezüglich Beschreibung der Migräneanfälle, ein pulsierender Charakter der migräneartigen Anfälle werde nicht benannt) bestünden Zweifel, ob die Diagnose einer chronischen Migräne gestellt werden könne. Die Sehstörungen seien neurologischerseits als funktionell ausgestaltet diskutiert worden. Ob bezüglich der Kopfschmerzen ebenfalls eine funktionelle Komponente bestehe, müsse offenbleiben. Aufgrund der diffusen Beschwerdeschilderung könne dies nicht sicher ausgeschlossen werden. Auffallend sei ebenfalls, dass aktuell keine medikamentöse Prophylaxe wegen der Kopfschmerzen stattfinde. Die Explorandin sei darauf angesprochen worden und habe

angegeben, dass sie die Medikamente nicht vertragen habe. Prinzipiell wäre aus neurologischer Sicht eine medikamentöse Prophylaxe (z.B. Amitriptylin) dringend empfehlenswert. Mit einem kompletten Rückgang der Beschwerden könne nicht gerechnet werden. Im aktuellen neurologischen Gutachten, unter Hinzuziehung der Befunde in den Akten, seien die von der Explorandin beklagten Kopfschmerzen gewürdigt worden. Bezüglich der Sehstörungen werde auf das ophtalmologische Gutachten verwiesen. Für die vordergründig von der Explorandin beklagte Erschöpfung habe sich keine neurologische Erklärung gefunden. Die Anamnese bezüglich der Kopfschmerzen habe sich schwierig gestaltet, da die Angaben der Explorandin sehr diffus und inkonkret gewesen seien. Der Neurostatus sei regelrecht. Gesichert könne auf neurologischem Gebiet gesagt werden, dass ein chronischer, täglicher Spannungskopfschmerz leichten Ausmasses vorliege. Dieser Spannungskopfschmerz per se habe aufgrund des geringen Ausmasses der Schmerzen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Weitgehend nachvollziehbar schildere die Explorandin drei bis vier migräneartige Attacken pro Woche (Kopfschmerzen seien am gleichen Ort, jedoch von ziehendem Charakter, Verstärkung durch körperliche Tätigkeiten) mit gelegentlicher Übelkeit und Erbrechen und gelegentlicher Notwendigkeit einer Schmerzmitteleinnahme und der Notwendigkeit, sich hinzulegen (Minderung der Alltagstauglichkeit). Durch diese zusätzlichen Attacken liege eine Minderung der Arbeitsfähigkeit auf neurologischem Gebiet vor. Er werde geschätzt, dass für jedwede Tätigkeit ein erhöhter Pausenbedarf bestehe. Somit liege die Arbeitsfähigkeit für jedwede Tätigkeit auf neurologischem Gebiet bei 70 % (8.5 Stunden pro Tag, Leistungseinschränkung von 30 % aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs). Dies gelte geschätzt ab dem Jahr 2006. Da eine Heilung unwahrscheinlich sei, werde der erhöhte Pausenbedarf vermutlich auch weiterhin bestehen bleiben. Abschliessend wird dargelegt, objektivierbare relevante pathologische Befunde könnten bei der neurologischen Untersuchung nicht erhoben werden. Der Neurostatus sei regelrecht. Die Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person seit dem Referenzzeitpunkt (30. September 2011) objektiv verschlechtert habe oder ob sie allenfalls unverändert geblieben seien, wird dahingehend beantwortet, zusammenfassend bestünden seit dem Jahr 2006 unverändert auf neurologischem Gebiet tägliche Kopfschmerzen, die im Wesentlichen unverändert die Kriterien eines Spannungskopfschmerzes erfüllten. Da es sich um einen leichten Druckschmerz handle, sei aufgrund der Art und des Ausmasses der Beschwerden die Arbeitsfähigkeit auf neurologischem Gebiet unverändert seit dem Jahr 2006 dadurch nicht eingeschränkt. Belastungsabhängig beschreibe die Explorandin ca. drei bis viermal pro Woche eine Zunahme der Kopfschmerzen mit ziehendem Charakter und gelegentlicher Übelkeit und Erbrechen. Die Lokalisation des Kopfschmerzes ändere sich nach ihren Angaben nicht. Ein Ansprechen auf Triptane werde angegeben. Somit könne eine migräneartige Komponente nicht sicher ausgeschlossen werden. Diese Beschwerden seien rückwirkend nicht gewürdigt worden. Hierdurch werde eine Minderung der Arbeitsfähigkeit auf neurologischem Gebiet von 30 % aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs für jedwede Tätigkeit gesehen, rückwirkend vermutlich seit dem Jahr 2006. Eine Besserung sei prinzipiell bei Ansprechen der vorgeschlagenen Medikation möglich. In welchem Ausmass, müsse offenbleiben. Mit einem kompletten Rückgang der Beschwerden könne auf neurologischem Gebiet nicht gerechnet werden (A.S. 183 ff.). 6.17.4 Laut dem internistischen Teilgutachten (Dr. med. L.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Endokrinologie / Diabetologie) vom 10. Mai 2021 können keine internistischen Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Aktenanamnestisch

bestehe nach dem Bericht des G.____ vom 7. Februar 2019 der Verdacht auf eine arterielle Hypertonie, allerdings hätten sich bei Messungen zu Hause zufriedenstellende Blutdruckwerte gezeigt; auch der aktuelle Wert sei im Zielbereich, sodass derzeit kein Hinweis auf eine arterielle Hypertonie bestehe. Ein anamnestisches Asthma bronchiale bereite im Alltag keine Beschwerden, es sei vorwiegend in der Kindheit ausgeprägt gewesen. Die gestellten Diagnosen «Hypercholesterinämie» und «Adipositas Grad I (BMI 33.2 kg/m²)» haben nach den gutachterlichen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die versicherungsmedizinische Beurteilung lautet dahingehend, aus allgemeininternistischer Sicht bestehe eine volle Belastbarkeit. Die Arbeitsfähigkeit betrage 100 % (8.5 Stunden pro Tag ohne Leistungseinschränkung). Der Gesundheitszustand habe sich aus internistischer Sicht seit dem Referenzzeitpunkt objektiv nicht verändert (A.S. 198 ff.).

6.17.5 Im endokrinologischen Teilgutachten (Dr. med. L.____) vom 10. Mai 2021 wird dargelegt, aus endokrinologischer Sicht bestehe anamnestisch ein Diabetes mellitus Typ 2 mit Erstdiagnose vor fünf Jahren. Aufgrund einer Metformin-Unverträglichkeit sei dann auf Bydureon umgestellt worden, dies habe die Explorandin allerdings nicht gut vertragen. Dann sei eine Umstellung auf Ozempic erfolgt, darunter habe sich die Situation sehr gut präsentiert. Ebenfalls habe die Explorandin über 30 kg abgenommen, zuletzt habe sie nun allerdings wieder 12 kg zugenommen. Der Langzeitzuckerwert HbA1c sei immer gut gewesen. Bezüglich des Gewichts berichte sie, in der Pubertät noch schlank gewesen zu sein, ab dem 18. Lebensjahr habe sie allerdings deutlich zugenommen. Das Höchstgewicht sei bei 104 kg gewesen. Endokrinologische Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit können nicht gestellt werden. Die endokrinologischen Diagnosen «Diabetes mellitus Typ 2 (ED 2014)», «Hypercholesterinämie» und «Adipositas Grad I (BMI 33.2 kg/m²)» haben nach den gutachterlichen Angaben keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung wird dargelegt, unter Ozempic bestehe eine sehr zufriedenstellende Stoffwechseleinstellung. Aus endokrinologischer Sicht bestehe keine Einschränkung des Belastungsprofils. Bei einem Diabetes sei allerdings von Nachtschichttätigkeiten abzuraten. Sowohl in der bisherigen als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (8.5 Stunden pro Tag) ohne eingeschränkte Leistungsfähigkeit. Auch im zeitlichen Verlauf bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus endokrinologischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand seit dem Referenzzeitpunkt nicht verändert (A.S. 209 ff.).

6.17.6 Im ophthalmologischen Teilgutachten (Dr. med. O.____, Facharzt Ophthalmologie, P.____) vom 14. Juni 2021 wird dargelegt, die Patientin berichte, seit dem Jahr 2006 beidseits an einer Sehstörung zu leiden. Die Sehstörung habe plötzlich an einem Morgen begonnen. Zusätzlich seien heftige Kopfschmerzen sowie Müdigkeit aufgetreten. Am linken Auge habe sie nur noch eine Wahrnehmung von hell und dunkel. Am rechten Auge sei die Sehschärfe initial ebenfalls sehr schlecht gewesen, dann habe sie sich langsam etwas gebessert. Mit Kontaktlinsen werde die Sicht etwas besser. Mit der reduzierten Sehschärfe könne die Explorandin relativ gut leben, sie habe sich daran gewöhnt. Das Hauptproblem seien jedoch die Müdigkeit und die starken Kopfschmerzen. Die Kopfschmerzen träten fast täglich auf. Es handle sich um pulsierende Kopfschmerzen mit Ausstrahlung auf die rechte Kopfseite. Zusätzlich seien Übelkeit, Erbrechen, Schwindel und eine Photophobie vorhanden. Der ophthalmologische Gutachter stellt einen korrigierten Fernvisus von 0.5 (rechts) und 0.05 (links) fest und diagnostiziert bei beiden Augen eine hohe Myopie, Esophorie, Astigmatismus und einen dringenden Verdacht auf eine funktionelle Sehstörung. Die Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der

