

SO_GERICHTE VSBES.2022.215 vom 27. September 2024

SO Obergericht, 2024-09-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.215_d20240927

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.215 du 27 septembre 2024

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.215 del 27 settembre 2024

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 2

2.1 Im April 2020 reichte die Beschwerdeführerin erneut eine Anmeldung zum Leistungsbezug ein (IV-Nr. 90), woraufhin die Beschwerdegegnerin ein Revisionsverfahren einleitete (IV-Nr. 91). Nach Rücksprache mit dem RAD (IV-Nr. 95) holte sie bei der Begutachtungsstelle C.____ ein polydisziplinäres Gutachten ein, welches von dieser am 19. November 2021 erstattet wurde (Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Pneumologie, Rheumatologie, Neurologie, Neuropsychologie, Psychiatrie; IV-Nr. 105.1). Am 22. November 2021 nahm der RAD Stellung zum Gutachten (IV-Nr. 108).

2.2 Nachdem die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Vorbescheid vom 8. April 2022 in Aussicht gestellt hatte, das Erhöhungsgesuch voraussichtlich abzuweisen (IV-Nr. 113), erhob die Beschwerdeführerin dagegen am 9. Mai 2022 Einwand (IV-Nr. 116).

2.3 Nach Einholung einer Stellungnahme des RAD (IV-Nr. 119) wies die Beschwerdegegnerin das Erhöhungsgesuch der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 19. September 2022 ab (IV-Nr. 120; Aktenseite [A.S.] 1 ff.).

3. Gegen diese Verfügung lässt die Beschwerdeführerin am 21. Oktober 2022 fristgerecht beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn Beschwerde erheben. Ihre Vertretung stellt und begründet folgende Rechtsbegehren (A.S. 13 ff.):

4. Am 28. November 2022 reicht der Vertreter der Beschwerdeführerin eine ergänzende Beschwerdebeurteilung ein (A.S. 27 ff.).

5. Am 30. Januar 2023 beantragt die Beschwerdegegnerin unter Verweis auf die Akten und die Begründung in der angefochtenen Verfügung, die Beschwerde sei abzuweisen (A.S. 54).

6. Mit Verfügung vom 7. März 2023 (A.S. 55 f.) wird der Beschwerdeführerin ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Fürsprech Jürg Walker als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt.

7. Am 23. März 2023 reicht der Vertreter der Beschwerdeführerin seine Kostennote zu den Akten (A.S. 58 ff.).

8. Mit Verfügung vom 18. April 2023 wird in Aussicht genommen, der Begutachtungsstelle C.____ ergänzende Fragen zu stellen (A.S. 62 f.). Nachdem die Parteien innert Frist keine Stellung dazu genommen haben, ergeht am 13. Juni 2023 die Verfügung

mit den Ergänzungsfragen (A.S. 65 ff.). Die Antwort der C.____ datiert vom 1. Februar 2024 (A.S. 71 ff.). Die Parteien verzichten auf eine Stellungnahme (A.S. 81).

9. Mit Eingabe vom 26. März 2024 teilt der Vertreter der Beschwerdeführerin mit, dass er auf das Einreichen einer ergänzenden Kostennote verzichtet (A.S. 82).

10. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

II.

1.

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 19. September 2022 eingetreten ist (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366).

1.3 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach den Bestimmungen des IVG und denjenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung zu beurteilen.

2. Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben diejenigen Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

E. 3

3.1 Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. auch Art. 86ter IVV sowie Art. 31 IVG) 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). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205). Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 144 I 103 E. 2.1, 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_477/2022 vom 18. Januar 2023 E. 2.1, je mit Hinweisen).

Eine bloss unterschiedliche Beurteilung (z.B. des Gesundheitsschadens durch den Arzt; der ärztlichen Stellungnahme zur Arbeitsunfähigkeit; der Erwerbsunfähigkeit durch Verwaltung oder Richter usw.) eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes stellt keine revisionsbegründende Tatsachenänderung im Sinne von Art. 17 ATSG dar. Vielmehr bedarf es neuer Elemente tatsächlicher Natur, die nach der ursprünglichen Rentenverfügung eingetreten und zu dem damals gegebenen Sachverhalt hinzugekommen sind oder diesen verändert haben; prozessentscheidend ist somit die Frage, ob sich der Gesundheitszustand im Vergleichszeitraum in rentenrelevantem Ausmass tatsächlich verschlechtert hat.

3.2 Voraussetzung für eine Rentenrevision ist, dass sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Revisionsgrund). Eine hinzugetretene oder weggefallene Diagnose stellt nicht per se einen Revisionsgrund dar, da damit das quantitative Element der (erheblichen) Gesundheitsverbesserung oder -verschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist. Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12; Urteil des Bundesgerichts 9C_453/2021 vom 1. Dezember 2021 E. 4.4.2).

3.3 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 IVV). Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3).

3.4 Im vorliegenden Fall ist damit zunächst zu prüfen, ob nach einem Vergleich des medizinischen Sachverhalts im Zeitpunkt der rechtskräftigen Verfügung vom 8. Juni 2017 (IV-Nr. 87) mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 19. September 2022 (A.S. 1 f.) eine anspruchrelevante Veränderung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin ausgewiesen ist.

E. 4

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und 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 hinreichend 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).

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

4.4 In Revisionsfällen ist überdies zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, die von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber auszusprechen hat, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat. Das Feststellen einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt deshalb wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema ■ erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts ■ bezieht (Urteil des Bundesgerichts 8C_161/2012 vom 5. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen).

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 19. September 2022 das Erhöhungsgesuch der Beschwerdeführerin zu Recht abgewiesen hat.

6. Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrer Verfügung vom 8. Juni 2017 (IV-Nr. 87), mit der der Beschwerdeführerin zunächst ab August 2014 eine Viertelsrente und ab November 2014 eine halbe Rente gewährt wurde, in erster Linie auf das Verlaufsgutachten der B.____ vom 15. März 2016 (IV-Nr. 71). Die B.____-Gutachter stellten dabei folgende Diagnosen:

Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit:

Kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0), mit

Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert:

Normale Lungenfunktion unter der aktuellen optimalen Atemtherapie, mit

Residuelles Metabolisches Syndrom, unter der aktuellen Therapie gut eingestellt, mit

Nebenbefunde

Lückengebiss maxillär, Brücken-Zahnprothese mandibulär

Genua valga

Varikose linker Unterschenkel

Verdacht auf Eisenmangel, bei

Heuschnupfen (anamnestisch)

Subjektiv klagt die Versicherte in erster Linie über ■Angst". Bereits nach der Einschulung in der [...] Angst und Tendenz zu Rückzug, Halluzinationen, bei welchen sie von kleinen Männern geschlagen, gekratzt und gekniffen worden sei, wovon zu ändern zu sprechen ihr Vater ihr strikte verboten habe. Im Alter von 15 Jahren seien diese ■Männchen" vorerst verschwunden (es sei real und nicht ■geträumt" gewesen, sie zeige die Narben an den Vorderarmen) und erst nach dem plötzlichen Tod des Vaters, als sie 20-jährig gewesen sei, erneut aufgetreten, worauf sie nach einem ■Nervenzusammenbruch" vom Hausarzt einer Psychiaterin zugewiesen worden sei, welche sie bis zu deren Tod während fünf Jahren ambulant betreut habe; nach einem kurzen Intermezzo bei einem Psychiater werde sie nun seit März 2010 von einer Psychiaterin begleitet, mit welcher sie sich gut verstehe; die ■Erscheinungen" der Männchen seien inzwischen seltener geworden, sie habe aber unter ihrem Kissen immer noch ein grosses Messer versteckt, im Falle dass... Angst habe sie auch von anderen Leuten, beim Einkaufen, im Lift etc., so dass sie sich nicht mehr alleine aus dem Haus zu gehen getraue und wenigstens ihren Hund mitnehmen müsse, auch werde sie

immer wieder von Panikattacken geplagt, besonders nachts, welche am besten gelindert würden, in dem sie sich kratze, klemme oder sich (oberflächliche) Schnittverletzungen zufüge. Ihr zweitwichtigstes Gesundheitsproblem sei die Zuckerkrankheit, besonders das ständige Aufpassen mit dem Essen, die häufigen Blutzuckerbestimmungen und das Spritzen von Insulin, und ihre dritte Klage betreffe unklare mit Angst verbundene ■Herzbeschwerden", da ihr Vater nach einem Herzinfarkt verstorben sei und auch der ältere Bruder bereits einen solchen erlitten habe. Invalid sei sie wegen ■Angst und keine Kraft", etwas arbeiten könne sie nicht mehr und würde am liebsten sterben. Objektiv wirke die adipöse Versicherte etwas vorgealtert und zeitweise wie unbeteiligt-emotionslos, hier und da auch misstrauisch-abweisend, sie habe mit normal lauter Stimme etwas langsam gebrochen Hochdeutsch gesprochen. Hände unbeschwielt, Narben vom laparoskopischen Zugang zur Magenverkleinerungsoperation und von kleineren Schnitt- und Bohrwunden in der rechten dorsalen Handgelenksregion (angeblich sich selbst zugefügt). Deutlicher Hohlrundrücken mit Druck und Klopfdolenz zervikal und lumbal, aktive Beweglichkeit der Halswirbelsäule wenig, der Brust- und Lendenwirbelsäule mässig eingeschränkt. Beim Fersenfall Angabe von Kreuzschmerz, ohne Spontanreaktion. Genua valga. Mimik oft misstrauisch, seltener gequält, linke Pupille etwas grösser als rechte, beide träge reagierend. Lückengebiss mit mandibulärer Brückenprothese. Puls 56/min regulär, Blutdruck (mit breiter Manschette) 110/70 mmHg, kardiopulmonale Untersuchung unauffällig, abdominale ebenso. Neurostatus ausser etwas gar schwachem symmetrischem Händedruck normal. Im Labor hätten sich eine Erythrozytengrösse und ein Hämoglobin pro Erythrozyt an der untersten Normgrenze (Eisenmangel?), leicht erhöhte absolute Zahlen von Eosinophilen und Lymphozyten sowie ein mässig erhöhtes HbA1c und leicht erhöhte Triglyzeride gezeigt, alle restlichen Parameter seien normal. Der Psychiater komme zum Schluss, dass, wie schon beim ersten B. ___-Gutachten vor zweieinhalb Jahren, eine kombinierte Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren sei, deren negative Auswirkungen sich inzwischen aber verstärkt hätten, während dem sich die rezidivierenden depressiven Störungen aktuell lediglich als Dysthymie äusserten; er veranschlage die Arbeitsunfähigkeit für jegliche berufliche Tätigkeit auf 50 % der Norm. Der Pneumologe objektiviere aktuell eine normale Lungenfunktion unter zuverlässiger Therapie des obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms mittels Atem-Überdruckmaske und Medikamenten, Drosselung des Rauchens auf 20 Zigaretten pro Woche und Gewichtsverlust von >40 kg nach der Magenverkleinerungsoperation 06/2014; unter Fortführung der Behandlung bestehe keine Arbeitsunfähigkeit für körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeiten mit folgenden Kautelen: Keine Bedienung von gefährlichen Maschinen, keine Chauffeur-Berufe und keine Exposition an atemwegreizende Stoffe.

Für die zuletzt (2008) ausgeübte Tätigkeit als Controlleuse in einer Storen-Fabrik werde die Arbeitsfähigkeit auf 50 % der Norm geschätzt, wobei einzig die psychiatrischen Befunde limitierend wirkten. Währenddem körperliche Schwerarbeit, Chauffeurberufe, anhaltende Aufmerksamkeit erfordernde Tätigkeiten an gefährlichen Maschinen oder an atemreizende Stoffe ausgesetzte Verweistätigkeiten (zum Beispiel als gelernte Coiffeuse) unzumutbar seien, betrage die Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte und mittelschwere Arbeiten unter Beachtung der eben genannten Kautelen 50 % der Norm, wobei wiederum die psychiatrischen Diagnosen die Grenzen setzten.

7. Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 19. September 2022 (A.S. 1 f.) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

7.1 Die Beschwerdegegnerin holte im Rahmen des aktuellen Revisionsverfahrens bei der Begutachtungsstelle C.____ ein polydisziplinäres Gutachten ein (Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Pneumologie, Rheumatologie, Neurologie, Neuropsychologie, Psychiatrie; IV-Nr. 105.1). Die C.____-Gutachter stellten in ihrem Gutachten vom 19. November 2021 folgende Diagnosen:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Mit der vorliegenden Störung (psychiatrisch, neuropsychologisch und auch rheumatologisch (Hand)) und den in diesem Zusammenhang bestehenden aktuellen Gesundheitszustand sei die Explorandin in ihrer Arbeitsfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten vollständig eingeschränkt. Diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe schon seit vielen Jahren, auch schon vor der letzten Begutachtung und Verfügung der IV im Jahr 2017. Dies lasse sich damit begründen, dass die Explorandin nie korrekt diagnostiziert und beurteilt worden sei, was auch in der Charakteristik dieses sehr komplexen und seltenen psychiatrischen Krankheitsbildes begründet sein könne. Ein genauer Zeitpunkt für die vollständige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich rückwirkend nur schwer festlegen. Es sei aber zu vermuten, dass die Einschränkung seit ihrer letzten Tätigkeit bei der Firma D.____ (2007/2008) bestanden habe, da sich ihr Gesundheitszustand zu diesem Zeitpunkt zunehmend verschlechtert habe und zuvor bereits ein längerer stationärer psychiatrischer Aufenthalt absolviert habe werden müssen.

7.2 RAD-Ärztin Dr. med. E.____, Praktische Ärztin und Fachärztin Arbeitsmedizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 22. November 2021 (IV-Nr. 108) fest, aufgrund der bisher nicht erkannten psychiatrischen Diagnose, der sog. DIS (Dissoziativen Identitätsstörung), liege ■ wie versicherungspsychiatrischerseits gutachterlich ausführlich begründet ■ eine dauerhaft aufgehobene Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeit seit der psychischen Verschlechterung des Gesundheitszustandes in ca. 2007/2008 (Arbeitstätigkeit Fa. D.____ mit nachfolgendem längerem stationären psychiatrischen Aufenthalt) vor.

In ihrer Stellungnahme vom 25. Mai 2022 (IV-Nr. 119) bestätigte die RAD-Ärztin ihre bereits getätigten Ausführungen.

7.3 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens wurden der Begutachtungsstelle C.____ mit Verfügung vom 13. Juni 2023 ergänzende Fragen gestellt (A.S. 65 ff.). Die nachfolgende Antwort der C.____ datiert vom 1. Februar 2024 (A.S. 71 ff.):

«Frage a: Im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. F.____ wird erstmals die Diagnose einer Dissoziativen Identitätsstörung (ICD-10 F44.81) gestellt, welche die Beschwerdeführerin in jeglichen Tätigkeiten vollständig einschränke und schon vor der letzten Begutachtung im Jahr 2016 bestanden habe (Ziffer 8.1 im psychiatrischen Teilgutachten). Gemäss Ihren Ausführungen in der Konsensbeurteilung gehen Sie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vom Vorliegen dieser Diagnose aus (Ziffer

E. 4.1

in der Konsensbeurteilung). In der Konsensbeurteilung stellen Sie zudem fest, es fänden sich auch muskuloskelettäre Veränderungen, die aktuell die Leistungsfähigkeit der Explorandin zusätzlich einschränkten, dies neu gegenüber den früheren beiden polydisziplinären Beurteilungen aus den Jahren 2016 und 2013 (Ziffer 4.1 in der Konsensbeurteilung). Unter Ziffer 4.7 in der Konsensbeurteilung führen Sie aber aus, mit

der vorliegenden Störung (psychiatrisch, neuropsychologisch und auch rheumatologisch [Hand]) und den in diesem Zusammenhang bestehenden aktuellen Gesundheitszustand sei die Explorandin in ihrer Arbeitsfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten vollständig eingeschränkt. Diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe schon seit vielen Jahren, auch schon vor der letzten Begutachtung und Verfügung der IV im Jahr 2017. Wir bitten Sie, die genannte Diskrepanz zu erläutern bzw. darzulegen, welche Veränderungen des Gesundheitszustandes (psychisch und somatisch) sich im Vergleich zur medizinischen Aktenlage, die der massgeblichen Verfügung vom 8. Juni 2017 zugrunde lag, ergeben haben. Welche Veränderungen bei Befunden und Diagnosen stellen Sie fest? Seit wann ist die Veränderung des Gesundheitszustandes anzunehmen?»

Die Diskrepanz erkläre sich dadurch, dass der psychiatrische Fachgutachter eine neue Diagnose, nämlich eine dissoziative Identitätsstörung gestellt habe, welche bis zu diesem Gutachten nicht gestellt worden sei. Aufgrund dieser erstmals gestellten Diagnose ergebe sich eine vollständige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Bezüglich des Verlaufes der dissoziativen Identitätsstörung könne die Frage der Veränderung des Gesundheitszustandes nicht sicher beantwortet werden, da die Diagnose bisher nicht gestellt worden sei, weswegen wie im psychiatrischen Fachgutachten festgehalten, diese Diagnose bereits auch vor der massgeblichen Verfügung vom 8. Juni 2017 bestanden habe dürfte. Gemäss Akten seien wahrscheinlich die ersten Symptome im Jahr 2007 / 2008, als die Explorandin in der Firma D.____ tätig gewesen sei, aufgetreten. Aber auch aus rheumatologischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand seit der letzten Begutachtung im Jahr 2016 und der massgeblichen Verfügung verändert. In den Gutachten von 2013 und 2016 seien keine muskuloskelettalen Diagnosen gestellt worden. In der aktuellen Begutachtung sei eine rezidivierende Ringbandstenosen-Symptomatik an Dig IV und V der rechten Hand diagnostiziert worden sowie ein leichte Rotatorenmanschetten-Tendopathie links und femoropatellare Knieschmerzen links mehr als rechts. Aktuell schränke insbesondere die Ringbandstenose-Symptomatik der rechten Hand mit Faustschlussunmöglichkeit die Arbeitsfähigkeit ein. Die ersten Manifestationen dieser Beschwerden seien auf das Jahr 2019 zurückzudatieren mit einer deutlichen Exazerbation der Beschwerden seit Sommer 2020.

«Frage b: Ab wann und in welchem Ausmass bestehen die in den neurologischen und neuropsychologischen Teilgutachten festgestellten Einschränkungen?»

