

# SO\_GERICHTE VSBES.2023.152 vom 17. Mai 2023

SO Obergericht, 2023-05-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2023.152](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2023.152)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2023.152 du 17 mai 2023

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2023.152 del 17 maggio 2023

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die 1968 geborene A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) meldete sich im November 1999 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle [IV-Nr.] 2). Die Beschwerdegegnerin traf erwerbliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere holte sie bei der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_, [...] (B.\_\_\_\_) ein polydisziplinäres medizinisches Gutachten ein. Dieses wurde am 5. Mai 2003 erstattet (IV-Nr. 35). In der Folge ermittelte die Beschwerdegegnerin einen Invaliditätsgrad von 40 % und sprach der Beschwerdeführerin verfügungsweise rückwirkend ab 1. Oktober 1999 eine halbe Rente bei einem Invaliditätsgrad unter 50 % (sog. Härtefallrente) zu (IV-Nr. 69.). Die entsprechende Verfügung über die laufende Rente ab 1. März 2004 erging am 16. März 2004 (IV-Nr. 46).

1.2 Am 17. Juni 2004 liess die Beschwerdeführerin ein Gesuch um Erhöhung der zugesprochenen Rente stellen (IV-Nr. 51). Die Beschwerdegegnerin führte am 8. November 2005 eine Haushaltabklärung durch (IV-Nr. 74). Mit Verfügung vom 28. April 2006 setzte sie die laufende Härtefallrente rückwirkend ab 1. Januar 2006 auf eine Viertelsrente (bei unverändertem Invaliditätsgrad von 40 %) herab (IV-Nr. 90). Der Grund lag darin, dass die Härtefallrente mit der 4. IV-Revision, welche am 1. Januar 2006 in Kraft trat, abgeschafft worden war. Im Rahmen des Revisionsverfahrens, welches durch das Erhöhungsgesuch vom 17. Juni 2004 ausgelöst worden war, holte die Beschwerdegegnerin schliesslich bei Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein psychiatrisches Verlaufsgutachten vom 7. Februar 2008 (IV-Nr. 119) ein. In der Folge wurde die laufende Viertelsrente mit Verfügung vom 11. Juni 2008 bestätigt (IV-Nr. 126). Die dagegen am 15. August 2008 erhobene Beschwerde (IV-Nr. 129 S. 3 ff.) wies das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn ab (Urteil vom 12. Mai 2009 [VSBES.2008.232], IV-Nr. 139 S. 2 ff.).

1.3 Am 10. Februar 2021 (Eingang bei der Beschwerdegegnerin) liess die Beschwerdeführerin ärztliche Berichte einreichen und erneut um eine Erhöhung der laufenden Viertelsrente ersuchen (IV-Nr. 143). Die Beschwerdegegnerin holte einen Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. D.\_\_\_\_ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 12. April 2021 (IV-Nr. 147) ein. Anschliessend holte sie, entsprechend einer Empfehlung von Dr. med. E.\_\_\_\_, Praktische Ärztin und Fachärztin für Arbeitsmedizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vom 8. März 2022 (IV-Nr. 154), wiederum ein psychiatrisches Verlaufsgutachten ein. Dieses wurde durch Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, verfasst und datiert vom 11. Juli 2022 (IV-Nr. 164). Im weiteren Verlauf liess die Beschwerdeführerin Berichte von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 21. Juli 2022 (IV-Nr. 167 S. 3 ff.) und von Dr. med. G.\_\_\_\_, Praktische Ärztin, Mitglied FMH, vom 1. November 2022 (IV-Nr. 178 S. 2) einreichen. Zudem wurden ein

Bericht des Spitals H.\_\_\_\_, HNO Klinik, vom 23. Dezember 2022 (IV-Nr. 186 S. 3 ff.) sowie ein Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste [...] vom 18. Januar 2023 (IV-Nr. 186 S. 6 ff.) aufgelegt. Weiter gab die Beschwerdeführerin ärztliche Zeugnisse von Dr. med. G.\_\_\_\_ und von Dr. med. C.\_\_\_\_ (IV-Nr. 191, 194, 196, 198, 199 und 200) zu den Akten. Die Beschwerdegegnerin holte eine Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 21. April 2023 ein (IV-Nr. 197).

1.4 Mit Verfügung vom 17. Mai 2023 lehnte die Beschwerdegegnerin das Gesuch der Beschwerdeführerin um Erhöhung der laufenden Rente ab (IV-Nr. 201; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.).