Explorandin seit dem Referenzzeitpunkt verändert hätten, beantwortet Dr. med. O.____ dahingehend, darüber bestünden keine Daten. Im Bericht des W.____ habe sich erstmals am 17. September 2007 ebenfalls der Verdacht auf eine psychogene Sehstörung gezeigt. Der Visus habe damals am rechten Auge 0,2 und am linken Auge 0,05 betragen. Die Messung der visuell evozierten Potenziale (VEP) habe damals ebenfalls unauffällige Werte gezeigt. Aus dem Teilgutachten, welches am 30. August 2017 durch Dr. med. AJ.____ erstellt worden sei, sei auf eine Visusminderung am linken Auge zu schliessen. Diese habe damals jedoch ebenfalls keine ophthalmologische Erkrankung als Ursache gehabt. Bereits damals sei eine funktionelle Störung in Erwägung gezogen worden. In den aktuellen Untersuchungen habe ein Visus von 0.5 rechts und 0.05 links erhoben werden können. Insgesamt habe sich im Vergleich zum Jahr 2007 die Sehschärfe verbessert. Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit hätten sich demnach objektiv nicht verschlechtert, allenfalls sogar etwas verbessert. Im Weiteren legt Dr. med. O.____ dar, die Bandbreite der Beeinträchtigung der somatischen und psychischen Grundfertigkeiten bei einer funktionellen Sehstörung sei sehr breit. Einige Patienten bemerkten keine bis nur wenige Veränderungen der Sehfähigkeit, andere Patienten berichteten über eine komplette Blindheit. Erfreulicherweise sei die Explorandin durch die funktionelle Sehstörung nur wenig eingeschränkt. Die Orientierung im Raum, das Lesen und Durchführen alltäglicher Dinge seien nicht beeinträchtigt. Die Hauptbeeinträchtigung werde durch die persistierende Müdigkeit verursacht. Aufgrund des aktuellen Visus der Patientin sehe man keine Einschränkung im Bereich KV und Sozialpädagogik. Eine zusätzliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit sei nicht vorhanden. Es sei keine spezielle Anpassung des Arbeitsplatzes notwendig. Am rechten Auge sei im Oktober 2007 eine Sehschärfe von 0,06 dokumentiert worden. Seither habe sich die Sehschärfe wieder deutlich verbessert. Es sei damals eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % attestiert worden. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit sei nicht ersichtlich. Bereits im April 2008 sei eine Sehschärfe von 0,25 dokumentiert worden. In der aktuellen Untersuchung sei die Sehschärfe bei 0,5. Wann die Zunahme der Sehschärfe stattgefunden habe, sei nicht ersichtlich. Da man weiterhin von einer funktionellen Sehstörung ausgehe, sei eine Arbeitsunfähigkeit nicht begründet. Aus ophthalmologischer Sicht seien keine Therapiemassnahmen möglich. Eine Prognose bei funktionellen Störungen zu stellen, sei sehr schwierig. So wie die Störung aufgetreten sei, könne sie ebenfalls ohne ersichtlichen Auslöser verschwinden. Aktuell sei jedoch keine Veränderung zu erwarten (A.S. 220 ff.).

7. 7.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 30. November 2018 primär gestützt auf das D.____-Gutachten vom 4. Oktober 2017 sowie das psychiatrische Obergutachten von PD Dr. med. F.____ vom 19. März 2018 im Wesentlichen mit der Begründung ab, gemäss den versicherungsmedizinischen Abklärungen sei aus rheumatologischer Sicht die Arbeitsfähigkeit in der angestammten und zuletzt ausgeübten Tätigkeit auf 80 % mit prognostischer Besserungsfähigkeit einzuschätzen. Hinsichtlich jeglicher körperlicher leichter, gelegentlich mittelschwerer Tätigkeit in vorzugsweise wechselnden Körperpositionen bestehe keine zeitliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bei geschätzter Leistungseinbusse von 20 % aufgrund des Bedarfs an vermehrten Pausen und des langsameren Arbeitstempos. Aus neuropsychologischer Sicht finde man keine kognitiven Dysfunktionen, die sich auf die angestammte und/oder eine allfällige bildungsentsprechende Verweistätigkeit in leistungsmässiger Hinsicht limitierend auswirkten. Aus rein ophthalmologischer Sicht sei die Arbeitsunfähigkeit 0 %, da die

Sehver schlechterung nicht mit einem Augenleiden erklärt werden könne. Aus psychiatrischer Sicht könnten keine Diagnosen mit erheblicher Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden. Sei die angestammte Tätigkeit im Umfang von 80 % möglich, ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 20 %. Ein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe somit nicht (IV-Nr. 224; A.S. 1 ff.). Die Beschwerdeführerin lässt demgegenüber geltend machen, die Verfügung vom 30. November 2018 betreffend Invalidenrente sei aufzuheben und es sei ihr eine ganze Invalidenrente zuzusprechen; eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung und Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Dies wird im Wesentlichen damit begründet, die Beschwerdeführerin habe am 18. August 2016 aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen erneut ein Gesuch um berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente gestellt. Es werde gerügt, dass die angefochtene Verfügung in unrichtiger und unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts zu Stande gekommen sei. Die im D.____-Gutachten sowie im psychiatrischen Obergutachten von PD Dr. med. F.____ empfohlenen medizinischen Abklärungen (Immunologie / Endokrinologie sowie Herz-Kreislauf) seien nicht vorgenommen worden, weshalb die angefochtene Verfügung aufzuheben sei. Entgegen den Ausführungen des RAD sei es nicht Sache der versicherten Person, medizinisch-diagnostische Untersuchungen während des Abklärungsverfahrens selber vorzunehmen, wenn ein Gutachter diese für angezeigt halte. Vielmehr seien derartige Abklärungen von den Verwaltungsbehörden in Auftrag zu geben und deren Ergebnisse vor Erlass der Verfügung abzuwarten. Bereits der Umstand, dass in casu sowohl der rheumatologische Gutachter als auch der psychiatrische Obergutachter weitere Abklärungen zur vollumfänglichen medizinischen Sachverhaltsabklärung empföhlen, zeige deutlich, dass durch diese zusätzlichen Untersuchungen eine andere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit überwiegend wahrscheinlich scheine (Beschwerde, S. 8 ff., Ziff. 1 bis 6; A.S. 35 ff.).

7.2 Zunächst ist festzustellen, dass sowohl die vom rheumatologischen D.____-Teilgutachter Dr. med. AB.____ empfohlenen endokrinologisch-immunologischen Zusatzabklärungen (IV-Nr. 181.2 S. 16 ff.) als auch die vom psychiatrischen Obergutachter PD Dr. med. F.____ angeregten Abklärungen bezüglich der Probleme im Herz-Kreislauf-Bereich im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 30. November 2018 soweit ersichtlich (noch) nicht durchgeführt worden waren. Das Gericht forderte daher die Beschwerdeführerin mit Instruktionsverfügung vom 26. Februar 2020 auf mitzuteilen, ob in der Zwischenzeit die immunologischen / endokrinologischen Zusatzabklärungen stattgefunden hätten und welche anderweitigen ärztlichen Behandlungen (mit möglicher Relevanz für den Leistungsanspruch) seit Mitte 2018 durchgeführt worden seien (A.S. 73 f.). In der Folge teilte die Beschwerdeführerin am 15. April 2020 mit, in der Zwischenzeit hätten die immunologischen / endokrinologischen Zusatzabklärungen stattgefunden bzw. dauerten noch an. In der Klinik für Neurologie des G.____ hätten seit Mitte 2018 sowohl allgemeine neurologische als auch spezifische neuroimmunologische Abklärungen stattgefunden. Im Weiteren stehe die Beschwerdeführerin bei Prof. Dr. med. H.____, Chefarzt Stoffwechsellabor, I.____, in endokrinologischer Behandlung. Ferner lasse sie sich seit Mitte 2018 weiterhin rheumatologisch in der Klinik für Rheumatologie des G.____ behandeln und in der Augenklinik des G.____ ophthalmologisch untersuchen (A.S. 81 f.). Am 8. Mai 2020 reichte die Beschwerdeführerin verschiedene medizinische Unterlagen ein (BB 15 bis 21) und legte dar, ärztliche Berichte betreffend endokrinologische Abklärungen bei Prof. H.____ seien nicht vorhanden. Gleichentags finde eine weitere Untersuchung statt. Ebenfalls liege der

ärztliche Bericht der Augenklinik des G.____ (Prof. Dr. Dr. med. J.____; Untersuchung vom 4. März 2020) noch nicht vor (A.S. 86 f.). Angesichts der gegebenen (unvollständigen) Aktenlage erachtete das Gericht eine polydisziplinäre Begutachtung in den Fachdisziplinen «Innere Medizin», «Endokrinologie», «Rheumatologie», «Neurologie», «Ophthalmologie» und «Psychiatrie» als angezeigt und sah vor, damit die K.____ zu beauftragen (A.S. 89 ff.). Dagegen erhoben die Parteien keine Einwände. Die Beschwerdeführerin liess noch darauf hinweisen, seit dem 8. Mai 2020 seien ihr keine weiteren medizinischen Dokumente zugegangen; dies betreffe auch die endokrinologische Abklärung bei Prof. H.____ sowie die ophthalmologischen Untersuchungen bei Prof. J.____. Sie schlage vor, die Begutachtung dennoch ohne Verzögerung in Auftrag zu geben; sie engagiere sich, weitere medizinische Berichte zu beschaffen und diese sowohl der Gutachterstelle als auch dem Gericht unverzüglich zu übermitteln (A.S. 93 f.). Solche Berichte wurden dem Gericht in der Folge nicht eingereicht. Angesichts der vom Gericht veranlassten, von der K.____ auftragsgemäss durchgeführten polydisziplinären Begutachtung kann auf die Einholung weiterer medizinischer Unterlagen bei behandelnden Ärzten verzichtet werden. Das polydisziplinäre Gerichtsgutachten vom 11. August 2021 wurde den Parteien zur Kenntnisnahme zugestellt, wobei ihnen die Gelegenheit gegeben wurde, sich dazu abschliessend schriftlich zu äussern (A.S. 235 f.). Darauf wurde von beiden Parteien verzichtet (A.S. 238 f.).

7.3 Das vom Gericht veranlasste, sechs Disziplinen umfassende polydisziplinäre (internistische, endokrinologische, rheumatologische, neurologische, ophthalmologische und psychiatrische) Gutachten der Gutachterstelle K.____ beruht für die streitigen Belange auf allseitigen Untersuchungen der Beschwerdeführerin vom 22. Dezember 2020, 12. Januar sowie 7., 23. und 27. April 2021, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Die aus sämtlichen Teilgutachten hervorgehenden Abklärungsergebnisse wurden im Rahmen einer gutachterlichen Konsensbeurteilung (Interdisziplinäre Gesamtbeurteilung) zusammengefasst und gemeinsam beurteilt (A.S. 103 ff.). Die Teilgutachten und auch die Konsensbeurteilung wurden von sämtlichen Gutachtern unterzeichnet. Die Expertise kann sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Die einzelnen Teilgutachter geben jeweils die fachspezifische Anamnese, die Angaben der Beschwerdeführerin und die erhobenen Befunde wieder. Daraus werden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit hergeleitet, wobei zu abweichenden Einschätzungen in den medizinischen Vorakten Stellung genommen wird. Schliesslich werden die vom Gericht gestellten Fragen beantwortet. Inhaltlich gelangen die einzelnen Teilgutachten und die Konsensbeurteilung zu schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar hergeleitet werden. Das Gerichtsgutachten wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme gerecht (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232 und 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. E. II. 2.5 hiervor).

