

SO_GERICHTE VSBES.2022.89 vom 10. Oktober 2022

SO Obergericht, 2022-10-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.89_d20221010

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.89 du 10 octobre 2022

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.89 del 10 ottobre 2022

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 1

Die Verfügung der IV vom 5. April 2022 sei aufzuheben.

E. 2

Die Sache sei zur Erhebung eines vollständigen (neuen) Gutachtens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

E. 3

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

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

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

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). 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 352 E. 3a). 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 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.

Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 352 ff. E. 3b). So ist einem im Rahmen des Administrativverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 104 V 212). 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).

5. Gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin habe es bei der Begutachtung durch Dr. med. C. ___ keine eigentliche fachspezifische Testung auf die diagnostizierte dissoziative Störung gegeben. Der Gutachter habe bloss eine «neurotische Störung» festgestellt. Er habe aber eingestehen müssen, dass er die dissoziative Störung nicht habe falsifizieren können. Die Beurteilung des Gutachters, es liege eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor, basiere auf der vorgenannten Diagnose einer neurotischen Störung. Dass damit die zentrale Diagnose ungeklärt sei, kommentiere der Gutachter auch in seiner Stellungnahme vom 3. November 2021 nicht weiter. Der Einbezug der dissoziativen Störung hätte aber zweifellos ein ganz anderes Bild ergeben. Laut der Stellungnahme von Dr. med. D. ___ beschreibe der Gutachter in seinem Gutachten, dass die Diagnose einer dissoziativen Persönlichkeitsstruktur («multiple Persönlichkeitsstörung») von einigen Behandlern nicht gestellt worden sei und auch Zweifel bezüglich der diagnostischen Einschätzung bei der IV vorgelegen seien. Dies sei gemäss Dr. D. ___ ein häufiges Phänomen, da die dissoziative Persönlichkeitsstruktur stark unterdiagnostiziert sei. Er verweise auf vielfältige Studien über die Prävalenz dissoziativer Störungen und erwähne, dass dissoziative Störungen sehr häufig erst nach einer langen psychiatrischen Behandlungsdauer diagnostiziert würden. Im konkreten Fall sehe er aber mittlerweile die Diagnose als gefestigt und mehrfach bestätigt an. D. ___ nicht weniger als 127 Konsultationen mit einer Zeitdauer von 60 - 75 min stattgefunden. Als behandelnder Arzt sage Dr. D. ___, es liege zumindest seit dem Zeitpunkt der Behandlungsaufnahme am 18. August 2020 eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % bis 100 % vor. Dr. D. ___ führe aus, dass sich Patienten mit dissoziativer Persönlichkeitsstruktur, wenn sie sich unsicher fühlten, komplett unauffällig verhalten könnten, dies für sie jedoch stark erschöpfend sei. Er verweise dazu auf Literatur und Forschung. Er erkläre damit die Fähigkeit, kurze Zeit gute Leistungen zu zeigen, dann aber zusammenzubrechen. Das sei mit Blick auf das Erlebte beim Aufbautraining bei der Beschwerdeführerin zwei Mal hintereinander dokumentiert. Im ganzen Kapitel

E. 5

Gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin habe es bei der Begutachtung durch Dr. med. C. ___ keine eigentliche fachspezifische Testung auf die diagnostizierte dissoziative Störung gegeben. Der Gutachter habe bloss eine «neurotische Störung» festgestellt. Er habe aber eingestehen müssen, dass er die dissoziative Störung nicht habe falsifizieren können. Die Beurteilung des Gutachters, es liege eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor, basiere auf der vorgenannten Diagnose einer neurotischen Störung. Dass damit die zentrale Diagnose ungeklärt sei, kommentiere der Gutachter auch in seiner Stellungnahme vom 3. November 2021 nicht weiter. Der Einbezug der dissoziativen Störung hätte aber zweifellos ein ganz anderes Bild ergeben. Laut der Stellungnahme von Dr. med. D. ___ beschreibe der Gutachter in seinem Gutachten, dass die Diagnose einer dissoziativen Persönlichkeitsstruktur («multiple Persönlichkeitsstörung») von einigen Behandlern nicht gestellt worden sei und auch Zweifel bezüglich der diagnostischen Einschätzung bei der IV vorgelegen seien. Dies sei gemäss Dr. D. ___ ein häufiges Phänomen, da die dissoziative Persönlichkeitsstruktur stark unterdiagnostiziert sei. Er verweise auf vielfältige Studien über die Prävalenz dissoziativer Störungen und erwähne, dass dissoziative Störungen sehr häufig erst nach einer langen psychiatrischen Behandlungsdauer diagnostiziert würden. Im konkreten Fall sehe er aber mittlerweile die Diagnose als gefestigt und mehrfach bestätigt an. D. ___ nicht weniger als 127 Konsultationen mit einer Zeitdauer von 60 - 75 min stattgefunden. Als behandelnder Arzt sage Dr. D. ___, es liege zumindest seit dem Zeitpunkt

der Behandlungsaufnahme am 18. August 2020 eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % bis 100 % vor. Dr. D.____ führe aus, dass sich Patienten mit dissoziativer Persönlichkeitsstruktur, wenn sie sich unsicher fühlten, komplett unauffällig verhalten könnten, dies für sie jedoch stark erschöpfend sei. Er verweise dazu auf Literatur und Forschung. Er erkläre damit die Fähigkeit, kurze Zeit gute Leistungen zu zeigen, dann aber zusammenzubrechen. Das sei mit Blick auf das Erlebte beim Aufbautraining bei der Beschwerdeführerin zwei Mal hintereinander dokumentiert. Im ganzen Kapitel

E. 7

des Gutachtens, so Dr. D.____, verweise der Gutachter mehrmals darauf, dass das Vorliegen einer dissoziativen Störung weder falsifiziert noch verifiziert werden könne. Dies sei jedoch eine zentrale Frage gewesen, die beim medizinischen Sachverhalt von der IV gestellt worden sei. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hänge aus Sicht von Dr. D.____ davon ab, ob die Diagnose einer multiplen Persönlichkeitsstörung erfüllt sei oder nicht. Der Gutachter habe dies selber nicht explizit untersucht, er habe keine Testungen und keine intensivere Exploration zu dissoziativen Symptomen durchgeführt. Es erscheine fragwürdig, wie eine Aussage zur Arbeitsfähigkeit gemacht werden könne, wenn der Gutachter zu der hauptsächlich für die Arbeitsunfähigkeit vorhandenen Diagnose, zumindest nach der Sicht der aktuellen behandelnden Ärzte, keine Stellung beziehen könne. Dr. med. D.____ fasse seine Qualifikation und auch die Form der Testung zusammen. Er beschreibe auch detailliert seine Abklärungen und Testungen, die er nota bene auch nicht allein gemacht habe. Nach ihm erfülle die Beschwerdeführerin sämtliche Kriterien, wie sie vom ICD-11 oder DSM-5 zur Diagnose einer dissoziativen Identitätsstörung gefordert würden, sowie im ICD-10 die Kriterien für eine multiple Persönlichkeitsstörung. Um die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin beurteilen zu können, bräuchte es nach dem Arzt eine diagnostische Exploration zu dissoziativen Symptomen. Diese sei durch ihn als auf die Behandlung von Traumafolgestörungen spezialisiertem Arzt bereits erfolgt und er komme zum Schluss, dass die Leistungsfähigkeit weitgehend aufgehoben sei. Wenn die Abklärungen von Dr. D.____ in ihrer Glaubwürdigkeit angezweifelt würden, so wäre aus seiner Perspektive zur Würdigung der vorliegenden Arztberichte und Diagnostik zumindest eine Überprüfung der Befunde durch eine unabhängige Stelle im Rahmen des Gutachtens nötig. Um den Zustand der Beschwerdeführerin zuverlässig vollständig erfassen zu können, sei ein neues Gutachten nötig, das die offenen Fragen beantworte, also Diagnosen stelle (oder verbindlich falsifiziere). Das Gutachten sei daher nicht nur unvollständig, sondern auch mangelhaft. Der Gutachter hätte die erhobene Diagnose der dissoziativen Persönlichkeitsstörung erheben müssen. Wenn er dazu mehr Aufwand gehabt hätte, hätte er diesen halt treiben müssen. Wäre eine Testung nötig gewesen, hätte er diese durchführen müssen. Hätte er gemerkt, dass er dazu nicht qualifiziert sei, weil das Krankheitsbild zu spezifisch sei, hätte er mit der IV Rücksprache zu nehmen gehabt, um das Vorgehen zu klären. Entweder hätte er das Gutachten abgeben oder jemanden hinzuziehen müssen, der die Testdiagnostik beherrsche. Es werde daher eine Neubegutachtung durch einen Psychiater beantragt, der oder die das Krankheitsbild kenne und nachweislich qualifiziert sei, dieses zu diagnostizieren.