Die im neurologischen Gutachten festgehaltenen rezidivierenden Episoden mit quantitativer Bewusstseinsstörung sowie nächtlichen Episoden mit Zungenbiss und Urinabgang bestünden anamnestisch ebenfalls seit mehreren Jahren. In den Akten finde sich eine stationäre Abklärung dazu in der Klinik G.____ aus dem Jahr 2016. Eine klare Diagnose habe nicht gestellt werden können, es scheine sich eher nicht um epileptische Anfälle zu handeln. Da es sich bei diesen Anfällen aber auch um Symptome der dissoziativen Identitätsstörung handeln könnte, könnten diese Beschwerden auch schon seit 2007 / 2008 bestehen. Dann würde die aus neurologischer Sicht mögliche 40%ige Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten repetitiven Tätigkeit ebenfalls seit 2007 aus bestehen. Die mittelschwere bis schwere neuropsychologische Störung bestehe sicher seit der aktuellen Begutachtung. Da es keine früheren neuropsychologischen Berichte gebe, könne über den Zeitpunkt des Beginns dieser Störung keine Aussage gemacht werden.

«Frage c: Unter Ausserachtlassung der Diagnose einer Dissoziativen Identitätsstörung, haben sich durch die genannten Veränderungen die Arbeitsunfähigkeit in angestammter und

die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit verändert? Wenn ja, ab wann und in welchem Ausmass?»

Aus rein medizinischer Sicht sei es nicht sinnvoll, die Diagnose einer dissoziativen Identitätsstörung ausser Acht zu lassen, da es sich im Gesamtzusammenhang um die Hauptdiagnose handle. Werde dies jedoch trotzdem getan, dann bestehe aus rheumatologischer Sicht ebenfalls keine Arbeitsfähigkeit mehr als Coiffeuse, dies wegen der Beschwerden und Funktionseinschränkungen an der Hand. Aus neurologisch-rheumatologischer Sicht bestünde eine 40%ige Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit. Diese Arbeitsfähigkeit würde seit Mitte 2020 in diesem Ausmass bestehen.

8. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung vom 19. September 2022 (A.S. 1 ff.) im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der C.____ vom 19. November 2021 (IV-Nr. 105.1), weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist.

8.1 Das polydisziplinäre Gutachten wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärztinnen und Fachärzten, welche die Beschwerdeführerin eingehend untersucht und die Anamnese erhoben haben (IV-Nr. 105.1, S. 25 ff., S. 31 ff., S. 45 ff., S. 59 ff., S. 74 ff., S. 93 ff.). Dabei wurden fachspezifische Zusatzuntersuchungen durchgeführt (IV-Nr. 105.1, S. 103 ff. [EMG], S. 107 [MRI Hand rechts], S. 109 [Röntgen], S. 110 f. [Laboruntersuchung]) und in die fachärztlichen Beurteilungen miteinbezogen. Wie das Aufführen und Zusammenfassen der Akten in chronologischer Reihenfolge erkennen lässt, wurde das Gutachten zudem in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt (IV-Nr. 105.1, S. 15 ff.). Das Gutachten erfüllt die grundsätzlichen Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise.

8.2 Weiter ist zu prüfen, ob das Gutachten auch den übrigen beweisrechtlichen Anforderungen genügt:

8.2.1 Dr. med. H.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, führte ein allgemeininternistisches Teilgutachten (IV-Nr. 105.1, S. 24 ff.) aus, aufgrund der Adipositas seien körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten ungeeignet. Aufgrund des Diabetes seien Tätigkeiten mit möglicher Selbst- und Fremdgefährdung ungeeignet. Für eine körperlich leichte, vorwiegend sitzend Tätigkeit, ohne notwendigem Heben von mittelschweren bis schweren Lasten bestehe unter Berücksichtigung der obigen Angaben keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus internistischer Sicht. Dagegen ist mit Blick auf die erhobenen Befunde (vgl. IV-Nr. 105.1, S. 28 f.) nichts einzuwenden. Entsprechend sei die Arbeitsfähigkeit in einer etwaigen Verweistätigkeit aus rein allgemeininternistischer Sicht nicht eingeschränkt.

8.2.2 Dem neurologischen Teilgutachten (IV-Nr. 105.1, S. 30 ff.) liegt eine umfangreiche Befund- und Anamneseerhebung zugrunde. Für die Beurteilung führte Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie, zusätzlich zur klinischen Untersuchung (IV-Nr. 105.1, S. 37 f.) eine EMG durch (Bericht vom 5. Oktober 2021, IV-Nr. 105.1, S. 103 ff.). Er beschäftigte sich in seiner medizinischen Beurteilung eingehend mit den von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden. Seine Schlussfolgerungen sind ausführlich und nachvollziehbar (IV-Nr. 105.1, S. 40 ff.): Aufgrund der Aktenlage, Anamnese und der aktuell erhobenen neurologischen Untersuchungsbefunde seien die von der Explorandin geschilderten Episoden mit Bewusstseinsstörungen sowie nächtlichen Episoden mit Zungenbiss und Urinabgang seit mehreren Jahren a.e. als psychogene, nicht epileptische Anfälle zu werten.

Dafür sprächen die emotionalen Trigger, die Vorgeschichte und die psychiatrischen Komorbiditäten, sowie teils die Semiologie dieser Episoden. Nichtsdestotrotz träten bei ca. 10 % der Patienten mit psychogenen, nicht-epileptischen Anfällen auch zusätzliche epileptische Anfälle auf, sodass die Koexistenz von nicht epileptischen und epileptischen Anfällen nicht ausgeschlossen werden könne. Hierzu habe auch eine stationäre schlafmedizinische Abklärung in der Klinik G.____ vom 4. April 2016 bis 7. April 2016 stattgefunden sowie eine ausführliche epileptologische Abklärung im Spital J.____ ab 19. August 2019. Diese Abklärungen hätten keine H.a. epileptische Anfälle gezeigt, und wiesen eher auf psychogene nicht-epileptische Anfälle hin. Trotzdem könne das Vorliegen einer Epilepsie nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, zumal angesichts der zahlreichen, bildgebend nachgewiesenen, zerebralen Läsionen (MRI Neurokranium vom 14. August 2019), welche einen potentiell epileptogenen Fokus darstellen könnten. Somit sei die bereits eingesetzte antiepileptische Therapie mit Valproat sinnvoll und sollte fortgeführt werden. In Bezug auf die o.g. Läsionen käme angesichts des kardiovaskulären Risikoprofils am ehesten eine vaskuläre Genese in Frage; allerdings sei anhand der Lokalisation, der Grösse sowie der Konfiguration dieser Läsionen auch eine post-entzündliche Ursache nicht auszuschliessen, alternativ könnte es sich auch um Migräne-assoziierte Läsionen handeln. In der neuropsychologischen Testung (siehe auch neuropsychologisches Fachgutachten) hätten sich Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Arbeitstempo, Gedächtnis, Exekutivfunktionen, Visuokonstruktion und Sprache gezeigt. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Verhaltensbeobachtungen und der Testergebnisse entsprächen die Befunde einer mittelschweren bis schweren neuropsychologischen Störung, welche aus neurologischer Sicht a.e. i.R. der psychiatrischen Komorbiditäten (siehe auch fachpsychiatrisches Gutachten) zu werten seien. Ausserdem hätten die angegebenen Ein- und Durchschlafstörungen sowie das bekannte OSAS (aktuell unter Behandlung mit CPAP) mit zur neuropsychologischen Störung beitragen. Unsere klinisch-neurologische Untersuchung habe keine Hinweise auf neurodegenerative Prozesse (Glabellareflex fraglich nicht habituiert, sonst keine Augenmotilitätsstörungen, keine pyramidalen oder extrapyramidalen Zeichen) ergeben. Kernspintomographisch habe sich keine Hirnatrophie in der Voruntersuchung vom 14. August 2019 gezeigt. Obwohl sich bei der Explorandin kernspintomographische strukturelle Auffälligkeiten im Sinne von multiplen zerebralen leukencephalopathischen Marklagerläsionen gezeigt hätten, lasse das Ausmass dieser Veränderungen die nachgewiesenen neuropsychologischen Defizite zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht begründen. In der aktuellen klinischen Untersuchung hätten sich deutliche Schmerzen im Hypothenar sowie in den Dig. IV und V gezeigt, sowie eine schmerzbedingte deutliche Schwäche der Handgelenkbeugung, sowie der Beugung, Streckung und Spreizen der Dig. IV und V. In einer ergänzenden elektrophysiologischen Kontrolle habe sich eine axonale Schädigung der motorischen Fasern des N. medianus rechts gezeigt, welche jedoch vergleichbar bzw. verbessert zur Voruntersuchung von 03/13 (Spital J.____) gewesen sei und a.e. residuell bei St.n. operativer Karpaltunnelspaltung zu werten sei. U.a. habe sich die distale motorische Latenz des N. medianus rechts im Vergleich zur VU normalisiert. Zudem wiesen die SNAPs des N. medianus rechts aktuell über volar eine grenzwertig normale Nervenleitgeschwindigkeit auf (gebessert im Vergleich zur VU von 03/13), ebenfalls auch a.e. residuell bei St.n. CTS-OP. Somit werde diese Symptomatik a.e. i.R. der bekannten Tendovaginitis A1-Ringband IV und V Hand rechts interpretiert und es werde eine weitere orthopädische bzw. handchirurgische Versorgung empfohlen. Hinsichtlich der von der Explorandin nicht spontan berichteten, sondern erst auf

gezielte Nachfrage angegebenen, relativ niedrigfrequenten Kopfschmerzen mit vorangegangener akustischer Aura, werde am ehesten von einer episodischen Migräne mit Aura ausgegangen, welche die entsprechenden ICHD-3 Kriterien erfülle. Diesbezüglich bestehe kein relevanter Leidensdruck, keine funktionelle Signifikanz und ■ aktuell ■ kein Handlungsbedarf.

Dr. med. I. ___ stütze sich in seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zwar teilweise auch auf die psychiatrischen und neuropsychologischen Abklärungen. Dies lässt sich aber durchaus mit dem engen Zusammenhang der neurologischen Erkrankungen mit denen aus den anderen Fachdisziplinen erklären. Dennoch hat der neurologische Gutachter eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus rein neurologischer Sicht abgegeben, welche mit Blick auf die erhobenen Befunde nachvollziehbar erscheint: Aufgrund der schweren psychiatrischen Komorbiditäten, sowie der rezidivierenden Episoden mit Bewusstseinsstörungen, werde das Weiterführen des erlernten Berufes als Coiffeuse nicht mehr als eine realistische berufliche Tätigkeit für die Explorandin gesehen; u.a., da diese sich selbst, sowohl ggf. die Coiffeurkundschaft, in Gefahr bringen könnte. Allerdings sei die Umschulung der Explorandin in Anbetracht der mittelschweren bis schweren neuropsychologischen Defizite vermutlich kaum möglich. Aus rein neurologischer Sicht könnte die Explorandin formal 40 % in optimal angepassten repetitiven Tätigkeiten arbeiten, verteilt auf drei bis vier Stunden am Tag mit häufigen Pausen. Diese Tätigkeit sollte tagsüber ausgeführt werden, da die Explorandin bereits grosse Ängste habe, ihre Wohnung zu verlassen, sobald es dunkel sei. Nichtsdestotrotz bestehe aktuell die oben genannte Tendovaginitis A1-Ringband IV und V, Hand rechts bei Beugung, welche das Ausführen von solchen repetitiven Tätigkeiten mit der dominanten rechten Hand, deutlich einschränke. Sollte dies jedoch optimal behandelt werden können, wäre der erneute Eintritt ins berufliche Leben in optimal angepasster Tätigkeit aus rein neurologischer Sicht in o.g. Pensum möglich.

Gemäss dem Antwortschreiben der C. ___ auf die Ergänzungsfragen des Gerichts vom 1. Februar 2024 (A.S. 71 ff.) bestehe die 40%ige Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit seit 2007. So stünden die im neurologischen Gutachten festgehaltenen rezidivierenden Episoden mit quantitativer Bewusstseinsstörung sowie nächtlichen Episoden mit Zungenbiss und Urinabgang anamnestisch ebenfalls seit mehreren Jahren. In den Akten finde sich eine stationäre Abklärung dazu in der Klinik G. ___ aus dem Jahr 2016. Eine klare Diagnose habe nicht gestellt werden können, es scheine sich eher nicht um epileptische Anfälle zu handeln. Da es sich bei diesen Anfällen aber auch um Symptome der dissoziativen Identitätsstörung handeln könnte, könnten diese Beschwerden auch schon seit 2007/2008 bestehen. Dann würde die aus neurologischer Sicht mögliche 40%ige Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten repetitiven Tätigkeit ebenfalls seit 2007 bestehen.

8.2.3 Dem neuropsychologischen Teilgutachten (IV-Nr. 105.1, S. 44 ff.) liegt eine umfangreiche Befund- und Anamneseerhebung zugrunde. Für die Beurteilung führte Lic. phil. K. ___, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, zusätzlich verschiedene in der Testung anerkannte standardisierte und reliable Testverfahren durch (IV-Nr. 105.1, S. 50 ff.). Ihre Schlussfolgerung, wonach bei der Beschwerdeführerin eine mittelschwere bis schwere neuropsychologische Störung vorliegt, welche die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit vollumfänglich aufhebe, ist ausführlich und nachvollziehbar (IV-Nr. 105.1, S. 53 ff.): In der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung zeige sich in

der Verhaltensbeobachtung eine teilweise undeutliche Sprache mit phonematischen Paraphasien. Bei der Anamnese komme es mehrmals zu Affektlabilität mit Weinen; die Explorandin könne sich jeweils nach kurzer Zeit wieder fangen. Das mentale und das praktische Arbeitstempo seien verlangsamt. Das Instruktionsverständnis sei eingeschränkt und verlangsamt; die Instruktionen hätten bei komplexeren Aufgaben mehrmals wiederholt werden müssen. Da die Explorandin keine Lesebrille bei sich gehabt habe und nach einer Augen-OP vor zwei Monaten nach Eigenangaben nicht gut lesen könne, würden beim Lernen einer Wortliste die Wörter zusätzlich von der Dolmetscherin vorgelesen. In der Testung hätten sich Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Arbeitstempo, Gedächtnis, Exekutivfunktionen, Visuokonstruktion und Sprache gezeigt. Screening: MMSE 20/30 Punkte, Uhrentest unauffällig, serielle Rechenaufgabe (100-7) 1/5 Punkt (die Explorandin zähle mit den Fingern ab). In der computergestützten Aufmerksamkeitsprüfung (TAP ■ Version 2.3) sei in der Alertness die Reaktion ohne Ton schwer verlangsamt, die Reaktionskonstanz sei mittelschwer vermindert. Die Reaktion sowie die Reaktionskonstanz mit Ton seien mittelschwer vermindert und es komme zu einer auffälligen Anzahl an Antizipationen (20). Bei der selektiven Aufmerksamkeit / Impulskontrolle seien die Reaktionszeiten zu Lasten der Reaktionsgenauigkeit (Fehler PR <1, Auslassungen PR 4) in der Norm, die Reaktionskonstanz sei mittelschwer vermindert. Das Arbeitstempo sei verbal und visuomotorisch schwer vermindert. Die verbale Erfassungsspanne sei ebenfalls schwer vermindert. Im verbal-episodischen Gedächtnis (Wortliste mit zehn Items und drei Lerndurchgängen) sei die Enkodierung, der freie verzögerte Abruf sowie das Wiedererkennen schwer vermindert. Die Behaltensrate (Savings) sei mittelgradig vermindert. Der freie verzögerte Abruf zuvor kopierter einfacher geometrischer Figuren sei mittelschwer vermindert, die Behaltensrate liege im unteren Normbereich. Die Visuokonstruktion sei mittelschwer bis schwer vermindert; es gelinge der Explorandin nicht, einen Würfel fehlerfrei zu kopieren. In den Exekutivfunktionen sei das Arbeitsgedächtnis mittelschwer bis schwer vermindert. Aufgrund des verminderten Bearbeitungstempos und einem Fehler sei die Umstellfähigkeit mittelschwer vermindert. Der Quotient TMT B/A liege dagegen im Normbereich, da der Durchgang A bereits schwer vermindert gewesen sei. Die Konzeptbildung beim selbständigen Herleiten von logischen Zusammenhängen sei mittelschwer beeinträchtigt; von sechs möglichen Kriterien seien nur zwei korrekt erkannt worden. Die semantische Flüssigkeit sei schwer vermindert, die phonematische Flüssigkeit mittelschwer bis schwer und die figurale Flüssigkeit leicht bis mittelschwer. Das konzeptuelle / logische Denken (GF) sei schwer vermindert. Das Benennen einfacher Strichzeichnungen sei schwer vermindert, wobei die abgebildeten Gegenstände zwar erkannt worden seien, die Explorandin aber die Bezeichnung weder auf Türkisch noch auf Deutsch kenne.

Auf Grund der oben genannten eigen- und aktenanamnestischen Angaben, der Verhaltensbeobachtungen und der Testergebnisse entsprechen die Befunde einer mittelschweren bis schweren neuropsychologischen Störung. Diese werde primär im Rahmen der komplexen psychiatrischen Problematik interpretiert. Im psychiatrischen Fachgutachten seien an Diagnosen ein hochgradiger V. a. eine dissoziative Identitätsstörung (ICD-10 F 44.81), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F 33.4), eine Zwangsstörung mit vorwiegend Zwangshandlungen (ICD-10 F 42.1) und Klaustrophobie (ICD-10 F 40.2) genannt worden. Im pneumologischen Fachgutachten werde als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom schweren Grades, ED 2011 aufgeführt. Dieses könne sich

leistungsmindernd auf die Kognition auswirken und komme, zusammen mit den von der Explorandin berichteten Schlafstörungen mit Tagesmüdigkeit als weitere Teilursache in Betracht. Gemäss neurologischem Fachgutachten ergäben sich in der neurologischen Untersuchung keine Hinweise auf eine neurodegenerative Ursache. Das MRT-Schädel vom 14. August 2019 zeige multiple, am ehesten vaskuläre leukencephalopathische Marklagerläsionen, sei ansonsten aber unauffällig gewesen. Die eigenanamnestischen Angaben sowie der aktenanamnestisch bekannte schulische und berufliche Werdegang (vier Jahre Primarschule in der [...], nach Einreise in die Schweiz Deutschunterricht und danach Einschulung in die Regelklasse, was nicht gelungen sei und Wechsel in eine Kleinklasse) liessen auf ein niedriges prämorbid-kognitives Leistungsniveau schliessen. Auf Grund der neuropsychologischen Befunde sei die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeführten Tätigkeit als Storenkontrollleurin nicht mehr gegeben. Eine Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht für sämtliche Tätigkeiten nicht mehr gegeben, weshalb auf das psychiatrische Fachgutachten und die Konsensbeurteilung verwiesen werde. Es lägen keine neuropsychologischen Vorbefunde vor, so dass nicht festgelegt werden könne, ab welchem Zeitpunkt und in welchem Ausmass eine neuropsychologisch begründete Arbeitsunfähigkeit bestehe. Gemäss dem Antwortschreiben der C. ___ auf die Ergänzungsfragen des Gerichts vom 1. Februar 2024 (A.S. 71 ff.) bestehe die mittelschwere bis schwere neuropsychologische Störung sicher seit der aktuellen Begutachtung.