7.4 Gemäss der Konsensbeurteilung der K.____-Gutachter vom 20. Juli 2021 klagt die Beschwerdeführerin über verschiedene körperliche Beschwerden (Kopf-, Muskel- und Gelenkschmerzen, Sehschwäche) und über eine «extreme» Erschöpfung, was für sie das Schlimmste sei. Eine psychiatrische Ursache der Erschöpfung und der Schmerzen liegt nach den gutachterlichen Angaben nicht vor. Die Erschöpfung habe, soweit aus psychiatrischer Sicht nachvollziehbar, somatische Hintergründe: So sei gemäss dem aktuellen rheumatologischen Teilgutachten im September 2016 die Diagnose eines seronegativen Sjögren-Syndroms mit Fatigue gestellt worden, welche auch aktuell zu diagnostizieren sei. Daneben finde sich im rheumatologischen Teilgutachten die Diagnose einer Fibromyalgie, welche die Gelenkschmerzen erkläre.

Hinsichtlich der Kopfschmerzen werde im aktuellen neurologischen Teilgutachten die Diagnose «chronische Spannungskopfschmerzen mit migräneartigen Attacken (DD chronische Migräne)» gestellt. Im Weiteren legen die Gerichtsgutachter dar, im aktuellen ophthalmologischen Gutachten werde von einer funktionellen Störung ausgegangen. Die Sehstörung sei im Mai 2006 plötzlich aufgetreten und sei für einige Wochen sogar mit einer vollständigen Erblindung verbunden gewesen, die sich dann aber zurückgebildet habe. Zu einer vollständigen Rückbildung der Sehstörung sei es jedoch nicht gekommen. Unter Berücksichtigung der Unterlagen sowie der anamnestischen Angaben wird am ehesten von einer psychogenen Sehstörung ausgegangen. Es wird dargelegt, am ehesten spiele hier die Biographie mit über lange Zeit unklarer Herkunft eine Rolle. Nach dem 18. Geburtstag der Beschwerdeführerin sei die massive Sehstörung aufgetreten, die – gemäss gutachterlicher Einschätzung – den psychogenen Hintergrund gehabt haben könnte, dass die Beschwerdeführerin symbolisch ihre Augen vor den möglicherweise belastenden Details ihrer Herkunft verschlossen habe. Abgesehen von dem am ehesten funktionellen bzw. dissoziativen Charakter der Sehstörung habe sich die Sehstörung inzwischen aber erheblich gebessert. Bereits mit rechtskräftiger Verfügung vom 30. September 2011 (Referenzzeitpunkt) sei festgestellt worden, dass kein Leistungsanspruch mehr bestehe. Der ophthalmologische Teilgutachter stelle auch aktuell fest, erfreulicherweise sei die Beschwerdeführerin durch die funktionelle Sehstörung nur wenig einschränkt. Die Orientierung im Raum sowie das Lesen und Erledigen alltäglicher Dinge seien nicht beeinträchtigt. Sodann kommen die K.____-Gutachter aus rheumatologischer Sicht zum Schluss, die Kriterien eines Fibromyalgie-Syndroms seien aktuell zwar erfüllt, dieses sei jedoch grundsätzlich keine Krankheit, die eine absolute Arbeitsunfähigkeit begründe. Es beschreibe vielmehr einen syndromalen Zustand, demzufolge die betroffene Person leichter Schmerz empfinde als andere Personen. Entsprechend gestalte sich das Belastungsprofil. Ausschliesslich schwere und schwerste Tätigkeiten seien nicht zumutbar, denn diese führten oft zu einer Steigerung der Schmerzen und seien in vielen Fällen nicht mehr zumutbar. Die Gerichtsgutachter sprechen sich aufgrund ihrer Untersuchungsergebnisse dafür aus, die Diagnose des Sjögren-Syndroms könne nur aus den Akten übernommen werden. Umfangreiche diagnostische Abklärungen seien gemäss Aktenlage bereits im Jahr 2016 im Z.____ erfolgt (Histologie der Lippenspeicheldrüse, pathologischer Saxontest, pathologischer Schirmertest). Im Weiteren kommen die Experten aus neurologischer Sicht zum Schluss, es bestünden chronische Spannungskopfschmerzen und migräneartige Attacken, welche die Arbeitsfähigkeit einschränkten. Aus allgemeininternistischer Sicht werden keine Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt. Insbesondere sei kein Hinweis für eine arterielle Hypertonie ersichtlich. Aus endokrinologischer Sicht besteht nach den Angaben der Experten ein Diabetes mellitus Typ 2 mit Erstdiagnose im Jahr 2014; nach einer medikamentösen Umstellung habe sich eine stabile Einstellung gezeigt. Sodann sei über die letzten Jahre eine deutliche Gewichtsabnahme erfolgt (A.S. 107 ff.). Aufgrund der oben wiedergegebenen Untersuchungsergebnisse in den erwähnten Fachdisziplinen stellen die Gerichtsgutachter die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) «Seronegatives Sjögren-Syndrom, ED 2016, objektiviertes Sicca-Syndrom: mittels Histologie der Lippenspeicheldrüse mit lymphozytärem Fokus Grad III nach Chisholm und Masen, pathologischem Saxontest 2.27 g/2min., pathologischem Schirmertest bds. 0 mm (Z.____), aktuell negative Anti-dsDNA, Anti-SSA/Ro52, Anti-SSA/Ro60, Anti-SS-B/La und keine humerale Entzündungsparameter, mit Fatigue» sowie «Chronische Spannungskopfschmerzen mit

migräneartigen Attacken (DD: chronische Migräne)» und kommen zum Schluss, die Beschwerdeführerin sei sowohl in der bisherigen Tätigkeit im Bereich «KV» bzw. «Sozialpädagogik» als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig (8.5 Stunden pro Tag mit einer um 30 % verminderten Leistungsfähigkeit). Zur Begründung der Gesamtarbeits(un)fähigkeit legen sie dar, die rheumatologische Arbeitsunfähigkeit von 20 % gehe in der neurologischen Arbeitsunfähigkeit von 30 % auf, da die Leistungsminderung die Beschwerdeführerin sowohl hinsichtlich der neurologischen als auch hinsichtlich der rheumatologischen Symptome ausreichend entlaste. Zur Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit dem Referenzzeitpunkt (30. September 2011) objektiv verschlechtert hätten oder ob sie allenfalls unverändert geblieben seien, erklären die Gerichtsgutachter, es sei zu einer objektiven Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen durch die neu aufgetretenen Erkrankungen Sjögren-Syndrom, Fibromyalgie und Diabetes mellitus. Eine deutliche Verbesserung sei hinsichtlich der Adipositas erfolgt, über die letzten Jahre sei es zu einer Gewichtsabnahme im Ausmass von 30 kg gekommen. Die Arbeitsfähigkeit habe ab dem 30. September 2011 im Wesentlichen 70 % betragen mit nur intermittierenden Verschlechterungen (A.S. 111 ff.).

E. 4

Eventualiter: Die Verfügung vom 30. November 2018 betr. Hilflosenentschädigung sei aufzuheben und die Sache sei zur weiteren Abklärung und Neuverfügung an die IV-Stelle des Kantons Solothurn zurückzuweisen.

E. 5

Die Verfügung vom 30. November 2018 betr. Elektroscooter sei aufzuheben und Frau A.____ seien die Kosten für die leihweise Abgabe eines Elektroscooters zuzusprechen.

E. 6

Eventualiter: Die Verfügung vom 30. November 2018 betr. Hilflosenentschädigung (recte: Elektroscooter) sei aufzuheben und die Sache sei zur weiteren Abklärung und Neuverfügung an die IV-Stelle des Kantons Solothurn zurückzuweisen.

E. 7

7.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 30. November 2018 primär gestützt auf das D.____-Gutachten vom 4. Oktober 2017 sowie das psychiatrische Obergutachten von PD Dr. med. F.____ vom 19. März 2018 im Wesentlichen mit der Begründung ab, gemäss den versicherungsmedizinischen Abklärungen sei aus rheumatologischer Sicht die Arbeitsfähigkeit in der angestammten und zuletzt ausgeübten Tätigkeit auf 80 % mit prognostischer Besserungsfähigkeit einzuschätzen. Hinsichtlich jeglicher körperlicher leichter, gelegentlich mittelschwerer Tätigkeit in vorzugsweise wechselnden Körperpositionen bestehe keine zeitliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bei geschätzter Leistungseinbusse von 20 % aufgrund des Bedarfs an vermehrten Pausen und des langsameren Arbeitstempos. Aus neuropsychologischer Sicht finde man keine kognitiven Dysfunktionen, die sich auf die angestammte und/oder eine allfällige bildungsentsprechende Verweistätigkeit in leistungsmässiger Hinsicht limitierend auswirkten. Aus rein ophthalmologischer Sicht sei die Arbeitsunfähigkeit 0 %, da die Sehverschlechterung nicht mit einem Augenleiden erklärt werden könne. Aus

psychiatrischer Sicht könnten keine Diagnosen mit erheblicher Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden. Sei die angestammte Tätigkeit im Umfang von 80 % möglich, ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 20 %. Ein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe somit nicht (IV-Nr. 224; A.S. 1 ff.).

Die Beschwerdeführerin lässt demgegenüber geltend machen, die Verfügung vom 30. November 2018 betreffend Invalidenrente sei aufzuheben und es sei ihr eine ganze Invalidenrente zuzusprechen; eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung und Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Dies wird im Wesentlichen damit begründet, die Beschwerdeführerin habe am 18. August 2016 aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen erneut ein Gesuch um berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente gestellt. Es werde gerügt, dass die angefochtene Verfügung in unrichtiger und unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts zu Stande gekommen sei. Die im D.____-Gutachten sowie im psychiatrischen Obergutachten von PD Dr. med. F.____ empfohlenen medizinischen Abklärungen (Immunologie / Endokrinologie sowie Herz-Kreislauf) seien nicht vorgenommen worden, weshalb die angefochtene Verfügung aufzuheben sei. Entgegen den Ausführungen des RAD sei es nicht Sache der versicherten Person, medizinisch-diagnostische Untersuchungen während des Abklärungsverfahrens selber vorzunehmen, wenn ein Gutachter diese für angezeigt halte. Vielmehr seien derartige Abklärungen von den Verwaltungsbehörden in Auftrag zu geben und deren Ergebnisse vor Erlass der Verfügung abzuwarten. Bereits der Umstand, dass in casu sowohl der rheumatologische Gutachter als auch der psychiatrische Obergutachter weitere Abklärungen zur vollumfänglichen medizinischen Sachverhaltsabklärung empföhlen, zeige deutlich, dass durch diese zusätzlichen Untersuchungen eine andere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit überwiegend wahrscheinlich scheine (Beschwerde, S. 8 ff., Ziff. 1 bis 6; A.S. 35 ff.).