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die Abklärungen hätten ergeben, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht keine medizinische Diagnose vorliege, welche eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit begründe. Es sei der Beschwerdeführerin somit weiterhin möglich und zumutbar, ihrer bisherigen Tätigkeit als Sachbearbeiterin oder

jeder anderen Tätigkeit nachzugehen und ein entsprechendes und Renten ausschliessendes Einkommen zu erwirtschaften. Es liege demnach keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vor. Sodann weise der Gutachter Dr. med. C.____ darauf hin, dass Dr. med. D.____ in seiner Stellungnahme an seiner Diagnose und seiner Einschätzung zur Arbeitsunfähigkeit festhalte, ohne dabei neue, allfällig bislang unbekannte Informationen zu dokumentieren. Eine andere Beurteilung sei schon aus diesem Grund nicht möglich. Ausserdem formuliere der Behandler verkürzt und damit unzutreffend, wenn er annehme, dass im Gutachten die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit alleine gestützt auf der nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestätigten Diagnose beruhe. Die Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit sei vielmehr aufgrund sämtlicher Informationen, vor allem der Akten, der Befragung, der Exploration, der Testpsychologie und gestützt auf die Fremdanamnese zustande gekommen. Weitere Abklärungen seien nicht zielführend, weshalb darauf zu verzichten sei. Des Weiteren sei unklar, weshalb Dr. med. D.____ eine weitere Begutachtung verlange, nachdem er im aktuellen Bericht und bereits in seinem theoretischen Exkurs im Verlaufsbericht vom 7. Juli 2021 darauf hinweise, dass anlässlich einer gutachterlichen Untersuchung das (Voll-)Bild der Störung nicht zu erfassen sei. Der Umstand, dass ein Administrativgutachten und die Berichte der behandelnden (Fach-) Ärzte in Bezug auf Diagnose und Einschätzung der noch zumutbaren Arbeitsfähigkeit diametral voneinander abwichen, heisse zudem nicht, dass das Gutachten jeweils in Frage zu stellen sei und weitere Abklärungen erforderlich seien. Dafür müssten sich aus den Arztberichten konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens ergeben (Urteil des Bundesgerichts 9C_751/2018 vom 25. Januar 2019 E.4.2), d.h. objektiv feststellbare Gesichtspunkte, die von den Experten nicht erkannt oder gewürdigt worden und geeignet seien, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen. Dies sei hier aber gerade nicht der Fall. Dr. med. C.____ habe sich mit den Berichten von Dr. med. D.____ detailliert befasst. Ausserdem habe der Gutachter die Beurteilung im Kontext der gesamten Lebens- und Behandlungsbiographie der Versicherten gewürdigt und sowohl ressourcenfördernde als auch -raubende Umstände bei der Festlegung der Restarbeitsfähigkeit miteinbezogen. Dr. med. C.____ zeichne schliesslich nachvollziehbar ein Gesamtbild, welches an der diagnostischen Einordnung durch Dr. med. D.____ Zweifel aufkommen lasse. Sodann werde im Gutachten überzeugend erörtert, dass sich die Diagnose einer multiplen Persönlichkeitsstörung nicht zweifelsfrei herleiten lasse. Dies überzeuge, setze die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung doch definitionsgemäss einen Beginn in der Kindheit oder frühen Jugend voraus. Ein weiteres Indiz, welches gegen das Vorliegen der strittigen Diagnose spreche, sei die konstante Erwerbsbiographie der Versicherten, insbesondere die langjährige Tätigkeit bei der letzten Arbeitgeberin. Die Leistung der Versicherten als alleinerziehende Mutter zweier Kinder und gleichzeitig als Erwerbstätige über viele Jahre hinweg, lasse ebenfalls Zweifel an einem seit Kindheit bestehenden, schweren Gesundheitsschaden aufkommen. Des Weiteren sei der Vorwurf, wonach die nicht eindeutige Bestätigung oder Falsifizierung der Diagnose, den Beweiswert des in Frage stehenden Gutachtens reduziere, nicht stichhaltig. Im Gegenteil werde die Beweiskraft eines Gutachtens durch das Bewusstsein des Gutachters um die Schwierigkeiten bei der Einschätzung der Situation sogar erhöht (Urteil des Bundesgerichts 9C_464/2013 vom 11. Oktober 2013 E. 3.2.3; Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn vom 20. Juni 2022 VSBES.2021.147 E. 4.6.1.3). Könne ein invalidisierendes Leiden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ermittelt werden, wirke sich dies zu Lasten der Versicherten aus und es dürfe auf weitere Abklärungen verzichtet werden (antizipierte

Beweiswürdigung; Urteil des Bundesgerichts 8C_787/2021 vom 23. März 2022 E. 14.3). Schliesslich komme es im Rahmen der Invaliditätsbemessung grundsätzlich nicht auf die Diagnose, sondern einzig darauf an, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit habe. Massgebend sei der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik (Urteil des Bundesgerichts 9C_361/2016 vom 22. August 2016 E. 4.2.1). Wie Dr. med. C.____ einleuchtend dargelegt habe, könne das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens mit der Folge einer vollen Arbeitsunfähigkeit, wie dies von Dr. med. D.____ postuliert werde, anhand der Prüfung der massgeblichen Indikatoren nicht bestätigt werden.

6. Strittig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf weitere berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente zu Recht abgewiesen hat. Diesbezüglich sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen von Belang:

6.1 Im Bericht von Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie FMH, vom 21. September 2018 (IV-Nr. 5, S. 12) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Die Beschwerdeführerin habe sich sozial zurückgezogen, sie mache kurze Velofahrten, erledige den Haushalt für sich und die erwachsene gehörlose Tochter. Daneben telefoniere sie ab und zu mit ihrem Lebenspartner, aber auch dies sei gerade auf ein Minimum beschränkt, da er in einer psychiatrischen Institution zur Behandlung einer Erschöpfungsdepression sei. Sie sei oft auf dem Balkon und versuche einfach, etwas zu lesen, sich an den Pflanzen zu freuen und ein Zimmer der Wohnung so herzurichten, da sie sich darin gut entspannen könne. Viel machen könne sie noch nicht, da sie schnell müde werde und sich wieder hinlegen müsse. Die Beschwerdeführerin sei vom 25. August 2018 bis zum 12. Oktober 2018 100 % arbeitsunfähig. Eine langsame Erhöhung des Arbeitspensums und eine Anpassung der Aufgaben im Arbeitsfeld sowie möglicherweise eine Anpassung der Arbeitsprozente wären hilfreich.

6.2 Im Bericht der E.____ vom 1. März 2019 (IV-Nr. 17) wurde ausgeführt, in der Zusammenschau von Familienanamnese, Selbst- und Fremdanamnese, der psychodiagnostischen Ergebnisse und der aktuellen klinischen Beurteilung betrachtet, würden die diagnostischen Kriterien für die Diagnose einer adulten ADHS erfüllt. Im Vordergrund stünden Symptome in den Bereichen Aufmerksamkeitsstörung, Hyperaktivität, Impulsivität, Desorganisation und Affektlabilität.