8.2.4 Der psychiatrische Gutachter Dr. med. F. ___, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, würdigt in seinem Gutachten (IV-Nr. 105.1, S. 58 ff.) die Aktenlage und die Aussagen der Beschwerdeführerin eingehend und begründet ausführlich und nachvollziehbar ■ jeweils im Abgleich der erhobenen Befunde mit den jeweiligen Kriterien nach ICD-10 ■ die von ihm gestellten Diagnosen, wobei die erstmals gestellte Diagnose einer dissoziativen Identitätsstörung im Vordergrund steht, welche allein zu einer kompletten Aufhebung der Arbeitsfähigkeit führe.

8.2.4.1 In Bezug auf die diagnostizierte dissoziative Identitätsstörung setzte sich der Gutachter zunächst eingehend mit der innerpsychischen Struktur der Beschwerdeführerin auseinander, indem er die Vorakten und die Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchung vom 30. August 2021 würdigt und analysiert (siehe dazu seine Ausführungen unter IV-Nr. 105.1, S. 66 ff.). Konkret hält Dr. med. F. ___ fest, die Explorandin weise seit der frühen Kindheit optische und akustische Halluzinationen (bzw. ein Gedankenlautwerden) auf. Die Stimmen gäben ihr Befehle, z. B. sich zu verletzen oder auch sich umzubringen. Es handle sich auch um dialogisierende Stimmen. Es lägen Handlungen vor, die sie nicht kontrollieren könne. Es liege ein dissoziatives Syndrom vor mit einem Derealisations- und Depersonalisationserleben. Dabei zeige sie Erinnerungslücken in Bezug auf Tätigkeiten, die sie ausgeführt habe (Fugue). Auch Selbstverletzungen, an die sie sich nicht erinnern könne bzw. die ihr von «anderen Individuen» beigebracht worden seien. Es liege ein verändertes Identitätserleben vor, die Explorandin lebe in mindestens zwei Persönlichkeiten (die Gefährliche und die Ängstliche). Die Persönlichkeiten übernähmen immer wieder die Kontrolle über das Verhalten der Explorandin, vor allem in der Nacht. Zwischen dem 3. und 4. Lebensjahr werde von einem ausserordentlichen Ereignis berichtet, das der Explorandin nicht Erinnerung sei und über das in der Familie auch nicht gesprochen werde. Das Ereignis sei offenbar so gravierend gewesen, dass die Familie, in einer [...] Grossstadt wohnend, die Stadt habe wechseln müssen (Umzug). Die Explorandin selbst berichte, mit ca. 4 Jahren versucht zu haben, ihre

damals 8 Monate alte Schwester mit einem Kissen zu ersticken. Diagnostisch bestehe bei dem hier vorliegenden Krankheitsbild ein hochgradiger Verdacht auf eine dissoziative Identitätsstörung (DIS). Typisch für dissoziative Identitätsstörungen seien ausserordentliche traumatische Ereignisse vor dem 4. Lebensjahr. Offenbar habe bei der Explorandin ein ausserordentliches traumatisches Ereignis zwischen dem 3. und 4. Lebensjahr stattgefunden, worüber die Familie bis heute nicht spreche. Die Explorandin erfülle sämtliche diagnostischen Kriterien für die dissoziative Identitätsstörung (nach Dell 2001 b, 2002). Typischerweise träten die Symptome bereits im Kindesalter auf, zur richtigen Manifestation der Erkrankung komme es häufig erst im Erwachsenenalter. Es sei im Rahmen dieses Gutachtens nicht möglich, eine endgültige Diagnose in dieser Richtung zu stellen, da dafür weitere tiefgreifende Explorationen, am besten durch einen in diesem Gebiet erfahrenen Kollegen, nötig wären. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Explorandin spiele die genaue Diagnose allerdings keine Rolle, da die Schwere des vorliegenden Krankheitsbildes und deren Auswirkungen unabhängig davon sehr gut beurteilt werden könnten. Die schweren neuropsychologischen Störungen, die sich auch in diesem Fachgutachten gezeigt hätten, seien im Rahmen der vorliegenden dissoziativen Zustände zu interpretieren. Des Weiteren beschäftigte sich der psychiatrische Gutachter mit weiteren möglichen psychischen Erkrankungen, welche die erhobenen Befunde erklären könnten: Differenzialdiagnostisch könnte natürlich auch eine Schizophrenie diskutiert werden. Ausschlaggebend sei hierbei aber der pseudohalluzinatorische Charakter der dissoziierten Wahrnehmungen, insbesondere des Stimmenhörens und die insgesamt auch noch erhaltene Realitätskontrolle. Darüber hinaus fehlten bei der DIS ausgeprägte formale und inhaltliche Denkstörungen. Auch sei der Beginn der Erkrankung in der frühen Kindheit eher unwahrscheinlich. Auch eine Borderline Persönlichkeitsstörung könnte diskutiert werden, weil auch hier dissoziative Symptome vorliegen könnten. Die Beeinträchtigung des Identitätserlebens sei jedoch nicht derart tiefgreifend, dass das eigene Handeln, Wahrnehmen und Erinnern einer anderen Person zugeordnet werde. Auch eine Temporallappenepilepsie müsste ausgeschlossen werden. Die «epileptischen Ohnmachtsanfälle» seien bisher in den Berichten und auch in unserer aktuellen Untersuchung am ehesten als psychogen eingeordnet worden. Einen zusätzlich epileptogenen Anteil der Anfälle habe man allerdings nicht ganz ausschliessen können, weshalb die vorhandene antiepileptische Medikation weiter befürwortet werde. Darüber hinaus führe die Explorandin, wahrscheinlich in einer Art Kompensation im Rahmen der DIS, wiederholende Kontrollen (Herd, Fenster Türschloss etc.) zu Hause durch, bevor sie das Haus verlassen könne oder es handle sich hierbei um eine weitere Persönlichkeit. Die Symptomatik sei von der Explorandin nur zum Teil akzeptiert worden. Entsprechend handle es sich diagnostisch um eine Zwangsstörung mit vorwiegend Zwangshandlungen. In vorgängigen Arztberichten und auch in der aktuellen Untersuchung hätten bei der Explorandin depressive Symptome erhoben werden können. Je nach Persönlichkeit könnten diese sich ausgeprägter entwickeln. In der aktuellen Untersuchung lägen nur sehr geringfügige depressive Symptome vor, die augenblicklich nicht die Kriterien für eine depressive Episode erfüllten. Entsprechend liege aktuell diagnostisch eine rezidivierende depressive Störung, die gegenwärtig remittiert sei, vor. Daneben habe die Explorandin ausgeprägte Mühe in engen Räumen, die von ihr vermieden würden, da sie in diesen Situationen mit ausgeprägten Ängsten reagiere. Diagnostisch liege eine Klaustrophobie vor. Natürlich könnten die zuvor erwähnten Achsel-Störungen immer auch im Zusammenhang mit der DIS stehen, da aber mit der ICD-10- Klassifikation nicht mehr ätiologisch, sondern

nur noch deskriptiv diagnostiziert werde, müssten diese hier gesondert aufgeführt werden.

8.2.4.2 Des Weiteren beschäftigte sich Dr. med. F.____ eingehend mit den Vorakten. Typischerweise fänden sich bei dissoziativen Identitätsstörungen in der Vorgeschichte eine Bandbreite von verschiedenen Diagnosen. Dies sei auch bei der Explorandin der Fall: Es seien ■ neben der rezidivierenden depressiven Störung ■ eine organische psychische Störung, eine kombinierte Persönlichkeitsstörung, eine Agoraphobie mit Panikstörung neben unklaren Bewusstseinsverlusten diagnostiziert worden. Schon sehr früh, im Jahr 2013, sei im Austrittsbericht der Psychosomatischen Klinik G.____ der Verdacht auf eine traumatisierte Persönlichkeit in der Diagnosenliste beschrieben worden. Und im aktuellsten Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. med. L.____ sei der Verdacht auf dissoziative Anfälle diagnostiziert worden. Diese beiden Diagnosen seien im Prinzip wegführend für die vorliegende dissoziative Identitätsstörung. Schon im ersten Bericht vom 25. September 2012 von Dr. med. L.____ seien optische, akustische und taktile Halluzinationen und nächtliche unsinnige Handlungen ohne Erinnerung am darauffolgenden Tag beschrieben worden. Leider seien diese Beschwerden nicht ausgiebiger exploriert worden bzw. hätten zum damaligen Zeitpunkt nicht richtig eingeordnet werden können. Dies sei allerdings nicht sehr verwunderlich, da eine DIS häufig übersehen werde und eigentlich auch nur von in diesem Gebiet sehr erfahrenen Kollegen oder Kolleginnen gut diagnostiziert werden könne. Die in verschiedenen Berichten diagnostizierte Persönlichkeitsstörung könnte man differenzialdiagnostisch diskutieren, sie erkläre aber das Erkrankungsbild der Explorandin bei weitem nicht vollständig. In Bezug auf die dissoziative Symptomatik würde nur die Borderline Persönlichkeitsstörung infrage kommen, die hier bereits differenzialdiagnostisch diskutiert worden sei.

8.2.4.3 Zur Arbeitsfähigkeit und deren Verlauf führte der psychiatrische Gutachter aus, die dissoziative Identitätsstörung sei eine schwere psychiatrische Erkrankung. Diese Erkrankung schränke Patientinnen und Patienten in sämtlichen Lebensbereichen extrem ein. Dies zeige sich auch bei der Explorandin, die sich nur in ihrem vertrauten häuslichen Umfeld mit ihren Vertrauenspersonen (Mutter, Schwester etc.) sicher bewegen könne. Die Explorandin trage im Alltag ein Messer und Steine bei sich (auch zur Begutachtung), um sich zu verteidigen, da sie Angst vor anderen Menschen habe. Gleichzeitig nehme sie befehlende Stimmen wahr, die ihr Aufträge gäben, sich zu verletzen oder sich umzubringen. Die Explorandin habe keine Kontrolle über ihr eigenes Erleben und Handeln. Bei der Explorandin seien die funktionellen Fähigkeiten (Mini- ICF) weitgehend eingeschränkt. Mit der vorliegenden Störung und den in diesem Zusammenhang bestehenden aktuellen Gesundheitszustand sei die Explorandin in ihrer Arbeitsfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten vollständig eingeschränkt. Diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe schon seit vielen Jahren, auch schon vor der letzten Begutachtung und infolge Verfügung der IV im Jahr 2016. Dies lasse sich damit begründen, dass die Explorandin nie korrekt diagnostiziert und beurteilt worden sei. Einen genauen Zeitpunkt für die vollständige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich rückwirkend nur schwer beurteilen. Es sei aber zu vermuten, dass die Einschränkung seit ihrer letzten Tätigkeit bei der Firma D.____ bestanden habe, da sich ihr Gesundheitszustand zu diesem Zeitpunkt zunehmend verschlechtert habe und zuvor bereits ein längerer stationärer psychiatrischer Aufenthalt habe absolviert werden müssen.

8.2.4.4 Gemäss dem Urteil des Bundesgerichts 8C_841/2016 vom 30. November 2017 sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, welches durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die

psychiatrische Gutachterin dementsprechend zu prüfen ist. Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Gutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern ■ wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung ■ besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraaster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3):

1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3)

a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

-Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)

-Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2)

-Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)

b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2)

c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3)

2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4)

-gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1)

-behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich kann auf die gutachterlichen Ausführungen (E. II. 7.2.4.3 hiervor) verwiesen werden, woraus hervorgeht, dass die Beschwerdeführerin vor allem aufgrund der dissoziativen Identitätsstörung schwer eingeschränkt ist.

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz führt der Gutachter aus, die Explorandin stehe seit Jahren in regelmässiger psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Wiederholt sei auch eine stationäre psychiatrische bzw. psychosomatische Behandlung durchgeführt worden. Auch eine psychopharmakologische Behandlung sei etabliert, wobei die antidepressive Medikation nur in Bezug auf die depressive Symptomatik, die augenblicklich nicht im Vordergrund stehe, sinnvoll sei. In Bezug auf die vordergründig bestehende DIS sei eine intensive psychotherapeutische Behandlung entscheidend. Da diese Diagnose bisher noch nicht gestellt worden sei, müsste die psychotherapeutische Behandlung entsprechend angepasst werden. DIS-Behandlungen bräuchten allerdings viel Erfahrung in diesem Bereich, es gebe nur wenig erfahrene Therapeutinnen und Therapeuten in der Schweiz, die sich auf diese

Erkrankung spezialisiert hätten. Zumindest sollte eine intensive Supervision durch einen in diesem Bereich erfahrenen Supervisor erfolgen. Gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen ist bei der Beschwerdeführerin sowohl eine Behandlungsresistenz als auch eine IV-relevante Eingliederungsresistenz tendenziell zu bejahen.

Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Gemäss BGE 143 V 318 ist E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 so zu verstehen, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist. Im Gutachten wird eine ressourcenhemmende Wirkung der dissoziativen Persönlichkeitsstörung und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt. Konkret führt Dr. med. F.____ aus, die dissoziative Identitätsstörung sei eine schwere psychiatrische Erkrankung. Diese Erkrankung schränke Patientinnen und Patienten in sämtlichen Lebensbereichen extrem ein. Dies zeige sich auch bei der Explorandin, die sich nur in ihrem vertrauten häuslichen Umfeld mit ihren Vertrauenspersonen (Mutter, Schwester etc.) sicher bewegen könne. Die Explorandin trage im Alltag ein Messer und Steine bei sich (auch zur Begutachtung), um sich zu verteidigen, da sie Angst vor anderen Menschen habe. Gleichzeitig nehme sie befehlende Stimmen wahr, die ihr Aufträge gäben, sich zu verletzen oder sich umzubringen. Die Explorandin habe keine Kontrolle über ihr eigenes Erleben und Handeln. Bei der Explorandin seien die funktionellen Fähigkeiten (Mini- ICF) weitgehend eingeschränkt. Mit der vorliegenden Störung und den in diesem Zusammenhang bestehenden aktuellen Gesundheitszustand sei die Explorandin in ihrer Arbeitsfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten vollständig eingeschränkt. Auch die schweren neuropsychologischen Störungen, die sich auch in unserem Fachgutachten zeigen, seien im Rahmen der vorliegenden dissoziativen Zustände zu interpretieren. Aufgrund der gutachterlichen Ausführungen ist von einer relevanten Komorbidität auszugehen.

Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist sodann der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Dazu kann zunächst auf die gutachterlichen Ausführungen zur dissoziativen Persönlichkeitsstörung der Beschwerdeführerin verwiesen werden. Weiter hält der Gutachter fest, die Explorandin

könne ihren Alltag (Haushalt, Versorgung des Hundes etc.) weiter aufrechterhalten. Sie werde stabilisiert durch die enge Bindung zur Mutter, die ihren Alltag mit strukturiere. Ansonsten lägen allerdings keinerlei Kontakte vor, da die Explorandin misstrauisch und ängstlich sei (IV-Nr. 105.1, S. 69). Zusammenfassend liegen demnach bei der Beschwerdeführerin neben gewissen positiven sozialen Ressourcen nur wenige persönliche Ressourcen vor.

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Dazu führt Dr. med. F. ___ aus, natürlich gebe es bei der Explorandin viele Inkonsistenzen in Bezug auf ihren Alltag, in Bezug auf ihre bisherige berufliche Tätigkeit und der ausgeprägten Symptomatik. Diese Inkonsistenzen liessen sich allerdings alle mit der vorliegenden Diagnose erklären. Aufgrund der verschiedenen Persönlichkeiten könnten Patientinnen und Patienten mit Anteilen ihrer anscheinend normalen Persönlichkeit (ANP) über viele Jahre hinweg in einer beruflichen Tätigkeit oder im Alltag normal funktionieren. In der übrigen Zeit seien dann emotionale Anteile der Persönlichkeit (EP) vordergründig, in denen sie Intrusionen wahrnehmen, ein dysfunktionales Verhalten aufzeigten und dissoziierten. Deshalb zeige sich das Krankheitsbild häufig erst im späteren Erwachsenenalter. Bei der Explorandin lasse sich vermuten, dass die Auseinandersetzung mit ihrem Bruder in Bezug auf den Coiffeur-Salon (Konkurs) mit Tötlichkeiten durch den Bruder (Schläge) zu einer Retraumatisierung und in diesem Rahmen zu einer zunehmenden Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes geführt habe. Diese Auseinandersetzung habe damals einen erneuten Suizidversuch zur Folge und einen längeren stationären psychiatrischen Aufenthalt in der M. ___ gehabt. Ihre letzte darauffolgende Arbeitsstelle bei der Firma D. ___ habe sie zwar noch zwei Jahre wahrgenommen, sei dort aber zunehmend krank gewesen. Der Explorandin sei es also zu diesem Zeitpunkt nicht mehr möglich gewesen, durch die anscheinend normalen Persönlichkeitsanteile weiter zu funktionieren (IV-Nr. 105.1, S. 69). Des Weiteren lässt sich den Ausführungen des Gutachters zum durchgeführten Mini-ICF entnehmen, dass die Erfassung der funktionellen Fähigkeiten bei der Explorandin nicht ganz banal sei, da sie je nach Persönlichkeit, je nach Zustand unterschiedliche Funktionalitäten aufweise. So sei es der Explorandin längerfristig nicht möglich, sich in Organisationsabläufe einzufügen, obwohl es situativ möglich sein sollte, bestimmte Termine verabredungsgemäss wahrzunehmen und sich auch an bestimmte Regeln zu halten. Insofern liege hier eine schwere Beeinträchtigung vor. Obwohl die Explorandin ihren Haushalt einigermaßen planen und strukturieren könne, sei es grundsätzlich ■ je nach Zustandsbild ■ nur bedingt möglich, anstehende Aufgaben in einer beruflichen Umgebung mit angemessener Zeit durchzuführen. In dissoziativen Zuständen sei es ihr nicht möglich, adäquat zu reagieren, unter Stress reagiere sie mit konversiven Ohnmachtsanfällen. Insofern liege hier eine mindestens mittelgradige Einschränkung vor. Aus gleichen Gründen sei die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit aufgehoben. Die Anwendung fachlicher Kompetenzen sei weitgehend uneingeschränkt. Das Entscheidungs- und Urteilsvermögen sei sicher mindestens mittelgradig eingeschränkt. Die Explorandin habe Verfolgungsängste und könne die dissoziativen, halluzinatorischen Erlebnisse nicht einordnen. Ebenso sei die Durchhaltefähigkeit bei der Explorandin schwergradig eingeschränkt. Es gebe Zeiten, in

denen die Explorandin sich in einem Funktionsmodus befinde und uneingeschränkt ausdauernd einen Arbeitsplatz bestücken könne, ein konstantes längerfristiges Funktionsniveau werde sie nicht gleichbleibend halten können. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei je nach Persönlichkeit unterschiedlich eingeschränkt, diese werde entsprechend als mittelgradig eingeschätzt. Es bestehe keine Kontaktfähigkeit zu Dritten, eine Gruppenfähigkeit sei nicht vorhanden. Familiäre bzw. intime Beziehungen könnten nur noch zur Mutter und Schwester aufrechterhalten werden, entsprechend liege eine mittelgradige Einschränkung vor. Spontanaktivitäten könnten von der Explorandin nicht initiiert werden, sie sei in ihrem Tun und Erleben sehr eingeschränkt. Die Selbstpflege sei weitgehend uneingeschränkt. Die Verkehrsfähigkeit sei insofern schwergradig eingeschränkt, als dass sie sich im öffentlichen Verkehr gar nicht bewegen könne und mit dem Auto, wenn sie dann eines hätte, sich bewegen könnte. Die Fahrtauglichkeit sei hier allerdings infrage gestellt (IV-Nr. 105.1, S. 64 f.). Somit ist zusammenfassend von einer im Wesentlichen gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen auszugehen.

Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hiervor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich kann auf das vorgehend in der Kategorie «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz» Gesagte verwiesen werden. So hat die Beschwerdeführerin in den letzten Jahren häufig ambulante sowie stationäre Therapien durchgeführt. Es ist demnach von einem grossen Leidensdruck auszugehen.

8.2.4.5 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen damit als erstellt. So sind bei der Beschwerdeführerin vor allem ressourcenhemmende Faktoren vorhanden, womit die psychiatrische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auch im Lichte dessen nachvollziehbar ist, sodass vollumfänglich darauf abgestellt werden kann.

8.2.5 Den Einschätzungen des rheumatologischen Teilgutachters (IV-Nr. 105.1, S. 73 ff.) liegt eine umfangreiche klinische Untersuchung (vgl. IV-Nr. 105.1, S. 77 ff.) zugrunde. Dr. med. N.____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie FMH, zog für die Beurteilung die im Rahmen der Begutachtung erstellten Röntgen- und MRI-Berichte sowie den Laborbefund bei. Weiter setzte er sich eingehend mit den Vorakten auseinander (IV-Nr. 105.1, S. 81 ff.). Der Rheumatologe fasste die Ergebnisse seiner Untersuchungen wie folgt zusammen: Insgesamt fänden sich gegenüber den bekannten neurologischen und viszeralchirurgischen Leiden, wie sie in früheren Gutachten festgehalten worden seien, neu auch muskuloskelettär Veränderungen, die aktuell die Leistungsfähigkeit der Explorandin zusätzlich deutlich einschränkten, dies neu gegenüber den früheren beiden polydisziplinären Beurteilungen 2016 und 2013. Damals sei keine signifikante zusätzliche muskuloskelettäre Problematik mit zusätzlicher Leistungseinschränkungssequenz notiert worden, wenn auch in den Befunden 2016 eine etwas auffällige Wirbelsäulenhaltung

mit Druck- und Klopfdolzen vor allem zervikal und lumbal und eingeschränkter Beweglichkeit rapportiert worden sei, aber keine entsprechende Diagnose formuliert worden sei. Die einzige muskuloskeletäre diagnostische Etikettierung sei nebenbefundlich «Genua valga» gewesen. Zwischenzeitlich hätten sich allerdings Handbeschwerden rechts erneut manifestiert nach früheren operativen Eingriffen auf beiden Seiten im Rahmen einer N. medianus-Befreiung an den Händen beidseits. 2015 sei rechts dann nochmals operiert worden. Aktuell nun finde eine neurologische Abklärung an der rechten Hand ein möglicherweise residuelles leichtes sensibles Karpaltunnelsyndrom, wo die Explorandin aber derzeit kaum höhergradige spezifische Beschwerden davon rapportiere. Im Vordergrund stehe eine Ringbandstenose-Symptomatik, wie sie sich schon 2019 manifestiert habe und wo damals ein entsprechender Ringband-revidierender Eingriff an zwei Fingern der rechten Hand offenbar stattgefunden habe. Jetzt vergleichbare Beschwerdesymptomatik mit deutlicher schmerzhafter Faustschlusseinschränkung, ein handchirurgisches Angebot einer zumindest lokalen Infiltration vor fast einem Jahr habe die Explorandin damals ausgeschlagen. Die aktuelle Handfunktion erscheine durch die jetzt zu diagnostizierende Rezidivsymptomatik deutlich eingeschränkt, wobei einfachere Therapiemassnahmen wie lokale Infiltrationen und allenfalls ein zweitrevidierender handchirurgischer Eingriff die Konstellation signifikant verbessern können dürfte. MR-tomographisch seien anderweitige Erkrankungen ausgeschlossen worden, es fänden sich weder Synovitiden noch ossäre Besonderheiten noch CRPS-Equivalente, der Handgelenksbereich sei frei, so dass insgesamt zusammen mit der Klinik die Existenz eines chronischentzündlichen resp. arthritischen Leidens eher unwahrscheinlich erscheine. Eine diabetische Stoffwechsellage sowie eine Hypothyreose seien deutliche Risikokonstellationen für sowohl, wie bei der Explorandin auch stattgehabt, Karpaltunnel-Entrapment (des N. medianus) und für Ringband-stenotische Sehnenreizungen, wie hier MR-tomographisch dargestellt. Aus rheumatologischer Sicht scheine eine Rezidiv-Entrapment-Symptomatik am Karpaltunnel rechts wie auch in den Akten neurologisch attestiert möglich, scheine aber das aktuelle Bild der Schmerzen an der rechten Hand nicht erstlinig zu bestimmen. Zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde / Diagnosen führte Dr. med. N. ___ aus, muskuloskeletär neu gegenüber früher fänden sich leichte ebenfalls sehntendopathische Zeichen an der linken Schulter, wobei diese nur für entsprechende schwer belastende Tätigkeiten funktionell eingeschränkt wäre. Ähnliches gelte für die beklagten Kniebeschwerden bei der Explorandin, die typischerweise belastungsabhängig (Treppenbenutzung) aufträten, eine beginnende Gonarthrose sei angesichts der Adipositas-Vorgeschichte zweifellos plausibel, schränke aber funktionell die Explorandin nur für entsprechende kniebelastende Tätigkeiten zurzeit ein. Angesichts des immer noch recht hohen Körpergewichts resp. BMI sei sicherlich eine orthopädische Beratung der Explorandin sinnvoll bezüglich Schuhe, axiale Stoss-Abfederung und Muskeltraining der Oberschenkelmuskulatur als präventive Massnahmen zur «Gelenkschonung». Keine funktionelle zusätzliche Auswirkung dürfte die Epicondylopathia am linken Ellenbogen haben und auch nicht eine mögliche wahrscheinlich degenerativ bedingte Achillessehnedruckdolenz am rechten Fuss, klinisch und im Gesamtbild sei nicht von einer spondyloarthritischen Manifestation auszugehen, sondern auch hier dürfte das Körpergewicht sich auf die Sehnenstruktur ungünstig ausgewirkt haben. Eine aktuell festgestellte Haltungsauffälligkeit des oberen Achsenskeletts mit Kopfprotraktionshaltung und Verspannungen der nuchalen Muskulatur habe keine zusätzliche Auswirkung funktionell zurzeit. Betreffend einer möglichen

Rezidiv-Entrapment-Symptomatik an der rechten Hand sollte das Ausmass an Leistungseinschränkung derzeit fachneurologisch festgelegt werden. Insgesamt stehe derzeit, und dies neu gegenüber den polydisziplinären Begutachtungen 2016 und 2013, eine deutliche Funktionseinschränkung der rechten Hand muskuloskelettär im Vordergrund, diese dürfte aber durch entsprechende gezielte Massnahmen deutlich revertierbar sein. Die übrigen Auffälligkeiten am Bewegungsapparat seien wohl insgesamt gegenüber den anderen viszeralchirurgischen, neurologischen und internistischen Problemen bezüglich ihrer funktionellen Bedeutung im Hintergrund.

Gesamthaft überzeugen auch die Ausführungen des rheumatologischen Gutachters zur Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 105.1, S. 88 f.): Das Profil der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in der Storenfabrik gehe in den Akten nirgends im Detail hervor, insbesondere nicht das Ausmass an muskuloskelettär belastender Tätigkeit. Für eine Coiffeusentätigkeit und wohl auch eine Fabrikarbeitertätigkeit bestehe derzeit angesichts der Verhältnisse an der rechten Hand keine Arbeitsfähigkeit. Nach lokalen Infiltrationen, evtl. ergotherapeutischen oder dann operativen Ringband-spaltenden Chirurgiemassnahmen dürfte aus isoliert muskuloskelettärer Sicht eine erneute Arbeitsfähigkeit bestehen, im Ausmass aber aus jetziger Perspektive nicht abschliessend abzuschätzen und auch abhängig vom Detailprofil einer entsprechenden Tätigkeit. Das sich aktuell präsentierende Bild schränke auch eine Haushaltstätigkeit ein, je nach Haushaltkonstellation möglicherweise im Bereich von 30 - 50 % aufgrund der aktuellen Handkonstellation rechts. Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit führte Dr. med. N.____ aus, vor der Beschwerdeexazerbation an der rechten Hand in der Mitte des Jahres 2020 mit wohl auch anzunehmender zusätzlicher Verschlechterung über die Zeit (Faustschlussperre jetzt) wäre je nach Tätigkeitsprofil in der letzten Arbeit (Reinigungsarbeit? Fabrikarbeit?) wohl eine höherprozentige Arbeitsfähigkeit denkbar gewesen, mangels Unterlagen und Angaben zum damaligen Tätigkeitsprofil und zum medizinischen Zustand handchirurgisch vor Sommer 2020 könne dies aber prozentual nicht abgeschätzt werden. Es sei nicht zuverlässig absehbar, inwieweit sich der aktuelle Zustand durch medizinische (injektive, operative) Massnahmen auf einfache Weise signifikant verbessern lasse, indem es sich aktuell wohl um eine Rezidiv-Symptomatik nach früheren operativen Eingriffen handle und somit der Erfolg von Eingriffen allenfalls etwas fraglich sein könnte (Narbenbildungen). Zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit hält der rheumatologische Gutachter fest, unter Wegdenkung der Handproblematik rechts dürften aus muskuloskelettärer Sicht körperlich sehr leichte, leichte und gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten möglich sein. Nicht möglich seien ausschliesslich stehende und gehende Tätigkeiten (mehr als die Hälfte bis Dreiviertel der Zeit), knieende, kauernde, treppen- oder wiederholt stufenbenutzende Tätigkeiten, überkopf zu verrichtenden Arbeiten und das Hantieren von Lasten mehr als 5 - 7 kg, höchstens bis 10 kg. Keine Arbeiten mit repetitiv-monotonen Handbewegungen oder besonderen Anforderungen an die Hand-Feinmotorik. Derartige Tätigkeiten sollten (unter Wegblendung der Handproblematik rechts) im Volumen von 80 % möglich sein. Die Reduktion gegenüber einem Vollpensum sei zu begründen mit einer wohl teils Dekonditionierungs-, teils Adipositas-bedingten Leistungsverlangsamung, ob diese nach einer Gewöhnungszeit revertierbar sei, erscheine fraglich. Unter Berücksichtigung des aktuellen Zustandes an der rechten Hand sei von einer Arbeitsfähigkeit von 30 - 40 % (je nach Tätigkeitsprofil und Aufgabenspektrum im Einzelfall resp. Kompensationsmöglichkeiten der Bewegungsabläufe) für erwerbliche Tätigkeit auszugehen. Für den Haushalt bestehe derzeit eine Arbeitsfähigkeit von ca. 50 - 70 %, je nach Verhältnis im Detail, nach Sanierung der Handkonstellation rechts dürfte eine

hochprozentige Arbeitsfähigkeit im Haushalt wieder gegeben sein, sofern der Heilungsverlauf günstig sei.

Im Antwortschreiben der O.____ auf die Ergänzungsfragen des Gerichts vom 1. Februar 2024 (A.S. 71 ff.) wird erneut bekräftigt, dass sich der Gesundheitszustand aus rheumatologischer Sicht seit der letzten Begutachtung im Jahr 2016 und der massgeblichen Verfügung verändert habe. In den Gutachten von 2013 und 2016 seien keine muskuloskelettalen Diagnosen gestellt worden. In der aktuellen Begutachtung sei eine rezidivierende Ringbandstenosen-Symptomatik an Dig IV und V der rechten Hand diagnostiziert worden sowie ein leichte Rotatorenmanschetten-Tendopathie links und femoropatellare Knieschmerzen links mehr als rechts. Aktuell schränke insbesondere die Ringbandstenose-Symptomatik der rechten Hand mit Faustschlussunmöglichkeit die Arbeitsfähigkeit ein. Die ersten Manifestationen dieser Beschwerden seien auf das Jahr 2019 zurückzudatieren mit einer deutlichen Exazerbation der Beschwerden seit Sommer 2020.

8.2.6 Den Einschätzungen des pneumologischen Teilgutachters (IV-Nr. 105.1, S. 92 ff.) liegt eine umfangreiche Untersuchung (klinische Untersuchung sowie pneumologische Zusatzuntersuchungen, vgl. IV-Nr. 105.1, S. 98 ff.) zugrunde. Auch Dr. med. P.____, Facharzt FMH für Pneumologie, setzte sich mit den Vorakten auseinander (IV-Nr. 105.1, S. 100). Der pneumologische Gutachter gelangte zum Ergebnis, funktionell lasse sich erfreulicherweise keine Einschränkung nachweisen. Sowohl die Spirometrie als auch die tonometrische Polygraphie seien unauffällig gewesen. Somit bestehe max. eine pulmonale Einschränkung der Funktionsfähigkeit von 0 - 9 % (Klasse 1). Die vorangegangenen ausgeübte Tätigkeit als auch eine angepasste Tätigkeit seien umfänglich möglich. Die Explorandin sei aus pneumologischer und schlafmedizinischer Sicht (unter konsequenter Nutzung des CPAP) 100 % arbeitsfähig anzusehen. Diese Einschätzung erweist sich mit Blick auf die umfangreichen Untersuchungen als plausibel. Auf das beweismässige pneumologische Teilgutachten kann somit ebenfalls abgestellt werden.

8.3 Schliesslich vermag gestützt auf die schlüssigen Teilgutachten auch die Gesamtbeurteilung im C.____-Gutachten zu überzeugen (IV-Nr. 105.1, S. 1 ff.). In der Konsensbeurteilung (IV-Nr. 105.1, S. 5 ff.) wird festgehalten, in diesem Gutachten werde erstmals eine neue psychiatrische Diagnose gestellt. Die Gutachter und Gutachterinnen gelangen zum Schluss, dass diese Diagnose allein zu einer kompletten Aufhebung der Arbeitsfähigkeit führe, wie im psychiatrischen Gutachten dargelegt. Die Explorandin weise seit der Kindheit akustische und optische Halluzinationen auf, es liege ein dissoziatives Syndrom mit einem Derealisation- und Depersonalisationserleben und ein verändertes Identitätserleben vor, die Explorandin lebe in mindestens zwei Persönlichkeiten. Bei dem hier vorliegenden Krankheitsbild bestehe ein hochgradiger Verdacht auf eine vorliegende dissoziative Identitätsstörung (DIS), eine aktuell erstmals gestellte Diagnose. Typisch für dissoziative Identitätsstörungen seien ausserordentliche traumatische Ereignisse vor dem 4. Lebensjahr. Offenbar habe bei der Explorandin ein ausserordentliches traumatisches Ereignis zwischen dem 3. und 4. Lebensjahr stattgefunden, worüber die Familie bis heute nicht spreche. Die Explorandin erfülle somit sämtliche diagnostischen Kriterien für die dissoziative Identitätsstörung (nach Dell 2001b, 2002). Es sei im Rahmen dieses Gutachtens zwar nicht möglich, eine endgültige Diagnose in dieser Richtung zu stellen, da dafür weitere tiefgreifende Explorationen, am besten durch einen in diesem Gebiet erfahrenen psychiatrischen Kollegen, nötig wären. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit liege diese