7.2 Zunächst ist festzustellen, dass sowohl die vom rheumatologischen D.____-Teilgutachter Dr. med. AB.____ empfohlenen endokrinologisch-immunologischen Zusatzabklärungen (IV-Nr. 181.2 S. 16 ff.) als auch die vom psychiatrischen Obergutachter PD Dr. med. F.____ angeregten Abklärungen bezüglich der Probleme im Herz-Kreislauf-Bereich im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 30. November 2018 soweit ersichtlich (noch) nicht durchgeführt worden waren. Das Gericht forderte daher die Beschwerdeführerin mit Instruktionsverfügung vom 26. Februar 2020 auf mitzuteilen, ob in der Zwischenzeit die immunologischen / endokrinologischen Zusatzabklärungen stattgefunden hätten und welche anderweitigen ärztlichen Behandlungen (mit möglicher Relevanz für den Leistungsanspruch) seit Mitte 2018 durchgeführt worden seien (A.S. 73 f.). In der Folge teilte die Beschwerdeführerin am 15. April 2020 mit, in der Zwischenzeit hätten die immunologischen / endokrinologischen Zusatzabklärungen stattgefunden bzw. dauerten noch an. In der Klinik für Neurologie des G.____ hätten seit Mitte 2018 sowohl allgemeine neurologische als auch spezifische neuroimmunologische Abklärungen stattgefunden. Im Weiteren stehe die Beschwerdeführerin bei Prof. Dr. med. H.____, Chefarzt Stoffwechszentrum, I.____, in endokrinologischer Behandlung. Ferner lasse sie sich seit Mitte 2018 weiterhin rheumatologisch in der Klinik für Rheumatologie des G.____ behandeln und in der Augenklinik des G.____ ophthalmologisch untersuchen (A.S. 81 f.). Am 8. Mai 2020 reichte die Beschwerdeführerin verschiedene medizinische Unterlagen ein (BB 15 bis 21) und legte dar, ärztliche Berichte betreffend endokrinologische Abklärungen bei Prof. H.____ seien

nicht vorhanden. Gleichentags finde eine weitere Untersuchung statt. Ebenfalls liege der ärztliche Bericht der Augenklinik des G.____ (Prof. Dr. Dr. med. J.____; Untersuchung vom 4. März 2020) noch nicht vor (A.S. 86 f.). Angesichts der gegebenen (unvollständigen) Aktenlage erachtete das Gericht eine polydisziplinäre Begutachtung in den Fachdisziplinen «Innere Medizin», «Endokrinologie», «Rheumatologie», «Neurologie», «Ophthalmologie» und «Psychiatrie» als angezeigt und sah vor, damit die K.____ zu beauftragen (A.S. 89 ff.). Dagegen erhoben die Parteien keine Einwände. Die Beschwerdeführerin liess noch darauf hinweisen, seit dem 8. Mai 2020 seien ihr keine weiteren medizinischen Dokumente zugegangen; dies betreffe auch die endokrinologische Abklärung bei Prof. H.____ sowie die ophthalmologischen Untersuchungen bei Prof. J.____. Sie schlage vor, die Begutachtung dennoch ohne Verzögerung in Auftrag zu geben; sie engagiere sich, weitere medizinische Berichte zu beschaffen und diese sowohl der Gutachterstelle als auch dem Gericht unverzüglich zu übermitteln (A.S. 93 f.). Solche Berichte wurden dem Gericht in der Folge nicht eingereicht. Angesichts der vom Gericht veranlassten, von der K.____ auftragsgemäss durchgeführten polydisziplinären Begutachtung kann auf die Einholung weiterer medizinischer Unterlagen bei behandelnden Ärzten verzichtet werden. Das polydisziplinäre Gerichtsgutachten vom 11. August 2021 wurde den Parteien zur Kenntnisnahme zugestellt, wobei ihnen die Gelegenheit gegeben wurde, sich dazu abschliessend schriftlich zu äussern (A.S. 235 f.). Darauf wurde von beiden Parteien verzichtet (A.S. 238 f.).

7.4 Gemäss der Konsensbeurteilung der K.____-Gutachter vom 20. Juli 2021 klagt die Beschwerdeführerin über verschiedene körperliche Beschwerden (Kopf-, Muskel- und Gelenkschmerzen, Sehschwäche) und über eine «extreme» Erschöpfung, was für sie das Schlimmste sei. Eine psychiatrische Ursache der Erschöpfung und der Schmerzen liegt nach den gutachterlichen Angaben nicht vor. Die Erschöpfung habe, soweit aus psychiatrischer Sicht nachvollziehbar, somatische Hintergründe: So sei gemäss dem aktuellen rheumatologischen Teilgutachten im September 2016 die Diagnose eines seronegativen Sjögren-Syndroms mit Fatigue gestellt worden, welche auch aktuell zu diagnostizieren sei. Daneben finde sich im rheumatologischen Teilgutachten die Diagnose einer Fibromyalgie, welche die Gelenkschmerzen erkläre. Hinsichtlich der Kopfschmerzen werde im aktuellen neurologischen Teilgutachten die Diagnose «chronische Spannungskopfschmerzen mit migräneartigen Attacken (DD chronische Migräne)» gestellt. Im Weiteren legen die Gerichtsgutachter dar, im aktuellen ophthalmologischen Gutachten werde von einer funktionellen Störung ausgegangen. Die Sehstörung sei im Mai 2006 plötzlich aufgetreten und sei für einige Wochen sogar mit einer vollständigen Erblindung verbunden gewesen, die sich dann aber zurückgebildet habe. Zu einer vollständigen Rückbildung der Sehstörung sei es jedoch nicht gekommen. Unter Berücksichtigung der Unterlagen sowie der anamnestischen Angaben wird am ehesten von einer psychogenen Sehstörung ausgegangen. Es wird dargelegt, am ehesten spiele hier die Biographie mit über lange Zeit unklarer Herkunft eine Rolle. Nach dem 18. Geburtstag der Beschwerdeführerin sei die massive Sehstörung aufgetreten, die ■ gemäss gutachterlicher Einschätzung ■ den psychogenen Hintergrund gehabt haben könnte, dass die Beschwerdeführerin symbolisch ihre Augen vor den möglicherweise belastenden Details ihrer Herkunft verschlossen habe. Abgesehen von dem am ehesten funktionellen bzw. dissoziativen Charakter der Sehstörung habe sich die Sehstörung inzwischen aber erheblich gebessert. Bereits mit rechtskräftiger Verfügung vom 30. September 2011 (Referenzzeitpunkt) sei festgestellt worden, dass kein Leistungsanspruch mehr bestehe. Der ophthalmologische Teilgutachter stelle auch aktuell fest, erfreulicherweise sei die Beschwerdeführerin durch die funktionelle Sehstörung nur

wenig einschränkt. Die Orientierung im Raum sowie das Lesen und Erledigen alltäglicher Dinge seien nicht beeinträchtigt. Sodann kommen die K. ___-Gutachter aus rheumatologischer Sicht zum Schluss, die Kriterien eines Fibromyalgie-Syndroms seien aktuell zwar erfüllt, dieses sei jedoch grundsätzlich keine Krankheit, die eine absolute Arbeitsunfähigkeit begründe. Es beschreibe vielmehr einen syndromalen Zustand, demzufolge die betroffene Person leichter Schmerz empfinde als andere Personen. Entsprechend gestalte sich das Belastungsprofil. Ausschliesslich schwere und schwerste Tätigkeiten seien nicht zumutbar, denn diese führten oft zu einer Steigerung der Schmerzen und seien in vielen Fällen nicht mehr zumutbar. Die Gerichtsgutachter sprechen sich aufgrund ihrer Untersuchungsergebnisse dafür aus, die Diagnose des Sjögren-Syndroms könne nur aus den Akten übernommen werden. Umfangreiche diagnostische Abklärungen seien gemäss Aktenlage bereits im Jahr 2016 im Z. ___ erfolgt (Histologie der Lippenspeicheldrüse, pathologischer Saxontest, pathologischer Schirmertest). Im Weiteren kommen die Experten aus neurologischer Sicht zum Schluss, es bestünden chronische Spannungskopfschmerzen und migräneartige Attacken, welche die Arbeitsfähigkeit einschränkten. Aus allgemeininternistischer Sicht werden keine Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt. Insbesondere sei kein Hinweis für eine arterielle Hypertonie ersichtlich. Aus endokrinologischer Sicht besteht nach den Angaben der Experten ein Diabetes mellitus Typ 2 mit Erstdiagnose im Jahr 2014; nach einer medikamentösen Umstellung habe sich eine stabile Einstellung gezeigt. Sodann sei über die letzten Jahre eine deutliche Gewichtsabnahme erfolgt (A.S. 107 ff.).

Aufgrund der oben wiedergegebenen Untersuchungsergebnisse in den erwähnten Fachdisziplinen stellen die Gerichtsgutachter die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) «Seronegatives Sjögren-Syndrom, ED 2016, objektiviertes Sicca-Syndrom: mittels Histologie der Lippenspeicheldrüse mit lymphozytärem Fokus Grad III nach Chisholm und Masen, pathologischem Saxontest 2.27 g/2min., pathologischem Schirmertest bds. 0 mm (Z. ___), aktuell negative Anti-dsDNA, Anti-SSA/Ro52, Anti-SSA/Ro60, Anti-SS-B/La und keine humerale Entzündungsparameter, mit Fatigue» sowie «Chronische Spannungskopfschmerzen mit migräneartigen Attacken (DD: chronische Migräne)» und kommen zum Schluss, die Beschwerdeführerin sei sowohl in der bisherigen Tätigkeit im Bereich «KV» bzw. «Sozialpädagogik» als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig (8.5 Stunden pro Tag mit einer um 30 % verminderten Leistungsfähigkeit). Zur Begründung der Gesamtarbeits(un)fähigkeit legen sie dar, die rheumatologische Arbeitsunfähigkeit von 20 % gehe in der neurologischen Arbeitsunfähigkeit von 30 % auf, da die Leistungsminderung die Beschwerdeführerin sowohl hinsichtlich der neurologischen als auch hinsichtlich der rheumatologischen Symptome ausreichend entlaste. Zur Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit dem Referenzzeitpunkt (30. September 2011) objektiv verschlechtert hätten oder ob sie allenfalls unverändert geblieben seien, erklären die Gerichtsgutachter, es sei zu einer objektiven Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen durch die neu aufgetretenen Erkrankungen Sjögren-Syndrom, Fibromyalgie und Diabetes mellitus. Eine deutliche Verbesserung sei hinsichtlich der Adipositas erfolgt, über die letzten Jahre sei es zu einer Gewichtsabnahme im Ausmass von 30 kg gekommen. Die Arbeitsfähigkeit habe ab dem 30. September 2011 im Wesentlichen 70 % betragen mit nur intermittierenden Verschlechterungen (A.S. 111 ff.).