6.3 Im Austrittsbericht der Klinik F.____ vom 12. April 2019 (IV-Nr. 17) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Im Hinblick auf die Symptomatik habe bei Eintritt das hohe vegetative Hyperarousal mit kognitiven Einschränkungen (Konzentration, Merkfähigkeit) und Antriebslosigkeit imponiert. Dementsprechend sei der Fokus zunächst auf die Vermittlung verschiedener Entspannungstechniken (z. B. PMR, AT und MBSR) gelegt worden, um das Stressniveau zu senken und die Beschwerdeführerin in eine regelmässige Tagesstruktur einzubinden, um der Antriebslosigkeit entgegen zu wirken. Insgesamt habe sich ein gutes Ansprechen auf die vermittelten Techniken entwickelt, so dass die Beschwerdeführerin etwas ruhiger und weniger angespannt gewirkt habe. Anlässlich von beruflichen Belastungsfaktoren (hohes Überforderungserleben bei Übernahme eines zusätzlichen Projektes) habe die Beschwerdeführerin insbesondere zu Beginn der Behandlung noch mit Rückzug und unterschwelliger Gereiztheit reagiert. Mit den steigenden Anforderungen an ihrem

Arbeitsplatz habe sie eine depressive Symptomatik entwickelt. Zunehmend habe sie die Grenzen der persönlichen Leistungsfähigkeit entwickelt. Dies sei diametral zum bisher erlebten Selbstbild wahrgenommen worden, so dass hieraus eine Labilisierung der Selbstwertregulation und eine persönliche Verunsicherung resultiert hätten. Es sei deutlich geworden, dass das Gefühl der Wertlosigkeit seinen Ursprung in der Kindheit habe, wo sie eine mangelnde Anerkennung der eigenen Person erfahren habe (Aussenseiter unter Gleichaltrigen), die zur Labilisierung der Selbstwertregulation und persönlicher Verunsicherung geführt habe. Es dürfe vermutet werden, dass die rezidivierende depressive Symptomatik vor dem Hintergrund einer seit länger bestehenden ADHS und ungünstigen innerfamiliär prägenden Faktoren (fehlende emotionale Stützung, wenig emotionale Resonanz) entstanden sei. Vor dem biografischen Hintergrund sei die Beschwerdeführerin nicht in der Lage gewesen, ein positives und stabiles Selbstwertgefühl aufzubauen, woraus resultiere, dass sie insbesondere in Belastungs- und Anforderungssituationen in depressive Bewältigungsmuster falle, die eine angemessene Problembewältigung stark behinderten. Aufrechterhaltende Faktoren der depressiven Symptomatik seien vor allem vor dem Hintergrund von Überforderungs- und Belastungssituationen im privaten als auch im beruflichen Bereich zu sehen. Die Beschwerdeführerin verlasse die Klinik in einem insgesamt verbesserten psychophysischen Zustand. Die anfängliche Affektlabilität und depressive Symptomatik seien deutlich abgeklungen. Man attestiere der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die Zeit des stationären Aufenthaltes und darüber hinaus bis zum 19. April 2019. Die Arbeitsfähigkeit sei weiter zu evaluieren. Es werde ein sukzessiver beruflicher Wiedereinstieg mit reduziertem Arbeitspensum von zunächst 20 % und darüber hinaus eine langsame Steigerung des Arbeitspensums je nach Verlauf und nach dem Ermessen des Nachbehandlers empfohlen. Die Beschwerdeführerin habe über viele Jahre die psychopharmakologische Behandlung ihrer psychisch erkrankten Mutter negativ miterlebt und dadurch eine sehr medikamentenkritische Einstellung entwickelt. Trotzdem sei es möglich gewesen, die Beschwerdeführerin zur Einnahme von Johanniskraut in therapeutisch wirksamer Dosierung zu motivieren, was sich positiv auf die Stimmung auswirke.

6.4 Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie FMH, hielt in seinem Bericht vom 7. August 2020 (IV-Nr. 63) fest, aufgrund der jüngsten Integrationserfahrungen und bei bestehender Doppeldiagnose (ADHS und F33) sei von einer längerfristigen Arbeitsunfähigkeit von 60 % auszugehen. Bei einem höheren Pensum als 40 % sei es in verschiedenen Situationen immer zur Überlastung gekommen. Bei angepasster Tätigkeit (gut strukturierte und klar definierte Arbeitsinhalte) könne von einer Arbeitsfähigkeit von 40 % ausgegangen werden.

6.5 Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 16. November 2020 (IV-Nr. 72) folgende Diagnosen:

Zur Begründung führte Dr. med. D.____ aus, bei der Beschwerdeführerin seien bis zum Zeitpunkt der Untersuchung eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1), eine rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradige depressive Episode (F33.1) sowie eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0) diagnostiziert worden. Die testpsychologischen Abklärungen seien an zwei verschiedenen Terminen (5. und 13. Oktober 2020) à jeweils 3 ¼ Stunden respektive einer Stunde erfolgt. Im Rahmen der Untersuchung sei es bei der Beschwerdeführerin wiederholt zu dissoziativen Zuständen gekommen (die Beschwerdeführerin habe sich die ganze Untersuchungszeit über in einem leichten Depersonalisationszustand befunden, was es ihr teilweise erschwert habe, dem

Interview zu folgen, allenfalls müsse auch von kurzfristigen dissoziativen Amnesien ausgegangen werden, da sie mehrfach die gestellten Fragen vergessen habe). Neben den offiziellen Fragen des SCID-D Interviews habe der Untersucher auch zwischendurch direkt ins System gefragt, wobei es jedes Mal zu einer Aktivierung verschiedener Persönlichkeitsanteile gekommen sei. Diese hätten sich nicht in offensichtlichen Switches gezeigt, aber durch verbale oder körperliche (z.B. Hand heben) Rückmeldungen innerhalb des Systems. Der durchgeführte SKID-D Test habe folgende dissoziativen Hauptsymptome (Einstufung von nicht vorhanden, leicht, mässig, schwer) ergeben: Amnesie ■ schwer, Depersonalisation ■ schwer, Derealisation ■ schwer, Identitätsunsicherheit ■ schwer, Identitätsänderung ■ schwer. Gemäss den SCID-D-Kriterien erfülle die Beschwerdeführerin die Kriterien (gemäss dem DSM) für eine dissoziative Identitätsstörung. Durch die Ausschlusskriterien könnten die üblichen Differentialdiagnosen wie Schizophrenie oder Borderline-Persönlichkeitsstörung ausgeschlossen werden. Nicht enthalten im SCID-D seien Fragen zu weiteren dissoziativen Störungen, insbesondere jene, welche im ICD-10 als somatoforme dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) festgehalten seien, namentlich dissoziative Bewegungsstörungen, Krampfanfälle, Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen, ebenso der dissoziative Stupor. Diese Störungen seien entsprechend bei der Untersuchung nicht berücksichtigt worden und müssten zusätzlich exploriert werden. Ausgeschlossen werden könne, gemäss dem SCID-D, eine «Nicht näher bezeichnete dissoziative Störung» im Sinne einer DDNOS Typ 1a oder 1b, welche als Subtyp der DIS gälten. Die entscheidenden Kriterien seien dabei das Fehlen von Amnesien für wichtige persönliche Informationen (Typ 1b) oder dass die Persönlichkeitsanteile zu wenig voneinander abgrenzbar seien (Typ 1a). Beide Kriterien seien bei der Beschwerdeführerin aber gegeben. Gemäss dem DSM (an welchem sich der SCID-D orientiere) könnten keine weiteren dissoziativen Störungen mehr diagnostiziert werden, wenn eine dissoziative Identitätsstörung vorliege, da diese dieser inhärent seien. Nach dem ICD-10 hingegen sei zumindest das Depersonalisations- und Derealisationssyndrom nicht als dissoziative Störung im engeren Sinne einzustufen, sondern werde unter den neurotischen Störungen aufgelistet. Deshalb würden sowohl die dissoziative Identitätsstörung als auch ein Depersonalisations- und Derealisationssyndrom als Diagnosen gestellt.