Diagnose vor. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Explorandin spiele die genaue Diagnose allerdings keine Rolle, da die Schwere des vorliegenden Krankheitsbildes und deren Auswirkungen auf die Funktionalität unabhängig davon sehr gut beurteilt werden könnten. Typischerweise fänden sich bei dissoziativen Identitätsstörungen in der Vorgeschichte eine Bandbreite von verschiedenen Diagnosen. Dies sei auch bei der Explorandin der Fall: Es seien ■ neben der rezidivierenden depressiven Störung ■ eine organische psychische Störung, eine kombinierte Persönlichkeitsstörung, eine Agoraphobie mit Panikstörung neben unklaren Bewusstseinsverlusten diagnostiziert worden. Schon sehr früh, im Jahr 2013, sei im Austrittsbericht der Psychosomatischen Klinik G. ___ der Verdacht auf eine traumatisierte Persönlichkeit in der Diagnosenliste beschrieben worden. Und im aktuellsten Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. med. L. ___ sei der Verdacht auf dissoziative Anfälle diagnostiziert worden. Diese beiden Diagnosen seien im Prinzip wegführend für die vorliegende dissoziative Identitätsstörung. Schon im ersten Bericht vom 25. September 2012 von Dr. med. L. ___ seien optische, akustische und taktile Halluzinationen und nächtliche unsinnige Handlungen ohne Erinnerung am darauffolgenden Tag beschrieben worden. Leider seien diese Beschwerden nicht ausgiebiger exploriert worden bzw. hätten zum damaligen Zeitpunkt nicht richtig eingeordnet werden können. Dies sei allerdings nicht sehr verwunderlich, da eine DIS häufig übersehen werde und eigentlich auch nur von in diesem Gebiet sehr erfahrenen Kollegen oder Kolleginnen gut diagnostiziert werden könne. Die in verschiedenen Berichten diagnostizierte Persönlichkeitsstörung hätte man differenzialdiagnostisch diskutieren können, sie erkläre aber das Erkrankungsbild der Explorandin bei weitem nicht vollständig. In Bezug auf die dissoziative Symptomatik würde nur die Borderline Persönlichkeitsstörung infrage kommen, wobei die Beeinträchtigung des Identitätserlebens jedoch nicht derart tiefgreifend sei, dass das eigene Handeln, Wahrnehmen und Erinnern einer anderen Person zugeordnet werde. Darüber hinaus führe die Explorandin, wahrscheinlich in einer Art Kompensation im Rahmen der DIS, wiederholende Kontrollen (Herd, Fenster Türschloss etc.) zu Hause durch, bevor sie das Haus verlassen könne oder es handle sich hierbei um eine weitere Persönlichkeit. Die Symptomatik sei von der Explorandin nur zum Teil akzeptiert. Entsprechend handle es sich diagnostisch um eine Zwangsstörung mit vorwiegend Zwangshandlungen. In vorgängigen Arztberichten und auch in der aktuellen Untersuchung hätten bei der Explorandin zudem depressive Symptome erhoben werden können. In der aktuellen Untersuchung lägen nur sehr geringfügige depressive Symptome vor, die augenblicklich nicht die Kriterien für eine depressive Episode erfüllten. Entsprechend liege aktuell diagnostisch eine rezidivierende depressive Störung, die gegenwärtig remittiert sei, vor. Daneben habe die Explorandin ausgeprägte Mühe in engen Räumen, die von ihr vermieden würden, da sie in diesen Situationen mit ausgeprägten Ängsten reagiere. Diagnostisch liege eine Klaustrophobie vor. Die von der Explorandin geschilderten Episoden mit Bewusstseinsstörungen sowie nächtlichen Episoden mit Zungenbiss und Urinabgang seit mehreren Jahren seien a.e. als psychogene, nicht epileptische Anfälle zu werten. Dafür sprächen die emotionalen Trigger, die Vorgeschichte und die psychiatrischen Komorbiditäten, sowie teils die Semiologie dieser Episoden. Nichtsdestotrotz träten bei ca. 10 % der Patienten mit psychogenen, nicht-epileptischen Anfällen auch zusätzliche epileptische Anfälle auf, sodass die Koexistenz von nicht epileptischen und epileptischen Anfällen nicht ganz ausgeschlossen werden könne, weshalb es sicherlich sinnvoll sei, die etablierte antiepileptische Therapie weiterzuführen, zumal es seither zu einer Verminderung der Anfallshäufigkeit gekommen

sei. In der aktuellen neuropsychologischen Testung hätten sich Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Arbeitstempo, Gedächtnis, Exekutivfunktionen, Visuokonstruktion und Sprache gezeigt. Aufgrund der aktenanamnestischen Angaben, der Verhaltensbeobachtungen und der Testergebnisse entsprechen die Befunde einer mittelschweren bis schweren neuropsychologischen Störung, welche ebenfalls i.R. der psychiatrischen Komorbiditäten zu werten seien. Ausserdem könnten die angegebenen Ein- und Durchschlafstörungen sowie das bekannte OSAS (aktuell unter Behandlung mit CPAP allerdings gut eingestellt) zur neuropsychologischen Störung beitragen. Es ergäben sich keine Hinweise auf neurodegenerative Prozesse (Glabellareflex fraglich nicht habituerbar, sonst keine Augenmotilitätsstörungen, keine pyramidalen oder extrapyramidalen Zeichen). Die von der Explorandin geklagten Beschwerden am Bewegungsapparat (Handscherzen rechts, Schulterschmerzen links und Knieschmerzen links mehr als rechts) seien auf eine rezidivierende Ringbandstenose-Symptomatik am 4. und 5. Finger der rechten Hand, auf eine leichte Rotatorenmanschetten-Tendopathie mit Impingment der linken Schulter und auf eine leichte beginnende Gonarthrosen zurückzuführen. Es fänden sich somit auch muskuloskelettär Veränderungen, die aktuell die Leistungsfähigkeit der Explorandin zusätzlich einschränken, dies neu gegenüber den früheren beiden polydisziplinären Beurteilungen 2016 und 2013. Damals sei keine signifikante zusätzliche muskuloskelettäre Problematik mit zusätzlicher Leistungseinschränkungskonsequenz notiert worden. Insgesamt stehe derzeit, und dies neu gegenüber den polydisziplinären Begutachtungen 2016 und 2013, eine deutliche Funktionseinschränkung der rechten Hand muskuloskelettär im Vordergrund, diese dürfte aber durch entsprechende gezielte Massnahmen deutlich revertierbar sein. Die übrigen Auffälligkeiten am Bewegungsapparat seien bezüglich ihrer funktionellen Bedeutung deutlich im Hintergrund. Sowohl das obstruktive Schlaf-Apnoe-Syndrom als auch das nichtallergische Asthma bronchiale seien unter Therapie sehr gut kontrolliert, somit ohne Symptome und beeinflussten daher die Arbeitsfähigkeit nicht. Aus internistischer Sicht bestehe ein metabolisches Syndrom mit Diabetes mellitus, arterieller Hypertonie und Adipositas. Der Diabetes und auch die arterielle Hypertonie seien unter einer medikamentösen Therapie ebenfalls gut eingestellt und bereiteten der Explorandin keine Beschwerden. Insgesamt wird in der Konsensbeurteilung festgehalten, dass im Vergleich zur medizinischen Situation im 2017 ein veränderter Gesundheitszustand mit heute aufgehobener Arbeitsfähigkeit vorliege.

E. 9

9.1 Insgesamt vermögen die vorstehend wiedergegebenen Darlegungen der Gutachter zu überzeugen, sodass darauf verwiesen werden kann (E. II. 8 hiervor). Es wird deutlich, dass mit der im psychiatrischen Gutachten diagnostizierten dissoziativen Identitätsstörung eine neue Diagnose gestellt wurde, welche allein zu einer kompletten Aufhebung der Arbeitsfähigkeit führt. Der psychiatrische Gutachter legte nachvollziehbar dar, dass sämtliche diagnostischen Kriterien für die dissoziative Identitätsstörung erfüllt seien und die mit dieser Diagnose einhergehende vollständige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit schon seit vielen Jahren bestehe, auch schon vor der letzten Begutachtung und Verfügung der Beschwerdegegnerin im Jahr 2016. Dies lasse sich gemäss dem Gutachter damit begründen, dass die Explorandin nie korrekt diagnostiziert und beurteilt worden sei. So seien die Beschwerden der Explorandin nicht ausgiebiger exploriert worden bzw. hätten zum damaligen Zeitpunkt nicht richtig eingeordnet werden können. Dies sei allerdings nicht sehr verwunderlich, da eine DIS häufig übersehen werde und eigentlich auch nur von in diesem Gebiet sehr erfahrenen Kollegen oder Kolleginnen gut diagnostiziert werden könne.

In diesem Zusammenhang wies der Gutachter auch darauf hin, dass sich bei dissoziativen Identitätsstörungen in der Vorgeschichte typischerweise eine Bandbreite von verschiedenen Diagnosen fänden (IV-Nr. 105.1, S. 68). So hatte bereits der psychiatrische Vorgutachter Dr. med. Q.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, im B.____-Verlaufsgutachten (psychiatrisches Teilgutachten vom 16. Februar 2016, IV-Nr. 71, S. 37 ff.) über eine ähnliche Befundlage wie Dr. med. F.____ berichtet. Er ging aber anders als Dr. med. F.____ von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung aus. Dr. med. Q.____ kam zu einer anderen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit als Dr. med. F.____, welche er damit begründete, dass nach seiner Einschätzung eine je hälftige Verteilung auf IV spezifische und IV fremde Faktoren angemessen sei, weshalb er eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten attestierte. Er warf aber die Frage in den Raum, ob die Versicherte aufgrund der Einschränkungen in ihrem heutigen Zustand jemals wieder in den ersten Arbeitsmarkt integriert werden könne (IV-Nr. 71, S. 42). Es ist damit mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass in Bezug auf die dissoziative Persönlichkeitsstörung lediglich eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts vorliegt.

Es wurden aber auch in anderen Fachdisziplinen Befunde erhoben, die auf ein erheblich vermindertes Leistungsvermögen schliessen lassen. So bestünden die im neurologischen Gutachten festgehaltenen rezidivierenden Episoden mit quantitativer Bewusstseinsstörung sowie nächtlichen Episoden mit Zungenbiss und Urinabgang ebenfalls seit mehreren Jahren. Da es sich bei diesen Anfällen auch um Symptome der dissoziativen Identitätsstörung handeln könnte, könnten diese Beschwerden gemäss den C.____-Gutachtern auch schon seit 2007/2008 bestehen, womit die aus neurologischer Sicht mögliche 40%ige Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit ebenfalls seit 2007 bestehe. Im neuropsychologischen Gutachten wurde mit der mittelschweren bis schweren neuropsychologischen Störung eine bisher neue Diagnose gestellt. Diese werde laut neuropsychologischer Gutachterin ebenfalls primär im Rahmen der komplexen psychiatrischen Problematik interpretiert. Auf Grund der neuropsychologischen Befunde sei die Arbeitsfähigkeit gemäss der neurologischen Gutachterin in der zuletzt ausgeführten Tätigkeit als Storenkontrolleurin nicht mehr gegeben. Was die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit anbelangt, wird auf das psychiatrische Fachgutachten und die Konsensbeurteilung verwiesen und festgehalten, aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten nicht mehr gegeben, so dass vorliegend davon auszugehen ist, dass die Arbeitsfähigkeit auch aus neuropsychologischer Sicht für sämtliche Tätigkeiten nicht mehr gegeben ist. Die neuropsychologische Störung bestehe gemäss den C.____-Gutachtern sicher seit der aktuellen Begutachtung. Da es keine früheren neuropsychologischen Berichte gebe, könne über den Zeitpunkt des Beginns dieser Störung keine Aussage gemacht werden. Gemäss dem rheumatologischen Gutachten stehe derzeit ■ und dies ebenfalls neu gegenüber den polydisziplinären Begutachtungen 2016 und 2013 ■ eine deutliche Funktionseinschränkung der rechten Hand muskuloskelettär im Vordergrund. Die Funktionseinschränkung könnte durch spezifische Massnahmen zwar verbessert werden (lokale Infiltrationen, evtl. ergotherapeutischen oder operativen Ringbandsplastenden Chirurgiemassnahmen), wodurch aus isoliert muskuloskelettärer Sicht eine erneute Arbeitsfähigkeit bestehen könnte, dies könne aber laut dem rheumatologischen Gutachter im Ausmass nicht abschliessend abgeschätzt werden. Die aus rheumatologischer Sicht geschätzte Arbeitsfähigkeit von 30 - 40 % bestehe seit Mitte 2020.

9.2 Nach dem Gesagten bestehen möglicherweise aus neuropsychologischer (mittelschwere bis schwere neuropsychologische Störung), jedenfalls aber aus rheumatologischer Sicht (deutliche Funktionseinschränkungen der rechten Hand muskuloskelettär) gesundheitliche Veränderungen, die bei Erlass der Verfügung vom 8. Juni 2017 (IV-Nr. 87) noch nicht vorlagen bzw. nicht manifest geworden waren. Es handelt sich somit um gesundheitliche Veränderungen, welche erst nach der früheren Verfügung eingetreten sind. Es stellt sich nachfolgend die Frage, ob die mittelschwere bis schwere neuropsychologische Störung sowie die Funktionseinschränkungen der rechten Hand muskuloskelettär, welche neu Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben, einen Revisionsgrund darstellen. Erforderlich ist in diesem Zusammenhang, dass das neue oder veränderte Element eine erhebliche Veränderung bewirkt. Es muss «den Rentenanspruch berühren», also zusammen mit den unverändert gebliebenen Faktoren geeignet sein, zu einer abweichenden Beurteilung des Rentenanspruchs zu führen. Angesichts der Ausführungen der C.____-Gutachter sowie mit Blick auf die Vorakten kann vorliegend von einer solchen gewichtigen Veränderung der Arbeitsfähigkeit durch die rheumatologischen Einschränkungen ausgegangen werden: Im B.____-Verlaufsgutachten vom 15. März 2016 (IV-Nr. 71) wurde eine Arbeitsfähigkeit von 50 % sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit attestiert, wobei einzig die psychiatrischen Befunde limitierend wirkten. Der psychiatrische Vorgutachter Dr. med. Q.____ kam damals zum Schluss, dass, wie schon beim ersten B.____-Gutachten, eine kombinierte Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren sei, deren negative Auswirkungen sich inzwischen aber verstärkt hätten, während dem sich die rezidivierenden depressiven Störungen aktuell lediglich als Dysthymie äusserten (IV-Nr. 71, S. 37 ff.). Auf Grundlage dieser Einschätzung sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 8. Juni 2017 (IV-Nr. 87) eine Viertelsrente mit Wirkung ab 1. August 2014 und eine halbe Invalidenrente ab 1. November 2014 zu. Mit den Funktionseinschränkungen der rechten Hand muskuloskelettär haben die C.____-Gutachter nun gesundheitliche Einschränkungen festgestellt, welche nach der Verfügung vom 8. Juni 2017 aufgetreten sind bzw. festgestellt werden konnten und sich in erheblicher Weise auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirken resp. die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vollumfänglich aufheben. Somit liegt eine erhebliche Veränderung und damit ein Revisionsgrund vor, der gestützt auf Art. 17 ATSG eine Neubeurteilung des Rentenanspruchs zulässt.

9.3 Was die Beschwerdegegnerin gegen das von ihr eingeholte Gutachten vorbringt, ist nicht geeignet, Zweifel an dessen Beweiskraft zu wecken. Zunächst ist festzuhalten, dass sie sich in der angefochtenen Verfügung auf eben dieses Gutachten stützt und die Auffassung vertritt, dass keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse eingetreten sei. Zudem hat der RAD keine Einwände gegen die Beweiswertigkeit des Administrativgutachten geltend gemacht. Wie die Beschwerdeführerin zutreffend in ihrer Beschwerde festhält, hätte die Beschwerdegegnerin weitere Abklärungsmassnahmen einleiten müssen, falls sie das Administrativgutachten tatsächlich als mangelhaft erachtet.

Bezüglich der materiellen Verwertbarkeit wendet die Beschwerdegegnerin ein, die im Revisionsgutachten ins Feld geführte Begründung sei widersprüchlich, weil die Gutachter auf der einen Seite keine definitive Diagnose zur dissoziativen Identitätsstörung hätten stellen können und auf der anderen Seite von ihnen vorgebracht werde, dass die genaue Diagnose keine Rolle spiele, da die Schwere des vorliegenden Krankheitsbildes und deren

Auswirkungen auf die Funktionalität unabhängig davon sehr gut beurteilt werden könnten. Dem ist entgegenzuhalten, dass der psychiatrische Gutachter schlüssig und nachvollziehbar darlegen konnte, dass es sich bei der dissoziativen Identitätsstörung um eine schwere psychiatrische Erkrankung handle, die häufig übersehen werde und eigentlich auch nur von in diesem Gebiet sehr erfahrenen Kollegen oder Kolleginnen gut diagnostiziert werden könne. Indem er sich mit der innerpsychischen Struktur der Beschwerdeführerin, ihren Beschwerden und ihrer Vorgeschichte sowie den von den Vorbehandlern und dem Vorgutachter gestellten Diagnosen eingehend auseinandersetzte und die erhobenen Befunde mit den diagnostischen Kriterien der dissoziativen Identitätsstörung abglich, zeigte er plausibel auf, dass diese Diagnose mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bei der Beschwerdeführerin vorliegt. Die Schwere des Krankheitsbildes und die Auswirkungen dieser Einschränkungen auf die funktionellen Fähigkeiten der Beschwerdeführerin konnte der Gutachter ebenfalls klar und deutlich aufzeigen. Es ist kein Widerspruch in den Ausführungen von Dr. med. F. ___ zu erkennen, insbesondere ist es aufgrund der Komplexität dieser Erkrankung nicht widersprüchlich, dass er keine endgültige Diagnose stellen konnte, zumal er wie gesagt die Auswirkungen dieser Erkrankung überzeugend aufzeigen konnte. Für die Belange der Invalidenversicherung kommt es nicht auf die Diagnose an, sondern einzig darauf, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (BGE 136 V 279 E. 3.2.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_524/2020 vom 23. November 2020 E. 5.1).

Auch die übrigen Einwände der Beschwerdegegnerin vermögen nicht zu überzeugen. Wenn die Beschwerdegegnerin die Ansicht vertritt, der neurologischen und rheumatologischen Einschätzung fehle es an der Nachvollziehbarkeit, ist auf die obigen Ausführungen zu verweisen. So konnte insbesondere der rheumatologische Gutachter nachvollziehbar aufzeigen, dass in der aktuellen Begutachtung eine rezidivierende Ringbadstenosen-Symptomatik an Dig IV und V der rechten Hand mit Faustschlussunmöglichkeit die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin deutlich einschränke, so dass ab 2020 aus rheumatologischer Sicht eine 40%ige Arbeitsfähigkeit attestiert werden konnte. Damit ist aus somatischer Sicht eine relevante Änderung des Gesundheitszustandes eingetreten. Bei dieser Sachlage und der Tatsache, dass sich aus den Akten nichts ergibt, was geeignet wäre, den Beweiswert des Gutachtens der C. ___ in Zweifel zu ziehen, kann in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen) auf zusätzliche Abklärungen verzichtet werden.

E. 10

10.1 Mit der vorliegenden medizinischen Aktenlage ist ausgewiesen, dass seit der Verfügung vom 8. Juni 2017 (IV-Nr. 87) respektive seit dem diesem zugrundeliegenden B. ___-Verlaufsgutachten vom 15. März 2016 (IV-Nr. 71) zufolge der Funktionseinschränkungen der rechten Hand muskuloskelettäreine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingetreten ist. Die C. ___-Gutachter haben dies in ihrem polydisziplinären Gutachten vom 19. November 2021 (IV-Nr. 105.1) aus fachärztlicher Sicht nachvollziehbar dargelegt. Verschlechtert haben sich danach im Vergleich zum B. ___-Verlaufsgutachten vom März 2016 insbesondere die Funktionalität der rechten Hand muskuloskelettär. Konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise liegen nicht vor, weshalb darauf abzustellen ist (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.). Damit liegt eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage vor. Somit ist von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auch in einer

leidensangepassten Tätigkeit auszugehen.

10.2 Liegt ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. E. II. 3.1 hiervor). Gemäss den Administrativgutachtern besteht die vollständige Einschränkung der Beschwerdeführerin schon seit vielen Jahren, auch schon vor der letzten Begutachtung und Verfügung der IV im Jahr 2017 (IV-Nr. 105.1, S. 10). Die Beschwerdeführerin meldete sich am 24. April 2020 erneut bei der Invalidenversicherung an. Da die Erhöhung der Rente frühestens von dem Monat an erfolgt, in dem die versicherte Person das Revisionsbegehren gestellt hat (Art. 88bis Abs. 1 lit. a IVV), hat die Beschwerdeführerin ab April 2020 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Dies führt zur Gutheissung der Beschwerde in genanntem Sinn.

E. 11

11.1 Die Beschwerdeführerin obsiegt und hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Ihre Vertretung macht mit Kostennote vom 23. März 2023 (A.S. 59 f.) einen Aufwand von 7.5 Stunden, einen Stundenansatz von CHF 230.00 und Auslagen von insgesamt CHF 71.20 geltend, was zu einer Kostenforderung von insgesamt CHF 1'934.51 führt. Die Höhe dieser Kostenforderung ist nicht zu beanstanden und die entsprechende Entschädigung ist zuzusprechen.