E. 7.5

7.5.1 Zur Konsensbeurteilung der Gerichtsgutachter, wonach sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem Referenzzeitpunkt (30. September 2011) aufgrund der aufgetretenen Erkrankungen «seronegatives Sjögren-Syndrom» und «Fibromyalgie-Syndrom» objektiv verschlechtert habe, ist festzuhalten, dass eine hinzugetretene Diagnose nicht per se einen Revisionsgrund darstellt, da damit das quantitative Element der (erheblichen) Gesundheitsverschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist. Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung, wenn dieser veränderte Umstand den Rentenanspruch berührt (Urteil des Bundesgerichts 9C_113/2021 vom 23. Juni 2021 E. 2 mit Hinweisen). Im vorliegenden Fall gilt es zu beachten, dass die rheumatologische K.____-Teilgutachterin Dr. med. M.____ die erwähnten Diagnosen zwar stellt, gleichzeitig im Rahmen der Beurteilung aber darauf hinweist, für das gesteigerte subjektive Krankheitsempfinden der Beschwerdeführerin fehle eine wirklich objektiv nachvollziehbare Pathologie. Das Sjögren-Syndrom allein sei kein Grund für eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit. Auch das weichteilrheumatische Schmerzsyndrom begründe keine höhergradige Arbeitsunfähigkeit, gelte doch die angestammte Tätigkeit im Büro gerade für weichteilrheumatische Beschwerden als ideal adaptiert. Sowohl das von ihr diagnostizierte Fibromyalgie-Syndrom als auch die weiteren rheumatologischen Leiden (partiell Hyperlaxitätssyndrom, leichte degenerative Veränderungen der Intervertebralgelenke der gesamten HWS, mässige Unkarthrosis C5/6 mit Streckfehlhaltung bei Haltungsinsuffizienz, endgradiger Funktionsschmerz im rechten Schultergelenk) werden als Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit aufgelistet (A.S. 173 f.). Angesichts der im September 2016 gestellten Diagnose eines Sjögren-Syndroms mit Fatigue ist aus rheumatologischer Sicht seit dem Referenzzeitpunkt zwar von einer leichten Verschlechterung des Gesundheitszustands auszugehen, die sich in der von Dr. med. M.____ attestierten Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit von 20 % aufgrund des vermehrten Pausenbedarfs ausdrückt (gegenüber einer Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht von 100 % im Referenzzeitpunkt; vgl. A.S. 175 f. und 178 ff.). Voraussetzung für eine Rentenrevision ist jedoch eine Änderung des Invaliditätsgrades in einer für den Anspruch erheblichen Weise (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Entscheidend ist einzig, ob im massgeblichen Zeitraum (Neuanmeldung vom 17. August 2016, Erlass der angefochtenen Verfügung vom 30. November 2018) eine erhebliche und anhaltende Veränderung der Befundlage im Vergleich zu jener im September 2011 eingetreten ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 3.4.2). Eine solche Veränderung ist hier nicht eingetreten. Die Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht von 100 % auf 80 % ist nicht geeignet, einen allfälligen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu berühren. Zudem gilt es zu berücksichtigen, dass die rheumatologische Arbeitsunfähigkeit von 20 % gemäss der Konsensbeurteilung der Gerichtsgutachter in der neurologischen Arbeitsunfähigkeit von 30 % aufgeht (A.S. 114; vgl. E. II. 7.5.2 hiernach).

7.5.2 In Bezug auf die von der neurologischen K.____-Teilgutachterin gestellte Diagnose (mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit) «Chronische Spannungskopfschmerzen mit migräneartigen Attacken (DD: chronische Migräne)» kann seit dem Referenzzeitpunkt nicht von einer relevanten Verschlechterung der Befundlage ausgegangen werden. Dr. med. N.____ hält aufgrund ihrer Untersuchungsergebnisse fest, zusammenfassend bestünden seit dem Jahr 2006 unverändert auf neurologischem Gebiet tägliche Kopfschmerzen, die im

Wesentlichen unverändert die Kriterien eines Spannungskopfschmerzes erfüllt. Da es sich um einen leichten Druckkopfschmerz handle, sei aufgrund der Art und des Ausmasses der Beschwerden die Arbeitsfähigkeit auf neurologischem Gebiet unverändert seit dem Jahr 2006 dadurch nicht eingeschränkt. Die neurologische K.____-Teilgutachterin kommt im Weiteren zum Schluss, aufgrund der Beschreibung der Beschwerdeführerin (belastungsabhängig ca. drei- bis viermal pro Woche Zunahme der Kopfschmerzen mit ziehendem Charakter und gelegentlicher Übelkeit und Erbrechen) könne eine migräneartige Komponente nicht sicher ausgeschlossen werden. Diese Beschwerden seien rückwirkend nicht gewürdigt worden. Hierdurch werde eine Minderung der Arbeitsfähigkeit auf neurologischem Gebiet für jedwede Tätigkeit von 30 % gesehen aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs, rückwirkend vermutlich seit dem Jahr 2006. Soweit anamnestisch und durch den Aktenverlauf zu eruieren sei, handle es sich seit dem Jahr 2006 um einen mehr oder weniger identischen Gesundheitszustand auf neurologischem Gebiet mit geringen Schwankungen (A.S. 194 f.). Somit kann aus neurologischer Sicht nicht von einer Verschlechterung der Befundlage seit dem Referenzzeitpunkt ausgegangen werden.

7.5.3 Der endokrinologische K.____-Teilgutachter kann keine Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit stellen. Die Diagnose «Diabetes mellitus Typ 2 ED 2014» wird (wie auch die beiden anderen Diagnosen [Hypercholesterinämie, Adipositas Grad I]) unter den Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit angegeben. Dazu ist Folgendes festzuhalten: Dr. med. L.____ stellt fest, die Erstdiagnose sei im Jahr 2014 aufgrund einer Metformin- und DPP 4-Hemmer-Unverträglichkeit erfolgt. Nach einer medikamentösen Umstellung habe eine stabile Einstellung erreicht werden können. Im aktuellen Labor zeige sich ein HbA1c von 5.4 %, dieser Wert liege absolut im Zielbereich. Im Weiteren gibt der Experte an, aus endokrinologischer Sicht bestehe keine Einschränkung des Belastungsprofils, wobei bei einem Diabetes allerdings von Nachtschichttätigkeiten abzuraten sei. In Bezug auf die Adipositas hält der Endokrinologe fest, über die letzten Jahre sei eine deutliche Gewichtsabnahme von 30 kg erfolgt. Sowohl in der bisherigen als auch in angepasster Tätigkeit bestehe eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit (100 %; 8.5 Stunden pro Tag ohne Leistungseinschränkung). Auch retrospektiv sei keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ersichtlich (A.S. 213 ff.). Damit liegt aus endokrinologischer Sicht mit dem im Jahr 2014 diagnostizierten Diabetes Mellitus seit dem Referenzzeitpunkt zwar eine neue Diagnose vor, diese wirkt sich nach den fachärztlichen Angaben jedoch nicht auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus. Auch aus internistischer Sicht kann gemäss den fachärztlichen Angaben keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Ein Hinweis auf eine arterielle Hypertonie bestehe nicht und ein anamnestisches Asthma bronchiale bereite im Alltag keine Beschwerden. Das Herz-Kreislaufsystem wird als unauffällig beurteilt. Die Arbeitsfähigkeit betrage 100 % ohne Leistungseinschränkung (A.S. 198 ff.).

7.5.4 Schliesslich kann auch dem psychiatrischen K.____-Teilgutachten keine Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit entnommen werden. Der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. R.____ stellt die Diagnose (ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit) «Sehstörung, am ehesten dissoziativ (ICD-10: F44.6)» und verweist auf das ophthalmologische Teilgutachten, worin festgestellt worden sei, die Beschwerdeführerin sei durch die funktionelle Sehstörung nur wenig eingeschränkt. Im Weiteren wird im Rahmen der Beurteilung dargelegt, die im Mai 2006 plötzlich aufgetretene massive Sehstörung könnte den psychogenen Hintergrund gehabt haben, dass die Beschwerdeführerin symbolisch die

Augen vor den möglicherweise belastenden Details ihrer Herkunft verschlossen habe. Abgesehen von dem am ehesten funktionellen bzw. dissoziativen Charakter der Sehstörung habe sich diese inzwischen aber erheblich verbessert. Bereits im Referenzzeitpunkt sei festgestellt worden, dass kein Leistungsanspruch mehr bestehe. Im Weiteren werden im Rahmen der aktuellen Beurteilung als Ressourcen eine gute Ausbildung, eine stabile Partnerschaft (Heirat im August 2020), ein vorhandener Arbeitsplatz (ab 1. März 2021) sowie ein sehr lebenszufriedener Eindruck erwähnt. Aktuell seien keine psychosozialen Belastungen erkennbar. Aus psychiatrischer Sicht wird eine vollständige Arbeitsfähigkeit in jeder Tätigkeit von 100 % (8.5 Stunden pro Tag ohne Leistungseinschränkung) angegeben. Es sei nur vorübergehend zu einer Verschlechterung mit psychischer Beeinträchtigung und ambulanter sowie stationärer psychiatrischer Behandlung (vom 22. März bis 8. Mai 2017) gekommen. Bezogen auf den Referenzzeitpunkt sei von einem unveränderten Gesundheitszustand und einer unveränderten Arbeitsfähigkeit auszugehen (A.S. 153 ff.).

7.5.5 Aufgrund der Angaben des ophthalmologischen K.____-Teilgutachters, Dr. med. O.____, Facharzt für Ophthalmologie, P.____, ist aus ophthalmologischer Sicht eine leichte Verbesserung des Gesundheitszustands eingetreten. So kommt der Gerichtsgutachter aufgrund seiner Untersuchungen zum Schluss, im Bericht des W.____ vom 25. September 2007 (IV-Nr. 69; vgl. E. II. 5.7 hiervor) habe sich in der ambulanten Behandlung vom 17. September 2007 ebenfalls der Verdacht auf eine psychogene Störung gezeigt. Der Visus habe damals am rechten Auge 0.2 und am linken Auge 0.05 betragen. Aus dem Teilgutachten der D.____, welches am 30. August 2017 durch Dr. med. AJ.____ erstellt worden sei (vgl. IV-Nr. 181.5), sei auf eine Visusminderung am linken Auge zu schliessen. Diese habe damals jedoch ebenfalls keine ophthalmologische Erkrankung als Ursache gehabt. Bereits damals sei eine funktionelle Störung in Erwägung gezogen worden. In den aktuellen Untersuchungen habe ein Visus von 0.5 rechts und 0.05 links erhoben werden können. Insgesamt habe sich im Vergleich zum Jahr 2007 die Sehschärfe verbessert. Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit hätten sich demnach objektiv nicht verschlechtert, allenfalls sogar etwas verbessert. Aufgrund des aktuellen Visus der Patientin sehe man keine Einschränkung im Bereich «KV» und «Sozialpädagogik»; eine zusätzliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit sei nicht vorhanden. Eine spezielle Anpassung des Arbeitsplatzes sei nicht notwendig (A.S. 220 ff.).