6.6 Im Austrittsbericht der Klinik F.____ vom 17. Dezember 2020 (IV-Nr. 77) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Zu Beginn der Behandlung sei die Beschwerdeführerin durch ihre aktuelle Lebenssituation belastet aufgetreten. In der Einzelpsychotherapie sei der Schwerpunkt der Behandlung eines für die Beschwerdeführerin nachvollziehbaren Krankheitsmodells der aktuellen Symptomatik (Wiederholung) unter Einbeziehung der Diagnose ADHS gelegen. Zum einen habe sie von der belastenden Alltagsgestaltung berichtet, durch die sie sowohl eine ausgeprägte Langeweile als auch eine innere Unruhe und Überforderung vor dem Hintergrund ausgeprägter fordernder innerer Kritiker bzw. dysfunktionaler internalisierter Eltern-Modi verspüre. Dies werde im Zusammenhang mit der komorbid vorliegenden ADHS (bisher medikamentös unbehandelt) und der damit zusammenhängenden Ungewissheit, was u. a. auch die berufliche Perspektive anbelange, gesehen. Im klinischen Alltag seien zudem Defizite hinsichtlich sozialer Kompetenzen aufgefallen. Die Beschwerdeführerin habe von weiterhin bestehenden Schwierigkeiten im Kontakt mit Menschen berichtet. Entweder passe sie sich an oder reagiere «rebellisch». Auch das Gefühl

des «Nichtdazugehörens» sei von ihr thematisiert worden. Dennoch sei es ihr im Verlauf gelungen, die anfängliche Unsicherheit und Zurückhaltung zum Teil abzustreifen und sie habe bzgl. ihrer Selbstwahrnehmungen, durch Realitätstestung bzw. direktes Ansprechen der Mitpatienten, korrektive Erfahrungen gemacht, was in der Folge zu einer Verbesserung der Selbstwirksamkeit geführt habe. Das psychophysische Zustandsbild der Beschwerdeführerin habe sich im Zuge der Behandlung stabilisiert. Sie habe von mehreren Therapiebausteinen gut profitieren können. Positive Sozialkontakte hätten der Beschwerdeführerin Antrieb gegeben. Zudem habe sich der Schlaf gebessert. Eine leichte Erschöpfung persistiere. Während des gesamten Aufenthaltes hätten sich keine Hinweise auf eine PTSD ergeben. Man habe der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit zu 100 % vom 4. November 2020 bis und mit 13. Dezember 2020 attestiert.

6.7 Mit Bericht vom 7. Juli 2021 (IV-Nr. 97) stellte Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen:

Eine dissoziative Identitätsstruktur entwickle sich nach aktuellem Forschungsstand bereits in der frühen Kindheit. In den meisten Fällen durch frühkindliche Traumatisierungen, die jedoch aufgrund der Dissoziation oft nicht oder nur in einem sehr kleinen Umfang erinnert werden könnten. Dissoziation sei ein Schutzmechanismus, der es den Patienten ermögliche zu funktionieren, um nicht aufzufallen, da Anpassung in schwierigen sozialen Kontexten notwendig sei, um weitere Traumatisierungen soweit wie möglich zu verhindern. Oftmals seien durch diese funktionierenden Anteile Menschen mit einer dissoziativen Identitätsstruktur in der Lage, zunächst im Alltag auch immer wieder zu funktionieren, sie benötigten dafür jedoch mehr Energie, sodass es immer wieder zu krisenhaften Entwicklungen komme. Es sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit schon seit vielen Jahren in wechselhaftem Ausmass beeinträchtigt sei, die Beschwerdeführerin durch die angepassten Persönlichkeitsanteile für gewisse Zeiträume jedoch in der Lage sei, ganz normal zu funktionieren, diese Funktion jedoch nicht langfristig aufrechterhalten könne, da bei Triggern oder in Phasen erhöhter Anstrengung rasch traumanahere Anteile aufbrächen. Dadurch komme es immer wieder zu krisenhaften Entwicklungen, durchbrechenden Affekten, wie es sich in der Biografie der Beschwerdeführerin deutlich zeige. Da Dissoziation sehr anstrengend sei und einen hohen Anteil der mentalen Energie verbräuche, stehe für die Bewältigung des Alltages weniger Energie zur Verfügung und oftmals dekompenzierten Patienten mit dissoziativen Störungen im Verlaufe des Erwachsenenalters. Das Entwickeln einer dissoziativen Identitätsstruktur sei eine hohe Leistung des Gehirnes und nach aktueller Studienlage entwickelten vor allem intelligente, kreative und sehr empathische Kinder eine solche dissoziative Identitätsstruktur, wenn sie in einer traumatisierenden Umgebung aufwüchsen. Wenn sich die Beschwerdeführerin nicht ausreichend sicher fühle, so wechsele sie bis zu einer spezifischen Therapie für dissoziative Störungen, automatisiert in einen funktionalen und unauffälligen Alltagsanteil, der jedoch aufgrund des hohen Energieverbrauchs um das innere System zu regulieren, dann rasch in emotionale Erschöpfungszustände und Depressionen gerate. Anpassung und Erfüllung von Leistungsanforderungen seien oftmals die zentrale Überlebensstrategie in unsicheren Umgebungen gewesen. Aufgrund der vielfältigen Traumatisierungen empfinde sie fast alle zwischenmenschlichen Kontakte als unsicher, sodass zwischenmenschliche Kontakte an und für sich anstrengend seien. Zusammenfassend sei davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin schon seit langer Zeit eine reduzierte Belastbarkeit vorhanden sei, die sie jedoch immer wieder auch aufgrund ihrer im Alltag funktionierenden Anteile habe

kompensieren können, ihr dies jedoch seit ihrer letzten Arbeitsstelle nicht mehr gelinge. Dies sei ein häufiger Verlauf bei einer dissoziativen Identitätsstörung. Seit dem Verlust der letzten Arbeitsstelle sei rückwirkend mit hoher Wahrscheinlichkeit von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Seit Behandlungsbeginn beim Referenten liege jedenfalls eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor.

6.8 Dr. med. C.____ diagnostizierte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 14. September 2021 (IV-Nr. 103.2) eine neurotische Störung (F48.8). Weiter führte er aus, aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin und ihres behandelnden Psychiaters könne aus versicherungspsychiatrischer Sicht die Diagnose einer dissoziativen Identitätsstörung (DIS) weder verifiziert noch falsifiziert werden. Anlässlich der gutachterlichen Untersuchungen am 8. und 22. Juni 2021 zeigten sich vor allem rezidivierende Zustände von heftiger Emotionalität, die von der versicherten Person, der G.____ und dem Psychiater einem «kindlichen Anteil» zugerechnet würden. Weitere relevante Symptome liessen sich zu beiden Zeitpunkten nicht objektivieren. Sie würden ausser von den aktuell behandelnden Fachpersonen auch in den Akten ab 2008 (inkl. während einer stationären Behandlung vom 4. November bis 5. Dezember 2020, d. h. nach Stellung der Diagnose DIS) nicht beschrieben. Das phänomenologisch bunte psychiatrische Beschwerdebild könne allgemein als neurotische Störung (F48.8) eingeordnet werden. Im Vordergrund stehe dabei seit 2005 ein neurasthenisches Syndrom, das rezidivierend zur subjektiv erlebten Minderung der Arbeitsfähigkeit führe (zuletzt beim Arbeitsversuch 2019/2020 beim H.____ in [...]). Eine weitere Bestimmung sei jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit möglich. Wenn nicht auf die Einschätzung des behandelnden Psychiaters abgestellt werde, könnten keine aus versicherungspsychiatrischer Sicht relevante Störung und somit auch keine relevanten objektiven Beeinträchtigungen mit Negativfolgen begründet werden. Demnach könne keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit postuliert werden.