11.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

11.3 Die Kosten der im vorliegenden Fall eingeholten gutachterlichen Stellungnahme der C.____ sind dem Versicherungsträger aufzuerlegen, wenn diese notwendig wurde, weil dieser den Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt hatte (vgl. BGE 139 V 496). Wie dargelegt, hatte die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch Einholung einer ergänzenden Stellungnahme schliessen musste. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Kosten der Stellungnahme der C.____ von CHF 770.00 zu bezahlen.

Demnach wird erkannt:

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 Vizepräsident

Der Gerichtsschreiber

E. 30

August 2021 würdigt und analysiert (siehe dazu seine Ausführungen unter IV-Nr. 105.1, S. 66 ff.). Konkret hält Dr. med. F.____ fest, die Explorandin weise seit der frühen Kindheit optische und akustische Halluzinationen (bzw. ein Gedankenlautwerden) auf. Die Stimmen gäben ihr Befehle, z. B. sich zu verletzen oder auch sich umzubringen. Es handle sich auch um dialogisierende Stimmen. Es lägen Handlungen vor, die sie nicht kontrollieren könne. Es liege ein dissoziatives Syndrom vor mit einem Derealisations- und Depersonalisationserleben. Dabei zeige sie Erinnerungslücken in Bezug auf Tätigkeiten, die sie ausgeführt habe (Fugue). Auch Selbstverletzungen, an die sie sich nicht erinnern könne bzw. die ihr von «anderen Individuen» beigebracht worden seien. Es liege ein verändertes Identitätserleben vor, die Explorandin lebe in mindestens zwei Persönlichkeiten (die Gefährliche und die Ängstliche). Die Persönlichkeiten übernahmen immer wieder die Kontrolle über das Verhalten der Explorandin, vor allem in der Nacht. Zwischen dem 3. und 4. Lebensjahr werde von einem ausserordentlichen Ereignis berichtet, das der Explorandin nicht erinnerlich sei und über das in der Familie auch nicht gesprochen werde. Das Ereignis sei offenbar so gravierend gewesen, dass die Familie, in einer [...] Grossstadt wohnend, die Stadt habe wechseln müssen (Umzug). Die Explorandin selbst berichte, mit ca. 4 Jahren versucht zu haben, ihre damals 8 Monate alte Schwester mit einem Kissen zu ersticken. Diagnostisch bestehe bei dem hier vorliegenden Krankheitsbild ein hochgradiger Verdacht auf eine dissoziative Identitätsstörung (DIS). Typisch für dissoziative Identitätsstörungen seien ausserordentliche traumatische Ereignisse vor dem 4. Lebensjahr. Offenbar habe bei der Explorandin ein ausserordentliches traumatisches Ereignis zwischen dem 3. und 4. Lebensjahr stattgefunden, worüber die Familie bis heute nicht spreche. Die Explorandin erfülle sämtliche diagnostischen Kriterien für die dissoziative Identitätsstörung (nach Dell 2001 b, 2002). Typischerweise träten die Symptome bereits im Kindesalter auf, zur richtigen Manifestation der Erkrankung komme es häufig erst im Erwachsenenalter. Es sei im Rahmen dieses Gutachtens nicht möglich, eine endgültige Diagnose in dieser Richtung zu stellen, da dafür weitere tiefgreifende Explorationen, am besten durch einen in diesem Gebiet erfahrenen Kollegen, nötig wären. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Explorandin spiele die genaue Diagnose allerdings keine Rolle, da die Schwere des vorliegenden Krankheitsbildes und deren Auswirkungen unabhängig davon sehr gut beurteilt werden könnten. Die schweren neuropsychologischen Störungen, die sich auch in diesem Fachgutachten gezeigt hätten, seien im Rahmen der vorliegenden dissoziativen Zustände zu interpretieren. Des Weiteren beschäftigte sich der psychiatrische Gutachter mit weiteren möglichen psychischen Erkrankungen, welche die erhobenen Befunde erklären könnten: Differenzialdiagnostisch könnte natürlich auch eine Schizophrenie diskutiert werden. Ausschlaggebend sei hierbei aber der pseudohalluzinatorische Charakter der dissoziierten Wahrnehmungen, insbesondere des Stimmenhörens und die insgesamt auch noch erhaltene Realitätskontrolle. Darüber hinaus fehlten bei der DIS ausgeprägte formale und inhaltliche Denkstörungen. Auch sei der Beginn der Erkrankung in der frühen Kindheit eher unwahrscheinlich. Auch eine Borderline Persönlichkeitsstörung könnte diskutiert werden, weil auch hier dissoziative Symptome vorliegen könnten. Die Beeinträchtigung des Identitätserlebens sei jedoch nicht derart tiefgreifend, dass das eigene Handeln, Wahrnehmen und Erinnern einer anderen Person zugeordnet werde. Auch eine Temporallappenepilepsie müsste ausgeschlossen werden. Die «epileptischen Ohnmachtsanfälle» seien bisher in den Berichten und auch in unserer aktuellen

Untersuchung am ehesten als psychogen eingeordnet worden. Einen zusätzlich epileptogenen Anteil der Anfälle habe man allerdings nicht ganz ausschließen können, weshalb die vorhandene antiepileptische Medikation weiter befürwortet werde. Darüber hinaus führe die Explorandin, wahrscheinlich in einer Art Kompensation im Rahmen der DIS, wiederholende Kontrollen (Herd, Fenster Türschloss etc.) zu Hause durch, bevor sie das Haus verlassen könne oder es handle sich hierbei um eine weitere Persönlichkeit. Die Symptomatik sei von der Explorandin nur zum Teil akzeptiert worden. Entsprechend handle es sich diagnostisch um eine Zwangsstörung mit vorwiegend Zwangshandlungen. In vorgängigen Arztberichten und auch in der aktuellen Untersuchung hätten bei der Explorandin depressive Symptome erhoben werden können. Je nach Persönlichkeit könnten diese sich ausgeprägter entwickeln. In der aktuellen Untersuchung lägen nur sehr geringfügige depressive Symptome vor, die augenblicklich nicht die Kriterien für eine depressive Episode erfüllten. Entsprechend liege aktuell diagnostisch eine rezidivierende depressive Störung, die gegenwärtig remittiert sei, vor. Daneben habe die Explorandin ausgeprägte Mühe in engen Räumen, die von ihr vermieden würden, da sie in diesen Situationen mit ausgeprägten Ängsten reagiere. Diagnostisch liege eine Klaustrophobie vor. Natürlich könnten die zuvor erwähnten Achsel-Störungen immer auch im Zusammenhang mit der DIS stehen, da aber mit der ICD-10- Klassifikation nicht mehr ätiologisch, sondern nur noch deskriptiv diagnostiziert werde, müssten diese hier gesondert aufgeführt werden.

8.2.4.2 Des Weiteren beschäftigte sich Dr. med. F.____ eingehend mit den Vorakten. Typischerweise fänden sich bei dissoziativen Identitätsstörungen in der Vorgeschichte eine Bandbreite von verschiedenen Diagnosen. Dies sei auch bei der Explorandin der Fall: Es seien – neben der rezidivierenden depressiven Störung – eine organische psychische Störung, eine kombinierte Persönlichkeitsstörung, eine Agoraphobie mit Panikstörung neben unklaren Bewusstseinsverlusten diagnostiziert worden. Schon sehr früh, im Jahr 2013, sei im Austrittsbericht der Psychosomatischen Klinik G.____ der Verdacht auf eine traumatisierte Persönlichkeit in der Diagnosenliste beschrieben worden. Und im aktuellsten Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. med. L.____ sei der Verdacht auf dissoziative Anfälle diagnostiziert worden. Diese beiden Diagnosen seien im Prinzip wegführend für die vorliegende dissoziative Identitätsstörung. Schon im ersten Bericht vom 25. September 2012 von Dr. med. L.____ seien optische, akustische und taktile Halluzinationen und nächtliche unsinnige Handlungen ohne Erinnerung am darauffolgenden Tag beschrieben worden. Leider seien diese Beschwerden nicht ausgiebiger exploriert worden bzw. hätten zum damaligen Zeitpunkt nicht richtig eingeordnet werden können. Dies sei allerdings nicht sehr verwunderlich, da eine DIS häufig übersehen werde und eigentlich auch nur von in diesem Gebiet sehr erfahrenen Kollegen oder Kolleginnen gut diagnostiziert werden könne. Die in verschiedenen Berichten diagnostizierte Persönlichkeitsstörung könnte man differenzialdiagnostisch diskutieren, sie erkläre aber das Erkrankungsbild der Explorandin bei weitem nicht vollständig. In Bezug auf die dissoziative Symptomatik würde nur die Borderline Persönlichkeitsstörung infrage kommen, die hier bereits differenzialdiagnostisch diskutiert worden sei.

8.2.4.3 Zur Arbeitsfähigkeit und deren Verlauf führte der psychiatrische Gutachter aus, die dissoziative Identitätsstörung sei eine schwere psychiatrische Erkrankung. Diese Erkrankung schränke Patientinnen und Patienten in sämtlichen Lebensbereichen extrem ein. Dies zeige sich auch bei der Explorandin, die sich nur in ihrem vertrauten häuslichen Umfeld mit ihren Vertrauenspersonen (Mutter, Schwester etc.) sicher bewegen könne. Die Explorandin trage im Alltag ein Messer und Steine bei sich (auch zur Begutachtung), um sich zu verteidigen, da sie Angst vor anderen

Menschen habe. Gleichzeitig nehme sie befehlende Stimmen wahr, die ihr Aufträge gäben, sich zu verletzen oder sich umzubringen. Die Explorandin habe keine Kontrolle über ihr eigenes Erleben und Handeln. Bei der Explorandin seien die funktionellen Fähigkeiten (Mini- ICF) weitgehend eingeschränkt. Mit der vorliegenden Störung und den in diesem Zusammenhang bestehenden aktuellen Gesundheitszustand sei die Explorandin in ihrer Arbeitsfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten vollständig eingeschränkt. Diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe schon seit vielen Jahren, auch schon vor der letzten Begutachtung und infolge Verfügung der IV im Jahr 2016. Dies lasse sich damit begründen, dass die Explorandin nie korrekt diagnostiziert und beurteilt worden sei. Einen genauen Zeitpunkt für die vollständige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich rückwirkend nur schwer beurteilen. Es sei aber zu vermuten, dass die Einschränkung seit ihrer letzten Tätigkeit bei der Firma D.____ bestanden habe, da sich ihr Gesundheitszustand zu diesem Zeitpunkt zunehmend verschlechtert habe und zuvor bereits ein längerer stationärer psychiatrischer Aufenthalt habe absolviert werden müssen.

8.2.4.4 Gemäss dem Urteil des Bundesgerichts 8C_841/2016 vom 30. November 2017 sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, welches durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die psychiatrische Gutachterin dementsprechend zu prüfen ist. Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Gutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern – wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung – besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich kann auf die gutachterlichen Ausführungen (E. II. 7.2.4.3 hiervor) verwiesen werden, woraus hervorgeht, dass die Beschwerdeführerin vor allem aufgrund der dissoziativen Identitätsstörung schwer eingeschränkt ist. Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz führt der Gutachter aus, die Explorandin stehe seit Jahren in regelmässiger psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Wiederholt sei auch eine stationäre psychiatrische bzw. psychosomatische Behandlung durchgeführt worden. Auch eine

psychopharmakologische Behandlung sei etabliert, wobei die antidepressive Medikation nur in Bezug auf die depressive Symptomatik, die augenblicklich nicht im Vordergrund stehe, sinnvoll sei. In Bezug auf die vordergründig bestehende DIS sei eine intensive psychotherapeutische Behandlung entscheidend. Da diese Diagnose bisher noch nicht gestellt worden sei, müsste die psychotherapeutische Behandlung entsprechend angepasst werden. DIS-Behandlungen bräuchten allerdings viel Erfahrung in diesem Bereich, es gebe nur wenig erfahrene Therapeutinnen und Therapeuten in der Schweiz, die sich auf diese Erkrankung spezialisiert hätten. Zumindest sollte eine intensive Supervision durch einen in diesem Bereich erfahrenen Supervisor erfolgen. Gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen ist bei der Beschwerdeführerin sowohl eine Behandlungsresistenz als auch eine IV-relevante Eingliederungsresistenz tendenziell zu bejahen. Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Gemäss BGE 143 V 318 ist E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 so zu verstehen, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist. Im Gutachten wird eine ressourcenhemmende Wirkung der dissoziativen Persönlichkeitsstörung und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt. Konkret führt Dr. med. F. ___ aus, die dissoziative Identitätsstörung sei eine schwere psychiatrische Erkrankung. Diese Erkrankung schränke Patientinnen und Patienten in sämtlichen Lebensbereichen extrem ein. Dies zeige sich auch bei der Explorandin, die sich nur in ihrem vertrauten häuslichen Umfeld mit ihren Vertrauenspersonen (Mutter, Schwester etc.) sicher bewegen könne. Die Explorandin trage im Alltag ein Messer und Steine bei sich (auch zur Begutachtung), um sich zu verteidigen, da sie Angst vor anderen Menschen habe. Gleichzeitig nehme sie befehlende Stimmen wahr, die ihr Aufträge gäben, sich zu verletzen oder sich umzubringen. Die Explorandin habe keine Kontrolle über ihr eigenes Erleben und Handeln. Bei der Explorandin seien die funktionellen Fähigkeiten (Mini- ICF) weitgehend eingeschränkt. Mit der vorliegenden Störung und den in diesem Zusammenhang bestehenden aktuellen Gesundheitszustand sei die Explorandin in ihrer Arbeitsfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten vollständig eingeschränkt. Auch die schweren neuropsychologischen Störungen, die sich auch in unserem Fachgutachten zeigen, seien im Rahmen der vorliegenden dissoziativen Zustände zu interpretieren. Aufgrund der gutachterlichen Ausführungen ist von einer relevanten Komorbidität auszugehen. Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist sodann der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit

zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Dazu kann zunächst auf die gutachterlichen Ausführungen zur dissoziativen Persönlichkeitsstörung der Beschwerdeführerin verwiesen werden. Weiter hält der Gutachter fest, die Explorandin könne ihren Alltag (Haushalt, Versorgung des Hundes etc.) weiter aufrechterhalten. Sie werde stabilisiert durch die enge Bindung zur Mutter, die ihren Alltag mit strukturiere. Ansonsten lägen allerdings keinerlei Kontakte vor, da die Explorandin misstrauisch und ängstlich sei (IV-Nr. 105.1, S. 69). Zusammenfassend liegen demnach bei der Beschwerdeführerin neben gewissen positiven sozialen Ressourcen nur wenige persönliche Ressourcen vor. Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Dazu führt Dr. med. F.____ aus, natürlich gebe es bei der Explorandin viele Inkonsistenzen in Bezug auf ihren Alltag, in Bezug auf ihre bisherige berufliche Tätigkeit und der ausgeprägten Symptomatik. Diese Inkonsistenzen liessen sich allerdings alle mit der vorliegenden Diagnose erklären. Aufgrund der verschiedenen Persönlichkeiten könnten Patientinnen und Patienten mit Anteilen ihrer anscheinend normalen Persönlichkeit (ANP) über viele Jahre hinweg in einer beruflichen Tätigkeit oder im Alltag normal funktionieren. In der übrigen Zeit seien dann emotionale Anteile der Persönlichkeit (EP) vordergründig, in denen sie Intrusionen wahrnehmen, ein dysfunktionales Verhalten aufzeigten und dissoziierten. Deshalb zeige sich das Krankheitsbild häufig erst im späteren Erwachsenenalter. Bei der Explorandin lasse sich vermuten, dass die Auseinandersetzung mit ihrem Bruder in Bezug auf den Coiffeur-Salon (Konkurs) mit Tötlichkeiten durch den Bruder (Schläge) zu einer Retraumatisierung und in diesem Rahmen zu einer zunehmenden Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes geführt habe. Diese Auseinandersetzung habe damals einen erneuten Suizidversuch zur Folge und einen längeren stationären psychiatrischen Aufenthalt in der M.____ gehabt. Ihre letzte darauffolgende Arbeitsstelle bei der Firma D.____ habe sie zwar noch zwei Jahre wahrgenommen, sei dort aber zunehmend krank gewesen. Der Explorandin sei es also zu diesem Zeitpunkt nicht mehr möglich gewesen, durch die anscheinend normalen Persönlichkeitsanteile weiter zu funktionieren (IV-Nr. 105.1, S. 69). Des Weiteren lässt sich den Ausführungen des Gutachters zum durchgeführten Mini-ICF entnehmen, dass die Erfassung der funktionellen Fähigkeiten bei der Explorandin nicht ganz banal sei, da sie je nach Persönlichkeit, je nach Zustand unterschiedliche Funktionalitäten aufweise. So sei es der Explorandin längerfristig nicht möglich, sich in Organisationsabläufe einzufügen, obwohl es situativ möglich sein sollte, bestimmte Termine verabredungsgemäss wahrzunehmen und sich auch an bestimmte Regeln zu halten. Insofern liege hier eine schwere Beeinträchtigung vor. Obwohl die Explorandin ihren Haushalt einigermaßen planen und strukturieren könne, sei es grundsätzlich – je nach Zustandsbild – nur bedingt möglich, anstehende Aufgaben in einer beruflichen Umgebung mit angemessener Zeit durchzuführen. In dissoziativen Zuständen sei es ihr nicht möglich, adäquat zu reagieren, unter Stress reagiere sie mit konversiven Ohnmachtsanfällen. Insofern liege hier eine mindestens mittelgradige Einschränkung vor. Aus gleichen Gründen sei die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit aufgehoben. Die Anwendung fachlicher

Kompetenzen sei weitgehend uneingeschränkt. Das Entscheidungs- und Urteilsvermögen sei sicher mindestens mittelgradig eingeschränkt. Die Explorandin habe Verfolgungsängste und könne die dissoziativen, halluzinatorischen Erlebnisse nicht einordnen. Ebenso sei die Durchhaltefähigkeit bei der Explorandin schwergradig eingeschränkt. Es gebe Zeiten, in denen die Explorandin sich in einem Funktionsmodus befinde und uneingeschränkt ausdauernd einen Arbeitsplatz bestücken könne, ein konstantes längerfristiges Funktionsniveau werde sie nicht gleichbleibend halten können. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei je nach Persönlichkeit unterschiedlich eingeschränkt, diese werde entsprechend als mittelgradig eingeschätzt. Es bestehe keine Kontaktfähigkeit zu Dritten, eine Gruppenfähigkeit sei nicht vorhanden. Familiäre bzw. intime Beziehungen könnten nur noch zur Mutter und Schwester aufrechterhalten werden, entsprechend liege eine mittelgradige Einschränkung vor. Spontanaktivitäten könnten von der Explorandin nicht initiiert werden, sie sei in ihrem Tun und Erleben sehr eingeschränkt. Die Selbstpflege sei weitgehend uneingeschränkt. Die Verkehrsfähigkeit sei insofern schwergradig eingeschränkt, als dass sie sich im öffentlichen Verkehr gar nicht bewegen könne und mit dem Auto, wenn sie dann eines hätte, sich bewegen könnte. Die Fahrtauglichkeit sei hier allerdings infrage gestellt (IV-Nr. 105.1, S. 64 f.). Somit ist zusammenfassend von einer im Wesentlichen gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen auszugehen. Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hiervor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich kann auf das vorgehend in der Kategorie «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz» Gesagte verwiesen werden. So hat die Beschwerdeführerin in den letzten Jahren häufig ambulante sowie stationäre Therapien durchgeführt. Es ist demnach von einem grossen Leidensdruck auszugehen.