7.5.6 Gesamthaft betrachtet, unter Berücksichtigung sämtlicher sechs Fachdisziplinen, ist seit dem Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 30. September 2011) von einem weitgehend gleichbleibenden Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin auszugehen. Während sich ihr Gesundheitszustand wegen des im September 2016 diagnostizierten seronegativen Sjögren-Syndroms mit Fatigue leicht verschlechtert hat, ist aus ophthalmologischer Sicht und in Bezug auf die Adipositas von einer leichten Verbesserung des Gesundheitszustands auszugehen. Die K.____-Gutachter kommen im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung übereinstimmend zum Schluss, die Arbeitsfähigkeit habe seit dem Referenzzeitpunkt im Wesentlichen 70 % mit nur intermittierenden Verschlechterungen betragen. Nach den Angaben der Gerichtsgutachter ist auch im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung (30. November 2018) von einer Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 70 % (8.5 Stunden pro Tag mit einer Leistungsminderung von 30 %) sowohl in den bisherigen Tätigkeiten in den Bereichen «KV» oder «Sozialpädagogik» als auch in anderen adaptierten Tätigkeiten auszugehen (A.S. 113 ff.). Diese fachärztliche Einschätzung wird im Übrigen auch durch den Umstand erhärtet, dass die Beschwerdeführerin gemäss den

Angaben im Gerichtsgutachten am 1. März 2021 eine Tätigkeit als Telefonistin im Homeoffice bei einem [...] Startup-Unternehmen mit einem vertraglich vereinbarten Pensum von 80 % aufgenommen hat (A.S. 150, 166, 186, 200 und 211, vgl. E. II. 6.17.1 hiervor). Ein Revisionsgrund ist damit aus medizinischer Sicht nicht gegeben.

7.6 Nach dem Gesagten ist die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 30. November 2018, worin der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente sowie berufliche Massnahmen abgewiesen wurde (A.S. 1 ff.), nicht zu beanstanden. Angesichts des vom Gericht veranlassten interdisziplinären Gutachtens vom 11. August 2021 und der gegebenen Aktenlage wurde die Beschwerdeführerin in sämtlichen in Frage kommenden Fachdisziplinen, insbesondere auch aus endokrinologischer und immunologischer und auch aus internistischer (Herz-Kreislauf-Probleme) Sicht (vgl. Beschwerde, S. 9 Ziff. 3 und 4) umfassend und damit rechtsgenügend abgeklärt. Aus den nachgereichten Berichten des G.____, Kliniken für Rheumatologie und Neurologie sowie Augenklinik, ergeben sich keine wesentlichen neuen Erkenntnisse (vgl. BB 15 und 21). Bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung vom 30. November 2018, welche rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis bildet (Urteil des Bundesgerichts I 940/06 vom 19. November 2007 E. 4.1 mit Hinweis auf BGE 129 V 167 E. 1 S. 169), ist keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ausgewiesen. Im vorliegenden Neuanmeldungsverfahren besteht somit keine Möglichkeit, eine davon abweichende Beurteilung des Rentenanspruchs vorzunehmen. Vielmehr bleibt es beim bisherigen Rechtszustand. Damit erübrigt sich ein Einkommensvergleich.

7.7 Die Revisionsgrundsätze, unter Einschluss der Neuanmeldungsregelung, gelten praxisgemäss in analoger Weise auch für berufliche Eingliederungsmassnahmen (Urteil des Bundesgerichts 9C_291/2017, 9C_482/2018 vom 20. September 2018 E. 7.2 mit Hinweis u.a. auf BGE 130 V 64 E. 2 S. 66 und 109 V 119 E. 3a S. 122; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., 2014, S. 463 Rz.140). Die Beschwerdeführerin hat damit auch keinen Anspruch auf (weitere) berufliche Eingliederungsmassnahmen. Die Beschwerde gegen die Verfügung vom 30. November 2018 betreffend Invalidenrente und beruflichen Massnahmen (A.S. 224) ist somit abzuweisen.

E. 8

8.1 Mit einer weiteren Verfügung vom 30. November 2018 kam die Beschwerdegegnerin wiedererwägungsweise auf die Verfügung vom 29. August 2008 (IV-Nr. 77), worin der Beschwerdeführerin eine Hilflosenentschädigung leichten Grades ab 1. August 2008 zugesprochen worden war, zurück und hob die Verfügung auf; die Hilflosenentschädigung wurde auf Ende Dezember 2018 eingestellt. Dies wurde im Wesentlichen damit begründet, bei der Zusprache der Hilflosenentschädigung leichten Grades sei ihr, der Beschwerdegegnerin, ein grober Fehler unterlaufen. Sie habe sich bei der Zusprache ■ medizinisch gesehen ■ einzig auf den am 4. Juni 2008 erstellten Bericht des behandelnden Facharztes für Augenheilkunde, Dr. med. Y.____, abgestützt (IV-Nr. 66 S. 1 f.; vgl. E. II. 5.8 hiervor), obwohl den Akten klar zu entnehmen gewesen sei, dass bei der Beschwerdeführerin gar keine objektivierbare Sehstörung, sondern ein eindeutiger Hinweis auf eine psychogene Störung bestanden habe (vgl. Protokolleintrag vom 9. Juni 2008). Indem sie, die Beschwerdegegnerin, die beim damaligen Hausarzt vorhandenen psychiatrischen Abklärungsergebnisse nicht beigezogen bzw. keine weiteren

psychiatrischen Abklärungen vorgenommen habe, habe sie den Untersuchungsgrundsatz in qualifizierter Weise verletzt. Aufgrund der medizinischen Abklärungen sei nicht zu erkennen, inwiefern die Beschwerdeführerin als hilflos im Sinne des Gesetzes gelten könne. Die Hilflosenentschädigung für eine Hilflosigkeit leichten Grades falle somit pro futuro weg (IV-Nr. 226; A.S. 9 ff.).

Die Beschwerdeführerin lässt demgegenüber geltend machen, sie habe sich im Jahr 1996 aufgrund einer peripheren Netzhautdegeneration, einer Micrognathia inferior congenita sowie einer psychisch bedingten Visusminderung zum Bezug von IV-Leistungen für Minderjährige angemeldet. Im Mai 2008 sei aus den gleichen gesundheitlichen Einschränkungen die Anmeldung für die Hilflosenentschädigung erfolgt (IV-Nr. 62). Mit Verfügung vom 29. August 2008 habe sie eine Hilflosenentschädigung leichten Grades zugesprochen erhalten, weil sie aufgrund ihres Augenleidens bei der Fortbewegung / Begleitung auf die Hilfe Dritter angewiesen sei (IV-Nr. 77). Die Beschwerdegegnerin verkenne, dass Dr. med. Y. ___ bereits in seinem Bericht vom 4. Juni 2008 einen unklaren Visusverlust und eine Myopie diagnostiziert habe. Bereits aufgrund dieses Berichts habe die Beschwerdegegnerin davon ausgehen müssen, dass ihr Augenleiden unklarer Ätiologie auf eine allfällige psychogene Störung zurückzuführen sein könnte. Damit stehe fest, dass die Beschwerdegegnerin trotz Wissen um die unklare Visusminderung eine Hilflosenentschädigung leichten Grades zugesprochen habe. Inwiefern vor diesem Hintergrund ein grober Fehler seitens der Beschwerdegegnerin und damit ein Wiedererwägungsgrund vorliege, sei nicht ersichtlich. Auch könne die Beschwerdegegnerin aus dem Umstand, dass sie zum damaligen Zeitpunkt in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes keine weiteren psychiatrischen Abklärungen vorgenommen habe, nichts zu ihren Gunsten ableiten. Unhaltbar sei schliesslich, dass die Beschwerdegegnerin versuche, ihren angeblichen Fehler im konkreten Fall auf die Beschwerdeführerin abzuwälzen. Für selbst verursachte Abklärungsfehler habe die Behörde selber einzustehen, nicht die Versicherte. Dies insbesondere dann nicht, wenn die Beschwerdeführerin ■ wie vorliegend ■ gestützt auf den Grundsatz «Treu und Glauben» während Jahren davon ausgegangen sei, dass die Zusprache der Hilflosenentschädigung zu Recht erfolgt sei (Beschwerde, S. 10 f. Ziff. 7 ff.).

8.2 Gemäss Art. 42 Abs. 1 IVG haben Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz, die hilflos (Art. 9 ATSG) sind, Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung, wobei zwischen schwerer, mittelschwerer und leichter Hilflosigkeit zu unterscheiden ist (Art. 42 Abs. 2 IVG). Nach Art. 37 Abs. 3 IVV gilt die Hilflosigkeit als leicht, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist (lit. a), einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf (lit. b), einer durch das Gebrechen bedingten ständigen und besonders aufwendigen Pflege bedarf (lit. c), wegen einer schweren Sinnes-schädigung oder eines schweren körperlichen Gebrechens nur dank regelmässiger und erheblicher Dienstleistungen Dritter gesellschaftliche Kontakte pflegen kann (lit. d) oder dauernd auf lebenspraktische Begleitung im Sinne von Art. 38 IVV angewiesen ist (lit. e).

8.3 Der Versicherungsträger kann durch Wiedererwägung auf formell rechtskräftige Verfügungen zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG). Es darf ■ vor dem Hintergrund der damaligen Rechtslage einschliesslich der geltenden Rechtspraxis ■ kein vernünftiger

Zweifel an der (von Beginn weg bestehenden) Unrichtigkeit der Verfügung bestehen. Eine Leistungszusprechung ist in der Regel als zweifellos unrichtig anzusehen, wenn sie aufgrund falscher Rechtsregeln erfolgte oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewendet wurden. Darunter fällt insbesondere eine auf einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) beruhende unvollständige Sachverhaltsabklärung (BGE 141 V 405 E. 5.2 S. 414; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 8C_57/2020 vom 18. Juni 2020 E. 4.1, 9C_598/2018 vom 29. November 2018 E. 3.2 und 8C_193/2016 vom 26. Oktober 2016 E. 3.2, je mit Hinweisen).