6.9 Mit Stellungnahme vom 19. September 2021 (IV-Nr. 110) führte Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, der Gutachter beschreibe in seinem Gutachten, dass die Diagnose einer dissoziativen Persönlichkeitsstruktur («multiple Persönlichkeitsstörung») von einigen Behandlern nicht gestellt worden sei und auch Zweifel bezüglich der diagnostischen Einschätzung bei der IV vorgelegen seien. Dies sei ein häufiges Phänomen, da die dissoziative Persönlichkeitsstruktur stark unterdiagnostiziert sei. Dies zeigten vielfältige Studien über die Prävalenz dissoziativer Störungen (z.B. Gast 2001). Sehr häufig würden dissoziative Störungen erst nach einer langen psychiatrischen Behandlungsdauer diagnostiziert. Dass sich Patienten mit dissoziativer Persönlichkeitsstruktur, wenn sie sich unsicher fühlten, komplett unauffällig verhalten könnten, dies jedoch für sie stark erschöpfend sei, sei aus Literatur und Forschung bekannt. Aus diesem Grund könnten Menschen mit dissoziativer Persönlichkeitsstruktur oftmals kurzfristig weitestgehend normale Leistungen erbringen, erschöpften sich jedoch dabei, wodurch es dann zu Erschöpfungszuständen und häufig auch depressiven Episoden komme. Es bestehe eine 98%ige Komorbidität von Menschen mit dissoziativer Persönlichkeitsstruktur mit Depressionen. Im ganzen Kapitel 7 des Gutachtens verweise der Gutachter mehrmals darauf, dass das Vorliegen einer dissoziativen Störung weder falsifiziert noch verifiziert werden könne. Dies sei jedoch eine zentrale Frage gewesen, die beim medizinischen Sachverhalt von der IV gestellt worden sei, ob eine entsprechende Klinik zur Testdiagnostik vorliege. Es könne nach Angaben des Gutachters nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von dem Vorliegen einer dissoziativen Störung

ausgegangen werden. Darauf stütze der Gutachter eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ab. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hänge jedoch aus der Perspektive von Dr. med. D.____ davon ab, ob die Diagnose einer multiplen Persönlichkeitsstörung erfüllt sei oder nicht. Der Gutachter habe dies selber nicht explizit untersucht, er habe keine Testungen und keine intensivere Exploration zu dissoziativen Symptomen durchgeführt. Es erscheine fragwürdig, wie eine Aussage zur Arbeitsfähigkeit gemacht werden könne, wenn der Gutachter zu der hauptsächlich für die Arbeitsunfähigkeit vorhandenen Diagnose, zumindest nach der Sicht der aktuellen behandelnden Ärzte, keine Stellung beziehen könne. Bei ihm, Dr. med. D.____, als behandelndem Psychiater (mit einer Spezialisierung auf Traumatherapie in Praxis und als Dozent) hätten mittlerweile rund 80 Konsultationen stattgefunden, durch die die Diagnose auch in ihrer Klinik gestützt und beobachtet worden sei. Bei Herrn lic. phil. I.____ habe eine intensive Testdiagnostik stattgefunden (ebenfalls auf Traumafolgestörungen spezialisiert), um die beobachtete Klinik zu objektivieren mit einem klaren Resultat in dem testdiagnostischen Goldstandard (SKID-D). Um die Arbeitsfähigkeit der Patientin beurteilen zu können, bräuchte es aus der Perspektive von ihm als behandelndem Arzt eine diagnostische Exploration zu dissoziativen Symptomen. Diese sei durch die auf die Behandlung von Traumafolgestörungen spezialisierte Praxis bereits erfolgt. Wenn diese in ihrer Glaubwürdigkeit angezweifelt werde, so wäre aus seiner Perspektive zur Würdigung der vorliegenden Arztberichte und Diagnostik zumindest eine Überprüfung der Befunde durch eine unabhängige Stelle im Rahmen des Gutachtens sinnvoll.

6.10 Mit Stellungnahme vom 3. November 2021 (IV-Nr. 119) hielt der psychiatrische Gutachter, Dr. med. C.____, fest, Dr. med. D.____ halte im Fall der versicherten Person an seiner Diagnose einer «dissoziativen Persönlichkeitsstruktur (multiple Persönlichkeitsstörung)» und an seiner Einschätzung zur Arbeitsunfähigkeit fest, ohne neue, allfällig bislang unbekannte Informationen zu dokumentieren. Dr. med. D.____ stelle fest, dass gemäss Gutachten vom 14. September 2021 aus versicherungspsychiatrischer Sicht diese diagnostische Einschätzung im Fall der versicherten Person nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestätigt werden könne. Er formuliere jedoch verkürzt und damit unzutreffend, wenn er annehme, dass allein darauf im Gutachten die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit erfolge. Die Einschätzung zur funktionellen Leistungsfähigkeit der versicherten Person erfolge aufgrund aller Informationen (v. a. Akten, Befragung, Exploration, Testpsychologie, Fremdanamnese), die zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens vorlägen. Schliesslich bleibe unklar, weshalb Dr. med. D.____ eine weitere Begutachtung verlange, nachdem er im aktuellen Bericht und bereits in seinem theoretischen Exkurs im Verlaufsbericht vom 7. Juli 2021 darauf hinweise, dass anlässlich einer gutachterlichen Untersuchung das (Voll-) Bild der Störung nicht zu erfassen sei. Hinzu komme, dass jeweils verschiedene Persönlichkeitsanteile in Erscheinung träten und somit auch Kompetenzen sichtbar würden, die aber nicht nachhaltig zur Verfügung stünden. Es sei aus diesen Hinweisen zu schliessen, dass die Diagnose weder verifiziert noch falsifiziert werden könne.

6.11 Im Austrittsbericht des Spitals J.____, K.____, vom 30. März 2022 (IV-Nr. 126, S. 2) wurden folgende Diagnosen gestellt:

A.a

Die Beschwerdeführerin sei durch ihren ambulanten Therapeuten, Dr. D.____, zur stationären Krisenintervention zugewiesen worden. Sie sei aktuell sehr belastet durch eine

bevorstehende Anmeldung beim Sozialamt. Sie vernachlässige zunehmend ihren Haushalt und ihre Ernährung und sei von den Gefühlen ihrer verschiedenen Anteile überfordert. Es hätten sich zunehmend Suizidgedanken entwickelt, sie habe jedoch auch schützende Anteile, so dass keine akute Gefährdung vorliege. Sie benötige Zeit, in der sie sich weniger um die Selbstversorgung kümmern müsse und sich erholen könne. Zu Beginn habe sie sich ängstlich und unsicher betreffend den stationären Aufenthalt gezeigt. Sie habe über Reizfaktoren berichtet, die ihre traumatisierten Anteile stark triggern könnten. Zur Abschirmung habe sie sich viel ins Zimmer zurückgezogen. Das Angebot eines Einzelzimmers, möglicher Rückzug sowie nur bedingte Teilnahme in Therapieprogrammen am Anfang habe ihr Sicherheit vermittelt. Unter diesen Bedingungen sei es ihr gelungen, sich in die Tagesstruktur der Station zu integrieren und sich auch in der Patientengruppe wohl zu fühlen. Ihr sei es sehr wichtig gewesen, ihre Autonomie nicht zu verlieren und Verantwortung zu übernehmen. Gleichzeitig sei es ihr wichtig gewesen, bei Bedarf vom Behandlungsteam Unterstützung einzufordern. Während des stationären Aufenthalts habe sie sich bemüht, selbständig die Anmeldung bei Sozialdienst zu erledigen. Nach Verbesserung des psychischen Zustandes habe sich die Beschwerdeführerin für den Austritt entschieden. Die G.____ und der Termin mit dem ambulanten Psychiater reichten zurzeit als Stütze und Struktur.