8.2.4.5 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen damit als erstellt. So sind bei der Beschwerdeführerin vor allem ressourcenhemmende Faktoren vorhanden, womit die psychiatrische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auch im Lichte dessen nachvollziehbar ist, sodass vollumfänglich darauf abgestellt werden kann.

8.2.5 Den Einschätzungen des rheumatologischen Teilgutachters (IV-Nr. 105.1, S. 73 ff.) liegt eine umfangreiche klinische Untersuchung (vgl. IV-Nr. 105.1, S. 77 ff.) zugrunde. Dr. med. N.____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie FMH, zog für die Beurteilung die im Rahmen der Begutachtung erstellten Röntgen- und MRI-Berichte sowie den Laborbefund bei. Weiter setzte er sich eingehend mit den Vorakten auseinander (IV-Nr. 105.1, S. 81 ff.). Der Rheumatologe fasste die Ergebnisse seiner Untersuchungen wie folgt zusammen: Insgesamt fänden sich gegenüber den bekannten neurologischen und viszeralchirurgischen Leiden, wie sie in früheren Gutachten festgehalten worden seien, neu auch muskuloskelettär Veränderungen, die aktuell die Leistungsfähigkeit der Explorandin zusätzlich deutlich einschränkten, dies neu gegenüber den früheren beiden polydisziplinären Beurteilungen 2016 und 2013. Damals sei keine signifikante zusätzliche muskuloskelettäre Problematik mit zusätzlicher

Leistungseinschränkungskonsequenz notiert worden, wenn auch in den Befunden 2016 eine etwas auffällige Wirbelsäulenhaltung mit Druck- und Klopfdolenz vor allem zervikal und lumbal und eingeschränkter Beweglichkeit rapportiert worden sei, aber keine entsprechende Diagnose formuliert worden sei. Die einzige muskuloskelettäre diagnostische Etikettierung sei nebenbefundlich «Genua valga» gewesen. Zwischenzeitlich hätten sich allerdings Handbeschwerden rechts erneut manifestiert nach früheren operativen Eingriffen auf beiden Seiten im Rahmen einer N. medianus-Befreiung an den Händen beidseits. 2015 sei rechts dann nochmals operiert worden. Aktuell nun finde eine neurologische Abklärung an der rechten Hand ein möglicherweise residuelles leichtes sensibles Karpaltunnelsyndrom, wo die Explorandin aber derzeit kaum höhergradige spezifische Beschwerden davon rapportiere. Im Vordergrund stehe eine Ringbandstenose-Symptomatik, wie sie sich schon 2019 manifestiert habe und wo damals ein entsprechender Ringband-revidierender Eingriff an zwei Fingern der rechten Hand offenbar stattgefunden habe. Jetzt vergleichbare Beschwerdesymptomatik mit deutlicher schmerzhafter Faustschlusseinschränkung, ein handchirurgisches Angebot einer zumindest lokalen Infiltration vor fast einem Jahr habe die Explorandin damals ausgeschlagen. Die aktuelle Handfunktion erscheine durch die jetzt zu diagnostizierende Rezidivsymptomatik deutlich eingeschränkt, wobei einfachere Therapiemaßnahmen wie lokale Infiltrationen und allenfalls ein zweitrevidierender handchirurgischer Eingriff die Konstellation signifikant verbessern können dürfte. MR-tomographisch seien anderweitige Erkrankungen ausgeschlossen worden, es fänden sich weder Synovitiden noch ossäre Besonderheiten noch CRPS-Equivalente, der Handgelenksbereich sei frei, so dass insgesamt zusammen mit der Klinik die Existenz eines chronischentzündlichen resp. arthritischen Leidens eher unwahrscheinlich erscheine. Eine diabetische Stoffwechsellage sowie eine Hypothyreose seien deutliche Risikokonstellationen für sowohl, wie bei der Explorandin auch stattgehabt, Karpaltunnel-Entrapment (des N. medianus) und für Ringband-stenotische Sehnenreizungen, wie hier MR-tomographisch dargestellt. Aus rheumatologischer Sicht scheine eine Rezidiv-Entrapment-Symptomatik am Karpaltunnel rechts wie auch in den Akten neurologisch attestiert möglich, scheine aber das aktuelle Bild der Schmerzen an der rechten Hand nicht erstlinig zu bestimmen. Zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde / Diagnosen führte Dr. med. N. ___ aus, muskuloskelettär neu gegenüber früher fänden sich leichte ebenfalls sehntendopathische Zeichen an der linken Schulter, wobei diese nur für entsprechende schwer belastende Tätigkeiten funktionell eingeschränkt wäre. Ähnliches gelte für die beklagten Kniebeschwerden bei der Explorandin, die typischerweise belastungsabhängig (Treppenbenutzung) aufträten, eine beginnende Gonarthrose sei angesichts der Adipositas-Vorgeschichte zweifellos plausibel, schränke aber funktionell die Explorandin nur für entsprechende kniebelastende Tätigkeiten zurzeit ein. Angesichts des immer noch recht hohen Körpergewichts resp. BMI sei sicherlich eine orthopädische Beratung der Explorandin sinnvoll bezüglich Schuhe, axiale Stoss-Abfederung und Muskeltraining der Oberschenkelmuskulatur als präventive Massnahmen zur «Gelenkschonung». Keine funktionelle zusätzliche Auswirkung dürfte die Epicondylopathia am linken Ellenbogen haben und auch nicht eine mögliche wahrscheinlich degenerativ bedingte Achillessehnedruckdolenz am rechten Fuss, klinisch und im Gesamtbild sei nicht von einer spondyloarthritischen Manifestation auszugehen, sondern auch hier dürfte das Körpergewicht sich auf die Sehnenstruktur ungünstig ausgewirkt haben. Eine aktuell festgestellte Haltungsauffälligkeit des oberen Achsenskeletts mit Kopfprotraktionshaltung und Verspannungen der nuchalen Muskulatur

habe keine zusätzliche Auswirkung funktionell zurzeit. Betreffend einer möglichen Rezidiv-Entrapment-Symptomatik an der rechten Hand sollte das Ausmass an Leistungseinschränkung derzeit fachneurologisch festgelegt werden. Insgesamt stehe derzeit, und dies neu gegenüber den polydisziplinären Begutachtungen 2016 und 2013, eine deutliche Funktionseinschränkung der rechten Hand muskuloskelettär im Vordergrund, diese dürfte aber durch entsprechende gezielte Massnahmen deutlich revertierbar sein. Die übrigen Auffälligkeiten am Bewegungsapparat seien wohl insgesamt gegenüber den anderen viszeralchirurgischen, neurologischen und internistischen Problemen bezüglich ihrer funktionellen Bedeutung im Hintergrund. Gesamthaft überzeugen auch die Ausführungen des rheumatologischen Gutachters zur Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 105.1, S. 88 f.): Das Profil der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in der Storenfabrik gehe in den Akten nirgends im Detail hervor, insbesondere nicht das Ausmass an muskuloskelettär belastender Tätigkeit. Für eine Coiffeusentätigkeit und wohl auch eine Fabrikarbeitertätigkeit bestehe derzeit angesichts der Verhältnisse an der rechten Hand keine Arbeitsfähigkeit. Nach lokalen Infiltrationen, evtl. ergotherapeutischen oder dann operativen Ringband-spaltenden Chirurgiemassnahmen dürfte aus isoliert muskuloskelettärer Sicht eine erneute Arbeitsfähigkeit bestehen, im Ausmass aber aus jetziger Perspektive nicht abschliessend abzuschätzen und auch abhängig vom Detailprofil einer entsprechenden Tätigkeit. Das sich aktuell präsentierende Bild schränke auch eine Haushaltstätigkeit ein, je nach Haushaltkonstellation möglicherweise im Bereich von 30 - 50 % aufgrund der aktuellen Handkonstellation rechts. Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit führte Dr. med. N.____ aus, vor der Beschwerdeexazerbation an der rechten Hand in der Mitte des Jahres 2020 mit wohl auch anzunehmender zusätzlicher Verschlechterung über die Zeit (Faustschlussperre jetzt) wäre je nach Tätigkeitsprofil in der letzten Arbeit (Reinigungsarbeit? Fabrikarbeit?) wohl eine höherprozentige Arbeitsfähigkeit denkbar gewesen, mangels Unterlagen und Angaben zum damaligen Tätigkeitsprofil und zum medizinischen Zustand handchirurgisch vor Sommer 2020 könne dies aber prozentual nicht abgeschätzt werden. Es sei nicht zuverlässig absehbar, inwieweit sich der aktuelle Zustand durch medizinische (injektive, operative) Massnahmen auf einfache Weise signifikant verbessern lasse, indem es sich aktuell wohl um eine Rezidiv-Symptomatik nach früheren operativen Eingriffen handle und somit der Erfolg von Eingriffen allenfalls etwas fraglich sein könnte (Narbenbildungen). Zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit hält der rheumatologische Gutachter fest, unter Wegdenkung der Handproblematik rechts dürften aus muskuloskelettärer Sicht körperlich sehr leichte, leichte und gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten möglich sein. Nicht möglich seien ausschliesslich stehende und gehende Tätigkeiten (mehr als die Hälfte bis Dreiviertel der Zeit), knieende, kauernde, treppen- oder wiederholt stufenbenutzende Tätigkeiten, überkopf zu verrichtenden Arbeiten und das Hantieren von Lasten mehr als 5 - 7 kg, höchstens bis 10 kg. Keine Arbeiten mit repetitiv-monotonen Handbewegungen oder besonderen Anforderungen an die Hand- Feinmotorik. Derartige Tätigkeiten sollten (unter Wegblendung der Handproblematik rechts) im Volumen von 80 % möglich sein. Die Reduktion gegenüber einem Vollpensum sei zu begründen mit einer wohl teils Dekonditionierungs-, teils Adipositas-bedingten Leistungsverlangsamung, ob diese nach einer Gewöhnungszeit revertierbar sei, erscheine fraglich. Unter Berücksichtigung des aktuellen Zustandes an der rechten Hand sei von einer Arbeitsfähigkeit von 30 - 40 % (je nach Tätigkeitsprofil und Aufgabenspektrum im Einzelfall resp. Kompensationsmöglichkeiten der Bewegungsabläufe) für erwerbliche Tätigkeit auszugehen. Für den Haushalt bestehe derzeit eine Arbeitsfähigkeit von ca. 50 - 70 %, je

nach Verhältnis im Detail, nach Sanierung der Handkonstellation rechts dürfte eine hochprozentige Arbeitsfähigkeit im Haushalt wieder gegeben sein, sofern der Heilungsverlauf günstig sei. Im Antwortschreiben der O.____ auf die Ergänzungsfragen des Gerichts vom 1. Februar 2024 (A.S. 71 ff.) wird erneut bekräftigt, dass sich der Gesundheitszustand aus rheumatologischer Sicht seit der letzten Begutachtung im Jahr 2016 und der massgeblichen Verfügung verändert habe. In den Gutachten von 2013 und 2016 seien keine muskuloskelettalen Diagnosen gestellt worden. In der aktuellen Begutachtung sei eine rezidivierende Ringbandstenosen-Symptomatik an Dig IV und V der rechten Hand diagnostiziert worden sowie eine leichte Rotatorenmanschetten-Tendopathie links und femoropatellare Knieschmerzen links mehr als rechts. Aktuell schränke insbesondere die Ringbandstenose-Symptomatik der rechten Hand mit Faustschlussunmöglichkeit die Arbeitsfähigkeit ein. Die ersten Manifestationen dieser Beschwerden seien auf das Jahr 2019 zurückzudatieren mit einer deutlichen Exazerbation der Beschwerden seit Sommer 2020.

8.2.6 Den Einschätzungen des pneumologischen Teilgutachters (IV-Nr. 105.1, S. 92 ff.) liegt eine umfangreiche Untersuchung (klinische Untersuchung sowie pneumologische Zusatzuntersuchungen, vgl. IV-Nr. 105.1, S. 98 ff.) zugrunde. Auch Dr. med. P.____, Facharzt FMH für Pneumologie, setzte sich mit den Vorakten auseinander (IV-Nr. 105.1, S. 100). Der pneumologische Gutachter gelangte zum Ergebnis, funktionell lasse sich erfreulicherweise keine Einschränkung nachweisen. Sowohl die Spirometrie als auch die tonometrische Polygraphie seien unauffällig gewesen. Somit bestehe max. eine pulmonale Einschränkung der Funktionsfähigkeit von 0 - 9 % (Klasse 1). Die vorangegangenen ausgeübten Tätigkeiten als auch eine angepasste Tätigkeit seien umfänglich möglich. Die Explorandin sei aus pneumologischer und schlafmedizinischer Sicht (unter konsequenter Nutzung des CPAP) 100 % arbeitsfähig anzusehen. Diese Einschätzung erweist sich mit Blick auf die umfangreichen Untersuchungen als plausibel. Auf das beweiswertige pneumologische Teilgutachten kann somit ebenfalls abgestellt werden.

8.3 Schliesslich vermag gestützt auf die schlüssigen Teilgutachten auch die Gesamtbeurteilung im C.____-Gutachten zu überzeugen (IV-Nr. 105.1, S. 1 ff.). In der Konsensbeurteilung (IV-Nr. 105.1, S. 5 ff.) wird festgehalten, in diesem Gutachten werde erstmals eine neue psychiatrische Diagnose gestellt. Die Gutachter und Gutachterinnen gelangen zum Schluss, dass diese Diagnose allein zu einer kompletten Aufhebung der Arbeitsfähigkeit führe, wie im psychiatrischen Gutachten dargelegt. Die Explorandin weise seit der Kindheit akustische und optische Halluzinationen auf, es liege ein dissoziatives Syndrom mit einem Derealisations- und Depersonalisationserleben und ein verändertes Identitätserleben vor, die Explorandin lebe in mindestens zwei Persönlichkeiten. Bei dem hier vorliegenden Krankheitsbild bestehe ein hochgradiger Verdacht auf eine vorliegende dissoziative Identitätsstörung (DIS), eine aktuell erstmals gestellte Diagnose. Typisch für dissoziative Identitätsstörungen seien ausserordentliche traumatische Ereignisse vor dem 4. Lebensjahr. Offenbar habe bei der Explorandin ein ausserordentliches traumatisches Ereignis zwischen dem 3. und 4. Lebensjahr stattgefunden, worüber die Familie bis heute nicht spreche. Die Explorandin erfülle somit sämtliche diagnostischen Kriterien für die dissoziative Identitätsstörung (nach Dell 2001b, 2002). Es sei im Rahmen dieses Gutachtens zwar nicht möglich, eine endgültige Diagnose in dieser Richtung zu stellen, da dafür weitere tiefgreifende Explorationen, am besten durch einen in diesem Gebiet erfahrenen psychiatrischen Kollegen, nötig wären. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit liege diese Diagnose vor. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Explorandin spiele die genaue Diagnose allerdings keine Rolle, da die Schwere des vorliegenden Krankheitsbildes und

deren Auswirkungen auf die Funktionalität unabhängig davon sehr gut beurteilt werden könnten. Typischerweise fänden sich bei dissoziativen Identitätsstörungen in der Vorgeschichte eine Bandbreite von verschiedenen Diagnosen. Dies sei auch bei der Explorandin der Fall: Es seien – neben der rezidivierenden depressiven Störung – eine organische psychische Störung, eine kombinierte Persönlichkeitsstörung, eine Agoraphobie mit Panikstörung neben unklaren Bewusstseinsverlusten diagnostiziert worden. Schon sehr früh, im Jahr 2013, sei im Austrittsbericht der Psychosomatischen Klinik G.____ der Verdacht auf eine traumatisierte Persönlichkeit in der Diagnosenliste beschrieben worden. Und im aktuellsten Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. med. L.____ sei der Verdacht auf dissoziative Anfälle diagnostiziert worden. Diese beiden Diagnosen seien im Prinzip wegführend für die vorliegende dissoziative Identitätsstörung. Schon im ersten Bericht vom 25. September 2012 von Dr. med. L.____ seien optische, akustische und taktile Halluzinationen und nächtliche unsinnige Handlungen ohne Erinnerung am darauffolgenden Tag beschrieben worden. Leider seien diese Beschwerden nicht ausgiebiger exploriert worden bzw. hätten zum damaligen Zeitpunkt nicht richtig eingeordnet werden können. Dies sei allerdings nicht sehr verwunderlich, da eine DIS häufig übersehen werde und eigentlich auch nur von in diesem Gebiet sehr erfahrenen Kollegen oder Kolleginnen gut diagnostiziert werden könne. Die in verschiedenen Berichten diagnostizierte Persönlichkeitsstörung hätte man differenzialdiagnostisch diskutieren können, sie erkläre aber das Erkrankungsbild der Explorandin bei weitem nicht vollständig. In Bezug auf die dissoziative Symptomatik würde nur die Borderline Persönlichkeitsstörung infrage kommen, wobei die Beeinträchtigung des Identitätserlebens jedoch nicht derart tiefgreifend sei, dass das eigene Handeln, Wahrnehmen und Erinnern einer anderen Person zugeordnet werde. Darüber hinaus führe die Explorandin, wahrscheinlich in einer Art Kompensation im Rahmen der DIS, wiederholende Kontrollen (Herd, Fenster Türschloss etc.) zu Hause durch, bevor sie das Haus verlassen könne oder es handle sich hierbei um eine weitere Persönlichkeit. Die Symptomatik sei von der Explorandin nur zum Teil akzeptiert. Entsprechend handle es sich diagnostisch um eine Zwangsstörung mit vorwiegend Zwangshandlungen. In vorgängigen Arztberichten und auch in der aktuellen Untersuchung hätten bei der Explorandin zudem depressive Symptome erhoben werden können. In der aktuellen Untersuchung lägen nur sehr geringfügige depressive Symptome vor, die augenblicklich nicht die Kriterien für eine depressive Episode erfüllten. Entsprechend liege aktuell diagnostisch eine rezidivierende depressive Störung, die gegenwärtig remittiert sei, vor. Daneben habe die Explorandin ausgeprägte Mühe in engen Räumen, die von ihr vermieden würden, da sie in diesen Situationen mit ausgeprägten Ängsten reagiere. Diagnostisch liege eine Klaustrophobie vor. Die von der Explorandin geschilderten Episoden mit Bewusstseinsstörungen sowie nächtlichen Episoden mit Zungenbiss und Urinabgang seit mehreren Jahren seien a.e. als psychogene, nicht epileptische Anfälle zu werten. Dafür sprächen die emotionalen Trigger, die Vorgeschichte und die psychiatrischen Komorbiditäten, sowie teils die Semiologie dieser Episoden. Nichtsdestotrotz träten bei ca. 10 % der Patienten mit psychogenen, nicht-epileptischen Anfällen auch zusätzliche epileptische Anfälle auf, sodass die Koexistenz von nicht epileptischen und epileptischen Anfällen nicht ganz ausgeschlossen werden könne, weshalb es sicherlich sinnvoll sei, die etablierte antiepileptische Therapie weiterzuführen, zumal es seither zu einer Verminderung der Anfallshäufigkeit gekommen sei. In der aktuellen neuropsychologischen Testung hätten sich Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Arbeitstempo, Gedächtnis, Exekutivfunktionen,