8.4 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der mit Verfügung vom 29. August 2008 erfolgten Zusprache einer Hilflosenentschädigung leichten Grades ab 1. August 2008 (IV-Nr. 77) gemäss ihren eigenen Angaben medizinisch gesehen einzig auf den am 4. Juni 2008 erstellten Bericht des behandelnden Augenarztes, Dr. med. Y.____, ab, worin die Diagnosen «unklarer Visusverlust bds.» und «Myopie» angegeben wurden und nach der Behandlung im Zeitraum vom 7. Februar bis 23. August 2007 bestätigt wurde, die Angaben über die Hilflosigkeit in der Anmeldung (IV-Nr. 62 S. 4 f.) stimmten mit seinen ärztlichen Feststellungen überein. Der behandelnde Augenarzt machte darin auch noch Angaben zu den korrigierten Visen beidseits und zur Gesichtsfeldeinschränkung links (IV-Nr. 66 S. 1 f.). Dazu nahm RAD-Arzt med. pract. AK.____, Praktischer Arzt, am 12. Juni 2008 dahingehend Stellung, eine leichte Hilflosigkeit im Sonderfall wegen einer schweren Sinnesschädigung im Sinne von Art. 37 Abs. 3 lit. d IVV sei gegeben, Rz. 8065 KSIH sei erfüllt (IV-Nr. 67). Dementsprechend stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Vorbescheid vom 13. Juni 2008 die Zusprache einer Hilflosenentschädigung in Aussicht (IV-Nr. 68 S. ff.). Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens wurden der Beschwerdegegnerin weitere Unterlagen eingereicht, u.a. am 24. Juni 2008 der Bericht des W.____ vom 25. September 2007, worin auf eine psychogene Sehverschlechterung hingewiesen und dargelegt wurde, die objektive Visusbestimmung habe einen wahren Visus von mindestens beidseits 0,63, eher aber von 1,0 ergeben. Aufgrund dieser Ergebnisse werde dringend zur einem Therapiebeginn in einer heimatnahen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik geraten (IV-Nr. 69 S. 2; vgl. E. II. 5.7 hiervor). In der leistungszusprechenden Verfügung vom 29. August 2008 blieben die fachärztlichen Angaben des W.____ unerwähnt. Es wurde lediglich das bereits im Vorbescheid erwähnte Abklärungsergebnis wiedergegeben (vgl. IV-Nr. 68 S. 3 f. und 77 S. 4). Es ist daher davon auszugehen, dass die Beschwerdegegnerin sich bei der Zusprache der Hilflosenentschädigung ■ wie dies von ihr geltend gemacht wird ■ ausschliesslich auf den Bericht des behandelnden Augenarztes Dr. med. Y.____ vom 4. Juni 2008 abstützte, worin zwar ein «unklarer Visusverlust bds.» diagnostiziert, jedoch keine psychogene Sehverschlechterung erwähnt wurden (IV-Nr. 66 S. 1 f.; vgl. E. II. 5.8 hiervor). Aufgrund des Berichts des W.____ hätten bei der Beschwerdegegnerin jedoch erhebliche Zweifel am Bestehen einer objektivierbaren Sehstörung aufkommen müssen, zumal auch der damalige Hausarzt Dr. med. V.____ der Beschwerdegegnerin am 9. Juni 2008 telefonisch mitgeteilt hatte, der aktuelle Arztbericht beschreibe eine psychogene Störung, die Ärzte sähen keine Gründe für eine Sehbehinderung (vgl. Protokolleintrag der Beschwerdegegnerin vom 9. Juni 2008, S. 12). Bei dieser Ausgangslage hätte der der Beschwerdegegnerin obliegende Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) zwingend weitere fachärztliche Abklärungen verlangt. Die Beschwerdegegnerin durfte nicht ■ zumindest nicht ohne weitere Abklärungen ■ von einer Hilflosigkeit der Beschwerdeführerin im Sonderfall gemäss Art. 37 Abs. 3 lit. d IVV ausgehen. Die Gewährung der Hilflosenentschädigung

leichten Grades vom 29. August 2008 beruhte somit auf einer unvollständigen Sachverhaltsabklärung und wurde daher von der Beschwerdegegnerin zu Recht in Wiedererwägung gezogen. Liegt in diesem Sinn ein Rückkommenstitel vor, gilt es grundsätzlich, mit Wirkung ex nunc et pro futuro einen rechtskonformen Zustand herzustellen (Art. 85 Abs. 2 i.V.m. Art. 88bisAbs. 2 IVV; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_598/2018 vom 29. November 2018 E. 4.4). Das Erfordernis der erheblichen Bedeutung der Berichtigung ist in Anbetracht der in Frage stehenden periodischen Leistungen rechtsprechungsgemäss erfüllt (Urteil des Bundesgerichts 8C_57/2020 vom 18. Juni 2020 E. 4.3.2. mit Hinweisen). Die angesichts des vorerwähnten Berichts des W.____ zweifellos zu Unrecht (im Sinne von klar unzureichenden Beurteilungslagen) zugesprochene, in der Folge seit 1. August 2008 ausgerichtete Hilflosenentschädigung kann auch nicht mit Blick auf den Grundsatz von Treu und Glauben weitergewährt werden. Die Berufung auf den Vertrauensschutz scheidet schon daran, dass der Beschwerdeführerin zu keinem Zeitpunkt entgegen den gesetzlichen Bestimmungen verbindlich eine unbefristete Hilflosenentschädigung zugesichert wurde. Die mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 30. November 2018 angeordnete Einstellung der Hilflosenentschädigung leichten Grades per Ende Dezember 2018 (Art. 88bisAbs. 2 lit. a IVV; A.S. 226) ist somit nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist ebenfalls abzuweisen.

E. 9

9.1 Mit einer dritten Verfügung vom 30. November 2018 lehnte die Beschwerdegegnerin auch die Übernahme der Kosten für die leihweise Abgabe eines Elektroscooters ab. Dies begründete sie im Wesentlichen damit, eine medizinische Indikation für die leihweisen Abgabe dieses Hilfsmittels bestehe nicht (IV-Nr. 225). Die Beschwerdeführerin lässt demgegenüber geltend machen, sollte ihr gestützt auf die weiteren versicherungsmedizinischen Abklärungen (Immunologie/Endokrinologie) eine Invalidenrente zugesprochen werden, so müsste auch ein Anspruch auf die leihweise Abgabe und Kostenübernahme für einen Elektroscooter neu geprüft und verfügt werden (Beschwerde, S. 11 Ziff. 20).

9.2 Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte haben gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Die Eingliederungsmassnahmen bestehen unter anderem in der Abgabe von Hilfsmitteln (Art. 8 Abs. 3 lit. d IVG).

Der Versicherte hat im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste Anspruch auf jene Hilfsmittel, deren er für die Ausübung der Erwerbstätigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich, zur Erhaltung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit, für die Schulung, die Aus- und Weiterbildung oder zum Zwecke der funktionellen Angewöhnung bedarf (Art. 21 Abs. 1 Satz 1 IVG). Der Versicherte, der infolge seiner Invalidität für die Fortbewegung, für die Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt oder für die Selbstsorge kostspieliger Geräte bedarf, hat im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste ohne Rücksicht auf die Erwerbsfähigkeit Anspruch auf solche Hilfsmittel (Art. 21 Abs. 2 IVG).

Der Bundesrat hat die ihm übertragene Kompetenz zur Bezeichnung der im Rahmen von Art. 21 IVG abzugebenden Hilfsmittel durch Art. 14 IVV an das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) subdelegiert, welches seinerseits die Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (HVI, SR 831.232.51) erlassen hat. Im Anhang zur HVI werden die Hilfsmittel aufgezählt. Die versicherte Person hat Anspruch auf Hilfsmittel, soweit diese für die Fortbewegung, die Herstellung des Kontakts mit der Umwelt oder für die Selbstsorge notwendig sind (Art. 2 Abs. 1 HVI). Anspruch auf die im Anhang HVI mit (*) bezeichneten Hilfsmittel besteht nur, soweit diese für die Ausübung einer Erwerbstätigkeit oder die Tätigkeit im Aufgabenbereich, für die Schulung, die Ausbildung, die funktionelle Angewöhnung oder für die in der betreffenden Ziffer des Anhangs ausdrücklich genannte Tätigkeit notwendig sind (Art. 2 Abs. 2 HVI).

Gemäss Ziff. 9.02 Anhang HVI hat die versicherte Person, die einen gewöhnlichen Rollstuhl nicht bedienen und sich nur dank elektromotorischem Antrieb selbstständig fortbewegen kann, Anspruch auf einen Elektrorollstuhl; die Abgabe erfolgt leihweise.

9.3 Die Beschwerdeführerin stellte am 3. April 2018 ein Gesuch für einen «Elektroscooter Trivanti» und begründete dies damit, sie sei auf dieses elektronische Hilfsmittel zur Wahrung ihrer Selbstständigkeit und Ausführung von Erledigungen angewiesen. Sie könne leider nur noch sehr kurze Distanzen zu Fuss zurücklegen. Mit dem Elektroscooter könne sie einzelne Termine selbstständig wahrnehmen und z.B. den Weg zu ihrem Elternhaus selber bewältigen (IV-Nr. 198). Die Beschwerdegegnerin erteilte mit Verfügung vom 19. April 2018 gestützt auf Ziff. 9.02 Anhang HVI Kostengutsprache für die leihweise Abgabe eines «Elektroscooters Trivanti Aluminium» im Betrag von CHF 2'769.00 (IV-Nr. 203). Mit Verfügung vom 18. Mai 2018 kam sie wiedererwägungsweise auf ihre Verfügung vom 19. April 2018 zurück und hob diese auf. Dies begründete sie damit, nachträglich habe sich gezeigt, dass weitere Abklärungen bezüglich der medizinischen Indikation für diese Hilfsmittelabgabe vorzunehmen seien. Sobald die zusätzlichen Abklärungen abgeschlossen seien, werde neu über eine allfällige Kostengutsprache für dieses Hilfsmittel entschieden (IV-Nr. 208). Mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 30. November 2018 lehnte die Beschwerdegegnerin die Kostengutsprache für den beantragten Elektroscooter erneut ab. Die Begründung lautete im Wesentlichen dahingehend, eine medizinische Indikation zur leihweisen Abgabe dieses Hilfsmittels bestehe nicht. An der Verweigerung der Kostengutsprache werde festgehalten (IV-Nr. 225).