6.12 Mit Stellungnahme vom 14. Mai 2022 (Beschwerdebeilage 4) führte Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ergänzend aus, mittlerweile sei die Diagnose einer dissoziativen Persönlichkeitsstruktur («multiple Persönlichkeitsstörung») von zwei Kliniken, in die die Beschwerdeführerin aufgrund zunehmender Suizidalität habe eintreten müssen, bestätigt worden. Seit August 2020 hätten bei ihm 127 Konsultationen mit einer Zeitdauer von 60 - 75 Minuten stattgefunden. Eine Reduktion des Behandlungssettings auf weniger als zwei Stunden pro Woche oder Ferien des Behandlers führten in der aktuellen instabilen Phase der Beschwerdeführerin jeweils zu einer Destabilisierung. Sie sei teilweise schwer in der Lage, ihren Haushalt selber zu erledigen und für sich zu kochen, sie sei nicht in der Lage, die Beziehung zu ihrem Partner zu leben, wie sie es möchte (kein Körperkontakt möglich, wenig emotionale Nähe, ein Zusammenziehen sei nicht möglich). Sie gerate bei vielfältigen Triggern und Themen rasch in Überforderung und in Gefühlsüberflutungen, so dass sie in der Gestaltung ihres Alltags stark eingeschränkt sei. Sie sei in zwischenmenschlichen Beziehungen stark verunsichert und misstrauisch. Sie gerate immer wieder in starke Anspannungszustände, da sie z.B. die finanzielle Unsicherheit, die Angst ihre Wohnung nicht behalten zu können, kaum aushalten könne, sich jedoch gleichzeitig nicht traue, die Themen zu klären, da sie niemandem zur Last fallen möchte und Angst vor Ablehnung habe. Es gelinge ihr nicht, Bus zu fahren, da sie nicht genug Abstand zu anderen Leuten haben könne. In den Sitzungen dissoziiere sie immer wieder, sei kaum noch ansprechbar, könne sich an grosse Teile des Gesprächs nicht erinnern. Bei der Beschwerdeführerin bestehe eine chronische Suizidalität, die in den letzten Monaten noch weiter zugenommen habe und die zu zwei Klinikaufenthalten geführt habe, auch weil sie nicht mehr in der Lage gewesen sei, die Selbstfürsorge zu übernehmen. Die L.____ habe aus diesem Grund über den klinikeigenen Sozialdienst auch einen Mahlzeitendienst und eine Haushaltshilfe organisiert.

7. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in ihrem Entscheid im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C.____ vom 14. September 2021 (IV-Nr. 103.2) sowie dessen Stellungnahme vom 3. November 2021 (IV-Nr. 119) ab, weshalb nachfolgend

deren Beweiswert zu prüfen ist.

7.1 Der psychiatrische Gutachter setzt sich in seinem Gutachten schlüssig mit den möglichen Diagnosen der Beschwerdeführerin auseinander und stützt seine Ausführungen auf eine eingehende Befund- und Anamneseerhebung (vgl. IV-Nr. 103.2, S. 17 ff. und 26 ff.). Er führt diesbezüglich aus, im Fall der Beschwerdeführerin stehe ab 2005 ein subjektives (neurasthenisches) Erschöpfungssyndrom im Vordergrund. Dies werde 2008 und 2010 als unspezifisches chronisches Müdigkeitssyndrom eingeordnet. 2015 ereigne sich eine psychische Dekompensation in Form eines depressiven Syndroms. Dessen Zuordnung zu einer depressiven Episode gemäss ICD-10 F32 könne jedoch nicht bestätigt werden. Unabhängig davon, dass die Diagnose nicht mit Bezug zu den Kriterien des Klassifikationssystems erörtert werde, würden auch keine relevanten objektiven psychopathologischen Befunde beschrieben. Die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin widerspreche ebenfalls einer solchen Zuordnung. Das depressive Syndrom remittiere, die Beschwerdeführerin erreiche ihre angestammte Arbeitsfähigkeit. Im 08/2018 komme es in der Folge von zunehmenden Belastungen am Arbeitsplatz erneut zu einem depressiven Syndrom. Auch hier werde die Diagnose weder mit noch ohne Bezug zu den Kriterien des Klassifikationssystems diskutiert. Objektive psychopathologische Befunde, wenn sie überhaupt ausgewiesen würden, seien wiederum spärlich und unspezifisch. Der Schweregrad bleibe auch jetzt unklar. Insbesondere die Eingangskriterien der Gruppe seien objektiv nicht erfüllt. Es fehlten dauerhafte Hemmung der Psychomotorik, wesentliche Verminderung der affektiven Schwingungsfähigkeit und ausgeprägte soziale Inaktivität. Nachdem zuvor in den Akten keine depressive Episode gemäss ICD-10 F3 dokumentiert werde, könne auch nicht von einer rezidivierenden depressiven Störung gemäss F33 ausgegangen werden. Auch im weiteren Verlauf bis heute könne eine entsprechende Diagnose mit Bezug zur ICD-10 aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht bestätigt werden. Die Diagnose einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADS/ADHS, F90), die ab 03/ 2019 postuliert werde, sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht hinreichend zu begründen. Diese Gruppe von Störungen gemäss ICD-10 F90 sei nämlich charakterisiert durch einen frühen Beginn, meist in den ersten fünf Lebensjahren, einen Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, die kognitiven Einsatz verlangten, und eine Tendenz, von einer Tätigkeit zu einer anderen zu wechseln, ohne etwas zu Ende zu bringen. Hinzu komme eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschüssige Aktivität und Affektivität. Die Diagnose werde im Fall der Versicherten erstmals 2018, d.h. in ihrem 45. Altersjahr vermutet. Sie werde im weiteren Verlauf aufgrund von vor allem Selbstbeurteilungsfragebögen konkretisiert. Die versicherte Person beschreibe Verhaltensauffälligkeiten als Schulkind (Gewusel im Kopf, Lernschwierigkeiten) und die ambulant behandelnden Fachpersonen nennen Einzelsymptome, die einer hyperkinetischen Störung zugerechnet werden könnten (v. a. mnestiche Störungen). Diese blieben jedoch spärlich. Insbesondere die von den Fachpersonen zusätzlich, wenn überhaupt, aufgeführten objektiven psychopathologischen Befunde seien unspezifisch. Anlässlich der aktuellen Untersuchungen am 8. und 22. Juni 2021 fänden sich keine entsprechenden Befunde und dies, obwohl ausdrücklich keine störungsspezifische Psychopharmakotherapie verwendet werde. Die Beschwerdeführerin könne durchaus Ausdauer bei konkreten Beschäftigungen, die kognitiven Einsatz verlangten, aufbringen (vgl. Abschluss der Ausbildung zur kaufmännischen Angestellten, langjährige, wenn auch zeitweise unstete Erwerbstätigkeit). Und die Tendenz, von einer Tätigkeit zu einer anderen zu wechseln, zeige sich nur bei der Gesamtbetrachtung eines