Visuokonstruktion und Sprache gezeigt. Aufgrund der aktenanamnestischen Angaben, der Verhaltensbeobachtungen und der Testergebnisse entsprechen die Befunde einer mittelschweren bis schweren neuropsychologischen Störung, welche ebenfalls i.R. der psychiatrischen Komorbiditäten zu werten seien. Ausserdem könnten die angegebenen Ein- und Durchschlafstörungen sowie das bekannte OSAS (aktuell unter Behandlung mit CPAP allerdings gut eingestellt) zur neuropsychologischen Störung beitragen. Es ergäben sich keine Hinweise auf neurodegenerative Prozesse (Glabellareflex fraglich nicht habituierbar, sonst keine Augenmotilitätsstörungen, keine pyramidalen oder extrapyramidalen Zeichen). Die von der Explorandin geklagten Beschwerden am Bewegungsapparat (Handschmerzen rechts, Schulterschmerzen links und Knieschmerzen links mehr als rechts) seien auf eine rezidivierende Ringbandstenose-Symptomatik am 4. und 5. Finger der rechten Hand, auf eine leichte Rotatorenmanschetten-Tendopathie mit Impingment der linken Schulter und auf eine leichte beginnende Gonarthrosen zurückzuführen. Es fänden sich somit auch muskuloskelettär Veränderungen, die aktuell die Leistungsfähigkeit der Explorandin zusätzlich einschränkten, dies neu gegenüber den früheren beiden polydisziplinären Beurteilungen 2016 und 2013. Damals sei keine signifikante zusätzliche muskuloskelettäre Problematik mit zusätzlicher Leistungseinschränkungssequenz notiert worden. Insgesamt stehe derzeit, und dies neu gegenüber den polydisziplinären Begutachtungen 2016 und 2013, eine deutliche Funktionseinschränkung der rechten Hand muskuloskelettär im Vordergrund, diese dürfte aber durch entsprechende gezielte Massnahmen deutlich revertierbar sein. Die übrigen Auffälligkeiten am Bewegungsapparat seien bezüglich ihrer funktionellen Bedeutung deutlich im Hintergrund. Sowohl das obstruktive Schlaf-Apnoe-Syndrom als auch das nichtallergische Asthma bronchiale seien unter Therapie sehr gut kontrolliert, somit ohne Symptome und beeinflussten daher die Arbeitsfähigkeit nicht. Aus internistischer Sicht bestehe ein metabolisches Syndrom mit Diabetes mellitus, arterieller Hypertonie und Adipositas. Der Diabetes und auch die arterielle Hypertonie seien unter einer medikamentösen Therapie ebenfalls gut eingestellt und bereiteten der Explorandin keine Beschwerden. Insgesamt wird in der Konsensbeurteilung festgehalten, dass im Vergleich zur medizinischen Situation im 2017 ein veränderter Gesundheitszustand mit heute aufgehobener Arbeitsfähigkeit vorliege. 9.

9.1 Insgesamt vermögen die vorstehend wiedergegebenen Darlegungen der Gutachter zu überzeugen, sodass darauf verwiesen werden kann (E. II. 8 hiervor). Es wird deutlich, dass mit der im psychiatrischen Gutachten diagnostizierten dissoziativen Identitätsstörung eine neue Diagnose gestellt wurde, welche allein zu einer kompletten Aufhebung der Arbeitsfähigkeit führt. Der psychiatrische Gutachter legte nachvollziehbar dar, dass sämtliche diagnostischen Kriterien für die dissoziative Identitätsstörung erfüllt seien und die mit dieser Diagnose einhergehende vollständige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit schon seit vielen Jahren bestehe, auch schon vor der letzten Begutachtung und Verfügung der Beschwerdegegnerin im Jahr 2016. Dies lasse sich gemäss dem Gutachter damit begründen, dass die Explorandin nie korrekt diagnostiziert und beurteilt worden sei. So seien die Beschwerden der Explorandin nicht ausgiebiger exploriert worden bzw. hätten zum damaligen Zeitpunkt nicht richtig eingeordnet werden können. Dies sei allerdings nicht sehr verwunderlich, da eine DIS häufig übersehen werde und eigentlich auch nur von in diesem Gebiet sehr erfahrenen Kollegen oder Kolleginnen gut diagnostiziert werden könne. In diesem Zusammenhang wies der Gutachter auch darauf hin, dass sich bei dissoziativen Identitätsstörungen in der Vorgeschichte typischerweise eine Bandbreite von verschiedenen Diagnosen fänden (IV-Nr. 105.1, S. 68). So hatte bereits der psychiatrische Vorgutachter

Dr. med. Q.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, im B.____-Verlaufsgutachten (psychiatrisches Teilgutachten vom 16. Februar 2016, IV-Nr. 71, S. 37 ff.) über eine ähnliche Befundlage wie Dr. med. F.____ berichtet. Er ging aber anders als Dr. med. F.____ von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung aus. Dr. med. Q.____ kam zu einer anderen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit als Dr. med. F.____, welche er damit begründete, dass nach seiner Einschätzung eine je hälftige Verteilung auf IV spezifische und IV fremde Faktoren angemessen sei, weshalb er eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten attestierte. Er warf aber die Frage in den Raum, ob die Versicherte aufgrund der Einschränkungen in ihrem heutigen Zustand jemals wieder in den ersten Arbeitsmarkt integriert werden könne (IV-Nr. 71, S. 42). Es ist damit mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass in Bezug auf die dissoziative Persönlichkeitsstörung lediglich eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts vorliegt. Es wurden aber auch in anderen Fachdisziplinen Befunde erhoben, die auf ein erheblich vermindertes Leistungsvermögen schliessen lassen. So bestünden die im neurologischen Gutachten festgehaltenen rezidivierenden Episoden mit quantitativer Bewusstseinsstörung sowie nächtlichen Episoden mit Zungenbiss und Urinabgang ebenfalls seit mehreren Jahren. Da es sich bei diesen Anfällen auch um Symptome der dissoziativen Identitätsstörung handeln könnte, könnten diese Beschwerden gemäss den C.____-Gutachtern auch schon seit 2007/2008 bestehen, womit die aus neurologischer Sicht mögliche 40%ige Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit ebenfalls seit 2007 bestehe. Im neuropsychologischen Gutachten wurde mit der mittelschweren bis schweren neuropsychologischen Störung eine bisher neue Diagnose gestellt. Diese werde laut neuropsychologischer Gutachterin ebenfalls primär im Rahmen der komplexen psychiatrischen Problematik interpretiert. Auf Grund der neuropsychologischen Befunde sei die Arbeitsfähigkeit gemäss der neurologischen Gutachterin in der zuletzt ausgeführten Tätigkeit als Storenkonditorenin nicht mehr gegeben. Was die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit anbelangt, wird auf das psychiatrische Fachgutachten und die Konsensbeurteilung verwiesen und festgehalten, aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten nicht mehr gegeben, so dass vorliegend davon auszugehen ist, dass die Arbeitsfähigkeit auch aus neuropsychologischer Sicht für sämtliche Tätigkeiten nicht mehr gegeben ist. Die neuropsychologische Störung bestehe gemäss den C.____-Gutachtern sicher seit der aktuellen Begutachtung. Da es keine früheren neuropsychologischen Berichte gebe, könne über den Zeitpunkt des Beginns dieser Störung keine Aussage gemacht werden. Gemäss dem rheumatologischen Gutachten stehe derzeit – und dies ebenfalls neu gegenüber den polydisziplinären Begutachtungen 2016 und 2013 – eine deutliche Funktionseinschränkung der rechten Hand muskuloskelettär im Vordergrund. Die Funktionseinschränkung könnte durch spezifische Massnahmen zwar verbessert werden (lokale Infiltrationen, evtl. ergotherapeutischen oder operativen Ringbandspaltenden Chirurgiemassnahmen), wodurch aus isoliert muskuloskelettärer Sicht eine erneute Arbeitsfähigkeit bestehen könnte, dies könne aber laut dem rheumatologischen Gutachter im Ausmass nicht abschliessend abgeschätzt werden. Die aus rheumatologischer Sicht geschätzte Arbeitsfähigkeit von 30 - 40 % bestehe seit Mitte 2020. 9.2 Nach dem Gesagten bestehen möglicherweise aus neuropsychologischer (mittelschwere bis schwere neuropsychologische Störung), jedenfalls aber aus rheumatologischer Sicht (deutliche Funktionseinschränkungen der rechten Hand muskuloskelettär) gesundheitliche Veränderungen, die bei Erlass der Verfügung vom 8. Juni 2017 (IV-Nr. 87) noch nicht vorlagen bzw. nicht manifest geworden

waren. Es handelt sich somit um gesundheitliche Veränderungen, welche erst nach der früheren Verfügung eingetreten sind. Es stellt sich nachfolgend die Frage, ob die mittelschwere bis schwere neuropsychologische Störung sowie die Funktionseinschränkungen der rechten Hand muskuloskelettär, welche neu Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben, einen Revisionsgrund darstellen. Erforderlich ist in diesem Zusammenhang, dass das neue oder veränderte Element eine erhebliche Veränderung bewirkt. Es muss «den Rentenanspruch berühren», also zusammen mit den unverändert gebliebenen Faktoren geeignet sein, zu einer abweichenden Beurteilung des Rentenanspruchs zu führen. Angesichts der Ausführungen der C. ___-Gutachter sowie mit Blick auf die Vorakten kann vorliegend von einer solchen gewichtigen Veränderung der Arbeitsfähigkeit durch die rheumatologischen Einschränkungen ausgegangen werden: Im B. ___-Verlaufsgutachten vom 15. März 2016 (IV-Nr. 71) wurde eine Arbeitsfähigkeit von 50 % sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit attestiert, wobei einzig die psychiatrischen Befunde limitierend wirkten. Der psychiatrische Vorgutachter Dr. med. Q. ___ kam damals zum Schluss, dass, wie schon beim ersten B. ___-Gutachten, eine kombinierte Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren sei, deren negative Auswirkungen sich inzwischen aber verstärkt hätten, während dem sich die rezidivierenden depressiven Störungen aktuell lediglich als Dysthymie äusserten (IV-Nr. 71, S. 37 ff.). Auf Grundlage dieser Einschätzung sprach die Beschwerdeführerin der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 8. Juni 2017 (IV-Nr. 87) eine Viertelsrente mit Wirkung ab 1. August 2014 und eine halbe Invalidenrente ab 1. November 2014 zu. Mit den Funktionseinschränkungen der rechten Hand muskuloskelettär haben die C. ___-Gutachter nun gesundheitliche Einschränkungen festgestellt, welche nach der Verfügung vom 8. Juni 2017 aufgetreten sind bzw. festgestellt werden konnten und sich in erheblicher Weise auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirken resp. die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vollumfänglich aufheben. Somit liegt eine erhebliche Veränderung und damit ein Revisionsgrund vor, der gestützt auf Art. 17 ATSG eine Neubeurteilung des Rentenanspruchs zulässt.

9.3 Was die Beschwerdeführerin gegen das von ihr eingeholte Gutachten vorbringt, ist nicht geeignet, Zweifel an dessen Beweiskraft zu wecken. Zunächst ist festzuhalten, dass sie sich in der angefochtenen Verfügung auf eben dieses Gutachten stützt und die Auffassung vertritt, dass keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse eingetreten sei. Zudem hat der RAD keine Einwände gegen die Beweiswertigkeit des Administrativgutachten geltend gemacht. Wie die Beschwerdeführerin zutreffend in ihrer Beschwerde festhält, hätte die Beschwerdeführerin weitere Abklärungsmassnahmen einleiten müssen, falls sie das Administrativgutachten tatsächlich als mangelhaft erachtet. Bezüglich der materiellen Verwertbarkeit wendet die Beschwerdeführerin ein, die im Revisionsgutachten ins Feld geführte Begründung sei widersprüchlich, weil die Gutachter auf der einen Seite keine definitive Diagnose zur dissoziativen Identitätsstörung hätten stellen können und auf der anderen Seite von ihnen vorgebracht werde, dass die genaue Diagnose keine Rolle spiele, da die Schwere des vorliegenden Krankheitsbildes und deren Auswirkungen auf die Funktionalität unabhängig davon sehr gut beurteilt werden könnten. Dem ist entgegenzuhalten, dass der psychiatrische Gutachter schlüssig und nachvollziehbar darlegen konnte, dass es sich bei der dissoziativen Identitätsstörung um eine schwere psychiatrische Erkrankung handle, die häufig übersehen werde und eigentlich auch nur von in diesem Gebiet sehr erfahrenen Kollegen oder Kolleginnen gut diagnostiziert werden könne. Indem er sich mit der innerpsychischen Struktur der Beschwerdeführerin, ihren

Beschwerden und ihrer Vorgeschichte sowie den von den Vorbehandlern und dem Vorgutachter gestellten Diagnosen eingehend auseinandersetzte und die erhobenen Befunde mit den diagnostischen Kriterien der dissoziativen Identitätsstörung abglich, zeigte er plausibel auf, dass diese Diagnose mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bei der Beschwerdeführerin vorliegt. Die Schwere des Krankheitsbildes und die Auswirkungen dieser Einschränkungen auf die funktionellen Fähigkeiten der Beschwerdeführerin konnte der Gutachter ebenfalls klar und deutlich aufzeigen. Es ist kein Widerspruch in den Ausführungen von Dr. med. F.____ zu erkennen, insbesondere ist es aufgrund der Komplexität dieser Erkrankung nicht widersprüchlich, dass er keine endgültige Diagnose stellen konnte, zumal er wie gesagt die Auswirkungen dieser Erkrankung überzeugend aufzeigen konnte. Für die Belange der Invalidenversicherung kommt es nicht auf die Diagnose an, sondern einzig darauf, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (BGE 136 V 279 E. 3.2.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_524/2020 vom 23. November 2020 E. 5.1). Auch die übrigen Einwände der Beschwerdegegnerin vermögen nicht zu überzeugen. Wenn die Beschwerdegegnerin die Ansicht vertritt, der neurologischen und rheumatologischen Einschätzung fehle es an der Nachvollziehbarkeit, ist auf die obigen Ausführungen zu verweisen. So konnte insbesondere der rheumatologische Gutachter nachvollziehbar aufzeigen, dass in der aktuellen Begutachtung eine rezidivierende Ringbadstenosen-Symptomatik an Dig IV und V der rechten Hand mit Faustschlussunmöglichkeit die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin deutlich einschränke, so dass ab 2020 aus rheumatologischer Sicht eine 40%ige Arbeitsfähigkeit attestiert werden konnte. Damit ist aus somatischer Sicht eine relevante Änderung des Gesundheitszustandes eingetreten. Bei dieser Sachlage und der Tatsache, dass sich aus den Akten nichts ergibt, was geeignet wäre, den Beweiswert des Gutachtens der C.____ in Zweifel zu ziehen, kann in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen) auf zusätzliche Abklärungen verzichtet werden. 10. 10.1 Mit der vorliegenden medizinischen Aktenlage ist ausgewiesen, dass seit der Verfügung vom 8. Juni 2017 (IV-Nr. 87) respektive seit dem diesem zugrundeliegenden B.____-Verlaufsgutachten vom 15. März 2016 (IV-Nr. 71) zufolge der Funktionseinschränkungen der rechten Hand muskuloskelettär eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingetreten ist. Die C.____-Gutachter haben dies in ihrem polydisziplinären Gutachten vom 19. November 2021 (IV-Nr. 105.1) aus fachärztlicher Sicht nachvollziehbar dargelegt. Verschlechtert haben sich danach im Vergleich zum B.____-Verlaufsgutachten vom März 2016 insbesondere die Funktionalität der rechten Hand muskuloskelettär. Konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise liegen nicht vor, weshalb darauf abzustellen ist (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.). Damit liegt eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage vor. Somit ist von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auch in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen. 10.2 Liegt ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. E. II. 3.1 hiervor). Gemäss den Administrativgutachtern besteht die vollständige Einschränkung der Beschwerdeführerin schon seit vielen Jahren, auch schon vor der letzten Begutachtung und Verfügung der IV im Jahr 2017 (IV-Nr. 105.1, S. 10). Die Beschwerdeführerin meldete sich am 24. April 2020 erneut bei der Invalidenversicherung an. Da die Erhöhung der Rente frühestens von dem Monat an erfolgt, in dem die versicherte Person das Revisionsbegehren gestellt hat (Art. 88 bis Abs. 1 lit. a IVV), hat die Beschwerdeführerin ab April 2020 Anspruch auf eine ganze

Invalidenrente. Dies führt zur Gutheissung der Beschwerde in genanntem Sinn. 11. 11.1 Die Beschwerdeführerin obsiegt und hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Ihre Vertretung macht mit Kostennote vom 23. März 2023 (A.S. 59 f.) einen Aufwand von 7.5 Stunden, einen Stundenansatz von CHF 230.00 und Auslagen von insgesamt CHF 71.20 geltend, was zu einer Kostenforderung von insgesamt CHF 1'934.51 führt. Die Höhe dieser Kostenforderung ist nicht zu beanstanden und die entsprechende Entschädigung ist zuzusprechen. 11.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. 11.3 Die Kosten der im vorliegenden Fall eingeholten gutachterlichen Stellungnahme der C.____ sind dem Versicherungsträger aufzuerlegen, wenn diese notwendig wurde, weil dieser den Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt hatte (vgl. BGE 139 V 496). Wie dargelegt, hatte die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch Einholung einer ergänzenden Stellungnahme schliessen musste. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Kosten der Stellungnahme der C.____ von CHF 770.00 zu bezahlen.

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