9.4 Aufgrund der vorgenommenen medizinischen Abklärungen besteht in Übereinstimmung mit der Auffassung der Beschwerdegegnerin kein Hinweis auf eine medizinische Indikation für das beantragte Hilfsmittel. Nach den Angaben der Gerichtsgutachter zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde und Diagnosen bestehen eine Erschöpfbarkeit und Müdigkeit, belastungsabhängige Schmerzen von Seiten des Bewegungsapparates sowie chronische Spannungskopfschmerzen und migräneartige Attacken. Im Weiteren liegt eine im Alltag wenig beeinträchtigende Sehstörung vor (A.S. 111 f. und 116). Auch unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen ist nicht ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin auf die Abgabe eines Elektroscooters gemäss Ziff. 9.02 Anhang HVI zur selbstständigen Wahrnehmung von Terminen und Durchführung von Erledigungen angewiesen wäre. Auch die Notwendigkeit einer Unterstützung durch Drittpersonen besteht nicht. Gemäss den Untersuchungsergebnissen im Gerichtsgutachten ist die Beschwerdeführerin ohne Hilfsmittel in der Lage, sowohl ihre bisherigen Tätigkeiten

als auch andere angepassten Arbeiten zu 70 % (Pensum von 8.5 Stunden pro Tag mit einer Leistungseinschränkung von 30 %) auszuüben. Laut dem darin angegebenen Belastungsprofil ist eine wechselbelastende Tätigkeit mit nicht monoton-repetitivem Heben, Tragen und Ziehen von Lasten bis 10 kg, gelegentlich mittelschwer bis 25 kg, geeignet (ohne Nachtschichten; A.S. 112). Dass sie gemäss ihren Angaben nur noch in der Lage sein soll, kurze Distanzen zu Fuss zurückzulegen, geht aus dem Gerichtsgutachten so nicht hervor. Vielmehr gibt die Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung selber an, sie unternehme mit ihrem Ehemann Spaziergänge, gehe mit dem Hund laufen und treffe sich mit Freunden; sie benutze die öffentlichen Verkehrsmittel (in Begleitung). Ausserdem war die Beschwerdeführerin ohne weiteres in der Lage, im August / September 2020 während drei Wochen Flitterwochen auf den Seychellen zu verbringen (vgl. A.S. 150 f., 167 f., 186, 200 f. und 211 f.). Sowohl die rheumatologische als auch die neurologische Gerichtsgutachterin stellten bei ihr ein normales Gangbild bzw. flüssiges freies Gehen fest (A.S. 168 und 187). Durch die funktionelle Sehstörung ist die Beschwerdeführerin nur wenig eingeschränkt; die Orientierung im Raum und das Erledigen alltäglicher Dinge sind gemäss den gutachterlichen Angaben nicht beeinträchtigt (A.S. 222). Demnach ist davon auszugehen, dass das beantragte Hilfsmittel im Fall der Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht trotz vermehrt auftretender Müdigkeit und Erschöpfung nicht indiziert ist. So kann auch der Aktennotiz der RAD-Ärztin vom 16. Mai 2018 über ein mit dem Hausarzt Dr. med. AD. ___ geführtes Telefongespräch entnommen werden, die Beschwerdeführerin komme mit uneingeschränkter Beweglichkeit sowie freiem Gang in die Praxis und sei im allgemeinen Verhalten unauffällig. Er, der Hausarzt, habe sich sehr gewundert, dass die Beschwerdeführerin einen Scooter von der IV zur Verfügung gestellt bekomme (IV-Nr. 207; vgl. E. II. 6.13 hiervor). Es gilt zu beachten, dass die Hilfsmittelversorgung nach der Rechtsprechung den allgemeinen Anspruchsvoraussetzungen gemäss Art. 8 IVG (Geeignetheit, Erforderlichkeit, Eingliederungswirksamkeit) unterliegt. Die Invalidenversicherung ist auch im Bereich der Hilfsmittel keine umfassende Versicherung, welche sämtliche durch die Invalidität verursachten Kosten abdecken will; das Gesetz will die Eingliederung lediglich soweit sicherstellen, als diese im Einzelfall notwendig, aber auch genügend ist und zudem der voraussichtliche Erfolg der Eingliederungsmassnahme in einem vernünftigen Verhältnis zu ihren Kosten steht (Art. 8 Abs. 1 IVG; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_272/2018 vom 22. Juni 2018 E. 3.2. mit Hinweisen). Aufgrund der bestehenden Aktenlage ist die medizinische Indikation für die Abgabe des beantragten Elektroscooters nicht gegeben. Auch die gegen die Verfügung vom 30. November 2018 betreffend Hilfsmittel (IV-Nr. 225) erhobene Beschwerde ist somit abzuweisen.

E. 10

10.1 Da die Beschwerdeführerin nicht obsiegt, hat sie grundsätzlich keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

10.2 Die Beschwerdeführerin steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (Verfügung vom 25. März 2019; A.S. 67 ff.; vgl. E. I. 2.3 hiervor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Rechtsanwalt Bracher hat in den von ihm eingereichten Kostennoten vom 29. März 2019 (A.S. 70 f.) und 27. September 2021 (A.S. 241 f.) einen Zeitaufwand von insgesamt 10.4 Stunden, einen Stundenansatz von

CHF 270.00 bzw. CHF 250.00 und Barauslagen von insgesamt CHF 277.20 geltend gemacht.

Der geltend gemachte Zeitaufwand von 10.4 Stunden erscheint für den vorliegenden Fall angemessen. Der Stundenansatz gemäss § 161 i.V.m § 160 Abs. 3 des Gebührentarifs (GT, BGS 615.11) beträgt CHF 180.00. In Bezug auf die Auslagen ist festzuhalten, dass für Kopien CHF 0.50 vergütet werden anstelle von CHF 1.00 wie geltend gemacht (§ 160 Abs. 5 GT). Dementsprechend sind die Auslagen um CHF 128.00 auf CHF 149.20 zu reduzieren. Damit beläuft sich die Kostenforderung auf insgesamt CHF 2'176.85 (Honorar von CHF 1'872.00 zuzüglich Auslagen von CHF 149.20 und MwSt. von CHF 155.65 [7.7 %]). Dieser Betrag ist von der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zu bezahlen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn die Beschwerdeführerin zur Rückzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Im Weiteren besteht ein Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsvertreters im Umfang von CHF 560.05 (Differenz zu dem mit einem Stundenansatz von CHF 230.00 ermittelten Honorar; eine Honorarvereinbarung mit einem Stundenansatz von CHF 270.00 bzw. CHF 250.00 liegt nicht vor).

10.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG 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. Die Verfahrenskosten von CHF 600.00 sind der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen, welche 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 Rückzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

10.4 Gemäss Art. 45 Abs. 1 ATSG übernimmt der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden. Mit BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502 hat das Bundesgericht für den Bereich der Invalidenversicherung Kriterien aufgestellt, die bei der Beurteilung der Frage zu berücksichtigen sind, ob die Kosten eines Gerichtsgutachtens der Verwaltung auferlegt werden können. Es erwog, es müsse ein Zusammenhang bestehen zwischen dem Untersuchungsmangel seitens der Verwaltung und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen. Dies sei namentlich in folgenden Konstellationen der Fall: Wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen bestehe, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet habe, oder wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt habe, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfülle (BGE 140 V 70 E. 6.1 S. 75 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_64/2019 vom 27. November 2019 E. 8.1 mit Hinweisen).

Im vorliegenden Fall ordnete das Gericht ein polydisziplinäres Gutachten bei der K.____ an, weil die vom rheumatologischen D.____-Gutachter angeregten endokrinologisch-immunologischen Abklärungen (vgl. IV-Nr. 181.2 S. 16 f.) noch nicht abgeschlossen waren. Die Beschwerdegegnerin wäre aufgrund des ihr obliegenden

Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) gehalten gewesen, diese Abklärungs- und die Untersuchungsergebnisse abzuwarten und zu würdigen, nachdem sie selber festgestellt hatte, die im D.____-Gutachten vom 4. Oktober 2017 empfohlene endokrinologische Untersuchung zum Ausschluss eines Morbus Addison sei noch nicht durchgeführt worden und der Hausarzt werde diese veranlassen (vgl. Aktennotiz vom 16. Mai 2018, IV-Nr. 207). Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin, nur wenig später von ihrem beabsichtigten Prozedere abzuweichen, auf endokrinologische Abklärungs- und Untersuchungsergebnisse zu verzichten und auf die Vermutung der RAD-Ärztin abzustellen, wonach durch die aktuell noch hängige, via den Hausarzt durchzuführende endokrinologische Zusatzuntersuchung überwiegend wahrscheinlich keine Änderung der beschriebenen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten sei (vgl. RAD-Stellungnahme vom 30. Mai 2018; IV-Nr. 209 Nr. 2), erweist sich angesichts der bestehenden Pflicht zur medizinischen Sachverhaltsabklärung als unzureichend und kann daher nicht bestätigt werden. Im Weiteren erforderten auch die im psychiatrischen Obergutachten von Dr. med. F.____ vom 18. März 2018 angeregten somatischen Beschwerden im Herz-Kreislauf-Bereich (vgl. IV-Nr. 196 S. 28) weitere fachärztliche Abklärungen. Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügungen vom 30. November 2018 waren die medizinischen Untersuchungen noch nicht abgeschlossen. Deren Ergebnisse hätte die Beschwerdegegnerin abwarten und vor Verfügungserlass beurteilen müssen. Nach dem Gesagten war unter den gegebenen Umständen zur umfassenden Feststellung des medizinischen Sachverhalts ein Gerichtsgutachten unter Einschluss der erwähnten sechs Fachdisziplinen notwendig. Die Voraussetzungen, unter welchen der Beschwerdegegnerin die Kosten eines Gerichtsgutachtens zu tragen hat, sind damit erfüllt. Deshalb rechtfertigt es sich, der Beschwerdegegnerin die Kosten des Gerichtsgutachtens von insgesamt CHF 19'650.00 (vgl. den Parteien mit Verfügung vom 19. August 2021 zugestellte Rechnung vom 11. August 2021, A.S. 235 f.; vgl. E. I. 2.12 hiervor) aufzuerlegen. Die IV-Stellen haben im Rahmen der mit BGE 139 V 496 umschriebenen Grundsätze gestützt auf Art. 45 Abs. 1 Satz 2 ATSG für die gesamten Kosten des Gerichtsgutachtens aufzukommen (BGE 143 V 269 E. 7.2 S. 283).

Demnach widerkannt:

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

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Schmidhauser

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