teilweise ungewöhnlichen beruflichen Lebenslaufs, nicht aber bei einer konkreten einzelnen Tätigkeit. Zudem sei festzustellen, dass die Beschwerdeführerin in ihrem Leben auch tatsächlich «etwas zu Ende gebracht» habe ■ wenn auch möglicherweise nicht das, was ihren Wünschen entspreche. Und schliesslich werde vom seit 08/2020 ambulant behandelnden Arzt, Dr. med. D.____, eine dissoziative Identitätsstörung (DIS) postuliert. Die ICD-10 ordne die multiple Persönlichkeitsstörung (entspreche einer DIS) unter F44.81 bei den neurotischen Störungen den dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen) zu. Die allgemeinen Kennzeichen dissoziativer Störungen seien der teilweise oder völlige Verlust der normalen Integration des Bewusstseins, der sich auf Erinnerungen an die Vergangenheit, Identitätsbewusstsein und unmittelbare Empfindungen sowie die Kontrolle von Körperbewegungen beziehe, ohne dass dieses durch eine körperliche Erkrankung zu erklären wäre. Die Hauptkriterien für eine multiple Persönlichkeitsstörung seien: Zwei oder mehr unterschiedliche Persönlichkeiten innerhalb eines Individuums, von denen zu einem bestimmten Zeitpunkt nur eine nachweisbar sei; jede Persönlichkeit habe ihr eigenes Gedächtnis, ihre eigenen Vorlieben und Verhaltensweisen und übernehme zu einer bestimmten Zeit, auch wiederholt, die volle Kontrolle über das Verhalten der Betroffenen; Unfähigkeit, wichtige persönliche Informationen zu erinnern, die für eine einfache Vergesslichkeit zu ausgeprägt sei; nicht bedingt durch eine organische psychische Störung (F0) oder durch psychotrope Substanzen (F1). Die ICD 10 stelle einen engen Zusammenhang zu einem traumatischen Ereignis her, das als Auslöser für einen ersten Wechsel, bzw. das Entstehen der ersten anderen Persönlichkeit diene. Die Beschwerdeführerin, Herr M.____ von der G.____ und Dr. med. D.____ bestätigten die vorgenannte Definition sowie zusätzlich dissoziative Amnesie und Depersonalisation bzw. Derealisation. Anlässlich der gutachterlichen Untersuchungen am 8. und 22. Juni 2021 zeigten sich v.a. rezidivierende Zustände von heftiger Emotionalität, die von der Beschwerdeführerin, der G.____ und dem Psychiater einem «kindlichen Anteil» zugerechnet würden. Weitere relevante Symptome liessen sich zu beiden Zeitpunkten nicht objektivieren. Sie würden ausser von den aktuell behandelnden Fachpersonen auch in den Akten ab 2008 (inkl. während einer stationären Behandlung vom 4. November bis 5. Dezember 2020, d. h. nach Formulierung der Diagnose DIS) nicht beschrieben. Dr. med. D.____ weise in seinem theoretischen Exkurs im Verlaufsbericht vom 7. Juli 2021 darauf hin, dass anlässlich einer gutachterlichen Untersuchung das (Voll-) Bild der Störung nicht zu erfassen sei. Hinzu komme, dass jeweils verschiedene Persönlichkeitsanteile in Erscheinung treten würden und somit auch Kompetenzen sichtbar würden, die aber nicht nachhaltig zur Verfügung stünden. Auch die versicherte Person erkläre, dass in der aktuellen Exploration zwar nur eine einzige physische Person sitze, gleichzeitig jedoch «mehr als 30 Anteile», die unkontrolliert auftauchen würden, bestimmend seien. Zusammenfassend könne aufgrund der Angaben der VP und ihres behandelnden Psychiaters aus versicherungspsychiatrischer Sicht die Diagnose einer dissoziativen Identitätsstörung (DIS) weder verifiziert noch falsifiziert werden. Es bleibe letztlich unklar, welche der verschiedenen Personen tatsächlich untersucht werde. Das phänomenologisch bunte psychiatrische Beschwerdebild könne allgemein als neurotische Störung (F48.8) eingeordnet werden. Im Vordergrund stehe dabei seit 2005 ein neurasthenisches Syndrom, das rezidivierend zur subjektiv erlebten Minderung der Arbeitsfähigkeit führe (zuletzt beim Arbeitsversuch 2019/2020 beim H.____ in [...]). Eine weitere Bestimmung sei jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit möglich. Wenn nicht auf die Einschätzung des behandelnden Psychiaters abgestellt werde, könnten keine aus versicherungspsychiatrischer

Sicht relevante Störung und somit auch keine relevanten objektiven Beeinträchtigungen mit Negativfolgen begründet werden. Demnach könne auch keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit postuliert werden. Zudem könne aus versicherungspsychiatrischer Sicht für keinen Zeitraum eine langfristig anhaltende relevante Arbeitsunfähigkeit begründet werden. Die zu dieser Beurteilung ebenfalls zumindest teilweise im Widerspruch stehende Einschätzung für die Zeit zwischen 08/2018 und 08/2020 durch Dr. med. B. ___ stelle ebenfalls weit überwiegend auf die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin ab. Es liessen sich weder die postulierten Diagnosen bestätigen, noch würden relevante objektive psychopathologische Befunde und / oder tatsächliche funktionelle Einschränkungen dokumentiert. Für Zeiten stationärer Hospitalisationen könne aus therapeutischer Sicht eine kurzzeitig darüberhinausgehende Arbeitsunfähigkeit angenommen werden.

7.2 Wie vorstehend ausgeführt, vermochte der psychiatrische Gutachter keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen. Da sich die gutachterliche Beurteilung einer vollen Arbeitsfähigkeit aber auch darauf abstützt, dass sich aus der Prüfung der funktionellen Leistungsfähigkeit keine relevante Einschränkung der Leistungsfähigkeit ergab, ist nachfolgend eine Indikatorenprüfung durchzuführen.

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:

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)

Bezüglich des Kriteriums «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde» hielt der psychiatrische Gutachter fest, es bestehe eine neurotische Störung ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Es ist somit davon auszugehen, dass der Gutachter die Ausprägung der genannten Diagnose als eher gering einstufte.

Bezüglich des Behandlungs- und Eingliederungserfolgs oder -resistenz führte der psychiatrische Gutachter aus, eine ambulante psychologische Psychotherapie habe die Beschwerdeführerin erstmals zwischen ca. 1996 und 1999 wahrgenommen. Eine fachärztlich psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung werde dann von 2009 bis 2011 und wieder Ende 2013 durchgeführt. Eine erstmalige stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung habe sie vom 6. August bis 6. Oktober 2015 in Anspruch genommen. Danach sei sie erneut bis ca. 2017 ambulant fachärztlich psychiatrisch-

psychotherapeutisch behandelt worden. Diese therapeutischen Massnahmen hätten regelmässig zur Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit nach kurzzeitiger Arbeitsunfähigkeit geführt. Dies gelinge nach 08/2018 bis 08/2020 nur teilweise. In diesem Zeitraum werde erneut eine psychologische Psychotherapie durchgeführt und es finde der erste stationäre Aufenthalt in der Klinik F.____ statt (13. März bis 12. April 2019), der zweite Aufenthalt dauere vom 4. November bis 5. Dezember 2020. Seit 08/2020 bestehe die Therapie bei Dr. med. D.____. Das phänomenologisch bunte psychiatrische Beschwerdebild könne allgemein als neurotische Störung eingeordnet werden. Im Vordergrund stehe dabei seit 2005 ein neurasthenisches Syndrom. Die bis 2017, teilweise auch danach durchgeführten therapeutischen Massnahmen seien deshalb weiterhin zu empfehlen. Eine weitere Bestimmung sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit möglich. Gestützt auf diese Ausführungen ist somit eine Behandlungsresistenz zu verneinen.

Sodann führte der Gutachter hinsichtlich der beruflichen Eingliederungsmassnahmen aus, durch die IV seien zunächst ein Belastbarkeits- und Aufbautraining bei N.____ GmbH in [...], danach ein Aufbautraining beim H.____ in [...] (inkl. Jobcoaching) und dort dann ein Arbeitsversuch vom 9. März bis 6. September 2020 zugesprochen worden. Die berufliche Massnahme sei per 21. Juni 2020 krankheitsbedingt abgebrochen worden. Die entsprechenden vorliegenden Berichte der Fachpersonen der beruflichen Eingliederung seien aus versicherungspsychiatrischer Sicht hinreichend ausführlich, einlässlich und nachvollziehbar. Dabei stünden weit überwiegend rein subjektive Beschwerden der Beschwerdeführerin im Vordergrund (neurasthenisches Syndrom). Es würden nur leicht ausgeprägte objektivierbare Defizite aufgeführt (Einschränkungen bei Selbständigkeit und in hektischen Situationen). Diese Defizite begründeten die subjektiv erlebte Minderung der Leistungsfähigkeit nicht. Zudem werde auf Ressourcen hingewiesen (Sorgfalt, Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit und Einhalten von Regeln / Vorschriften). Ein erhöhter Begleitungs-/ Betreuungsaufwand werde ausdrücklich verneint. Somit ist gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen eine Eingliederungsresistenz ebenfalls zu verneinen.

Allfällige Komorbiditäten und Wechselwirkungen wurden im vorliegenden Gutachten von Dr. med. C.____ in nachvollziehbarer Weise verneint (s. E. II. 7.1 hiervor).

Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem 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). Diesbezüglich hält der psychiatrische Gutachter fest, seit 1999 lebe die Beschwerdeführerin in einer 4-Zimmerwohnung zur Miete. Zurzeit trete die ALV bei ihr in Vorleistung. Es bestünden wenig Ersparnisse und keine Schulden. Einmal pro Woche werde sie von der G.____ unterstützt. Seit vier Jahren (2017) führe sie eine Partnerschaft. Das Paar lebe in getrennten Haushalten. Der

Lebenspartner (geboren 1966) leide an einem «Burnout» und werde von der ALV unterstützt. Eine schwere soziale Desintegration sei bei der Beschwerdeführerin nicht vorhanden (keine Verwahrlosung, keine Delinquenz, kein Suchtleiden). Der soziale Kontext sei im Gegenteil objektiv geordnet, dabei subjektiv eingeschränkt. Den Tag verbringe sie unstrukturiert, je nach ihrem Befinden. Ihren Haushalt und ihre persönliche Administration besorge sie selbständig. Sie nenne angemessene Aktivitäten des täglichen Lebens (TV sehen, backen, kochen, E- Bike fahren). Sie pflege soziale Kontakte mit ihrem Lebenspartner, nehme an SteelbandTreffen teil und Termine wahr. Zudem verfüge die Beschwerdeführerin über persönliche Ressourcen (bspw. Sorgfalt, Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit und Einhalten von Regeln/Vorschriften), einen Berufsabschluss und berufliche Erfahrung. Sie erfahre soziale Unterstützung (Lebenspartner, Sozialdienst, G.____, Facharzt). Beim Verlauf der Störung seien aber auch nicht krankheitsbedingte (soziale) Faktoren (bspw. Lebensalter, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, finanzielle Sorgen) zu beachten. Gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen bestehen bei der Beschwerdeführerin somit sowohl soziale als auch persönliche Ressourcen.

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.). Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen zur Kategorie «funktioneller Schweregrad» und die im Gutachten enthaltenen Befund- und Anamneseerhebungen ist eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus der Beschwerdeführerin zu verneinen.

7.3 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. Gestützt auf die einleuchtende Begründung der Diagnosestellung (s.E. II. 7.1 hiervor) und die vorgehende Indikatorenprüfung vermag auch die gutachterliche Einschätzung, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt sei, zu überzeugen. Wie die Beschwerdegegnerin hierzu korrekt angefügt hat, stützt sich die gutachterliche Beurteilung einer vollen Arbeitsfähigkeit nicht nur darauf, dass sich die durch Dr. med. D.____ gestellte Diagnose einer multiplen Persönlichkeitsstörung in den zweimaligen gutachterlichen Untersuchungen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestätigen liess, sondern auch darauf, dass sich aus der Prüfung der funktionellen Leistungsfähigkeit keine relevante Einschränkung der Leistungsfähigkeit ergab, was durch die vorstehende Indikatorenprüfung ebenfalls bestätigt wurde. Zudem stützte sich der psychiatrische Gutachter bei seiner diesbezüglichen Beurteilung nicht nur auf seine eigenen Befund- und Anamneseerhebung, sondern unter anderem auch auf die Akten betreffend die durchgeführten Eingliederungsmassnahmen. Diesbezüglich hielt der Gutachter fest, dass in den Berichten zur beruflichen Eingliederung, welche per 21. Juni 2020 krankheitsbedingt abgebrochen worden sei, überwiegend rein subjektive Beschwerden der Beschwerdeführerin im Vordergrund stünden (neurasthenisches Syndrom) und nur leicht ausgeprägte objektivierbare Defizite aufgeführt würden (Einschränkungen bei

Selbständigkeit und in hektischen Situationen). Daraus zog der Gutachter in nachvollziehbarer Weise die Schlussfolgerung, dass diese Defizite die subjektiv erlebte Minderung der Leistungsfähigkeit nicht begründeten, zumal in den Berichten auf Ressourcen hingewiesen werde (Sorgfalt, Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit und Einhalten von Regeln/Vorschriften). Ein erhöhter Begleitungs-/ Betreuungsaufwand werde ausdrücklich verneint. Die verminderte Arbeitsleistung der Beschwerdeführerin erkläre sich somit nur zu einem sehr geringen Teil durch die Defizite eines allfälligen Gesundheitsschadens. Zu ergänzen ist, dass auf ein versicherungsexternes Gutachten abzustellen ist, sofern nicht konkrete Indizien gegen dessen Zuverlässigkeit sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4; 135 V 465 E. 4.4; 125 V 351 E. 3b/bb). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 70 E. 4) lässt es rechtsprechungsgemäss nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige ■ und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende ■ Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (BGE 135 V 465 E. 4.5; 125 V 351 E. 3b/cc; SVR 2017 IV Nr. 7 S. 19, 9C_793/2015 E. 4.1; Urteile 8C_630/2020 vom 28. Januar 2021 E. 4.2.1; 8C_370/2020 vom 15. Oktober 2020 E. 7.2). Solche Aspekte gehen aus den Berichten des behandelnden Psychiaters, Dr. med. D. ____, nicht hervor, zumal in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen ist, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353). Diesbezüglich ist im Weiteren anzumerken, dass die Depersonalisations- und Derealisations-Phänomene zwar vom behandelnden Psychiater und vom Mitarbeiter der G. ____ beschrieben wurden, jedoch während den insgesamt mehrmonatigen stationären Hospitalisationen in der Klinik F. ____ vom 13. März bis 12. April 2019 und 4. November bis 5. Dezember 2019 sowie in der K. ____ vom 28. Februar bis 21. März 2022 und in der L. ____ vom 14. April bis 4. Mai 2022 offenbar nicht festgestellt wurden (vgl. die diesbezüglichen Austrittsberichte, IV-Nrn. 17, 77, 126 S. 2 und 136, S. 2). Zwar wurde die von Dr. med. D. ____ gestellte Diagnose einer multiplen Persönlichkeitsstörung auch in den Austrittsberichten der K. ____ und der L. ____ aufgeführt, jedoch nicht durch eigene Befund- und Anamneseerhebungen bestätigt, sondern offenbar lediglich aus den Berichten von Dr. med. D. ____ übernommen. Schliesslich ist es auch gestützt auf die von Dr. med. C. ____ anlässlich der Begutachtung durchgeführte Befund- und Anamneseerhebung nachvollziehbar, dass er die Diagnose einer multiplen Persönlichkeitsstörung nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu bestätigen vermochte. Wie die Beschwerdegegnerin in diesem Zusammenhang zu Recht angemerkt hat, wird die Beweiskraft eines Gutachtens dadurch, dass es sich der Schwierigkeiten bei der Einschätzung der Situation bewusst ist, nicht geschmälert (Urteil des Bundesgerichts 9C_464/2013 vom 11. Oktober 2013 E. 3.2.3). Die von der Beschwerdeführerin sowie vom behandelnden Psychiater dagegen vorgebrachten Einwände vermögen an diesem Resultat nichts zu ändern. Der Sachverständige soll nicht eine Sicherheit vortäuschen, die es nicht gibt. Entscheidend ist, dass der psychiatrische Gutachter die von Dr. med. D. ____ gestellten Diagnosen im vorliegenden Fall verworfen hat, weil die einschlägigen Kriterien nicht nachweisbar waren. Demnach durfte der Gutachter entgegen der Ansicht der

Beschwerdeführerin und von Dr. med. D. ___ auch auf weitere Abklärungen in Form von ergänzenden Testungen absehen, zumal er anhand seiner Befunde offenbar nicht ausreichend Hinweise auf eine solche Diagnose erheben konnte. Kann somit ein für die Arbeitsfähigkeit relevantes Leiden nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden, so wirkt sich dies zu Lasten der Beschwerdeführerin aus, d.h. es darf auf weitere psychiatrische Abklärungen verzichtet werden, ohne den Untersuchungsgrundsatz zu verletzen (s. Urteil des Bundesgerichts 9C_836/2019 vom 15. Juni 2020 E. 4.3 und 9C_659/2017 E. 4.4). Im Übrigen ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf das Gutachten von Dr. med. C. ___ das Vorliegen einer längerfristigen relevanten Arbeitsunfähigkeit auch in retrospektiver Hinsicht verneinte. Wie Dr. med. C. ___ hierzu in seinem Gutachten schlüssig darlegte, stellen die zu seiner Beurteilung zumindest teilweise im Widerspruch stehende Einschätzungen von Dr. med. B. ___ für die Zeit zwischen 08/2018 und 08/2020 überwiegend auf die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin ab und vermögen damit keine andauernde Arbeitsunfähigkeit zu begründen.

8. Bei diesem Resultat ist es somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf weitere berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente verneint hat. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

8.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

3. Die Beschwerdeführerin hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

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

Flückiger

Isch

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C_660/2022 vom 25. Mai 2023 bestätigt.

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