## **E. 2**

2.1 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente.

2.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E. 3.4 S. 348 f., 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2a und b S. 136 f.).

3.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372, vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C\_541/2020 vom 1. März 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

3.2 Der zeitliche Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung ist die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff., 130 V 71 E. 3 S. 73 ff.). Hier ist dies die Verfügung vom 11. Juni 2008 (IV-Nr. 126; vgl. E. I. 1.2 hiervor).

3.3 Gemäss Art. 88a Abs. 2 IVV ist eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat. Die Erhöhung der Rente erfolgt, wenn die versicherte Person die Revision verlangt, frühestens von dem Monat an, in dem das Revisionsgesuch gestellt wurde (Art. 88bis Abs. 1 lit. a IVV).

## **E. 2.1**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. 2.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E. 3.4 S. 348 f., 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2a und b S. 136 f.). 3. 3.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372, vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C\_541/2020 vom 1. März 2021 E. 2.1 mit Hinweisen). 3.2 Der zeitliche Referenzpunkt für die Prüfung einer

anspruchserheblichen Änderung ist die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff., 130 V 71 E. 3 S. 73 ff.). Hier ist dies die Verfügung vom 11. Juni 2008 (IV-Nr. 126; vgl. E. I. 1.2 hiervor). 3.3 Gemäss Art. 88a Abs. 2 IVV ist eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat. Die Erhöhung der Rente erfolgt, wenn die versicherte Person die Revision verlangt, frühestens von dem Monat an, in dem das Revisionsgesuch gestellt wurde (Art. 88 bis Abs. 1 lit. a IVV).

4. 4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können. Dagegen ist es nicht Aufgabe des Arztes, die Invaliditätsbemessung vorzunehmen (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen).

4.2 Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232).

4.3 Einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens 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, ist in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

4.4 Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) lässt es nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärztinnen und Ärzte 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; Urteil des Bundesgerichts 9C\_458/2021 vom 15. November 2021 E. 3.4). Kein solcher Aspekt ist die Einschätzung des Schweregrades depressiver Störungen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_186/2013 vom 12. Juli 2013 E. 3.2.3).

4.5 In Revisions- und Neuanmeldungsfällen ist zusätzlich zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, welche von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber aussprechen muss, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Die Feststellung einer Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt also wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Stellungnahme, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung tauglich wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sie sich nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_38/2013 vom 2. September 2013 E. 4.4.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (a.a.O. E. 2.4).

5. Vorliegend ist strittig, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Verfügung vom 11. Juni 2008 (Referenzzeitpunkt; IV-Nr. 126) relevant verschlechtert hat. Im Folgenden ist zunächst der medizinische Sachverhalt darzulegen, wie er dieser Verfügung zugrunde lag. Das Versicherungsgericht hat dazu in seinem Urteil VSBES.2008.232 vom 12. Mai 2009, E. 4 und 5 (IV-Nr. 139 S. 8 ff.), Folgendes erwogen: «4. Der ersten Rentenverfügung vom 16.3.2004 (IV-Nr. 46) lag vornehmlich folgendes Gutachten zu Grunde: Die M.\_\_\_-Gutachter diagnostizieren in ihrem Gutachten vom 5.5.2003 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine depressive Störung, leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F32.0), eine cochleovestibuläre Funktionsstörung rechts (ICD-10 H83.2), ein leichtes Lumbovertebralsyndrom (ICD-10 M54.5) und ein leichtes Zervikalsyndrom (ICD-10 M53.0). Seit 31.10.1998 bestehe eine um 40 % eingeschränkte Arbeitsfähigkeit, sowohl für leichte und adaptierte Erwerbstätigkeiten wie auch für die Haushaltstätigkeit als Alleinerziehende (IV-Nr. 35).

5. Für die angefochtene Verfügung vom 11.6.2008 (IV-Nr. 127) sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen massgebend: a) aa) In seinem Verlaufsbericht vom 8.12.2004 diagnostiziert Dr. N.\_\_\_ einen St. nach schwerem Schädeltrauma 01/99 (mit/bei einem chronischen zerviko-zephalen Schmerzsyndrom nach HWS-Distorsionstrauma, einer commotio auris re mit hochgradiger Hochtönen-Perzeptionsschwerhörigkeit und persistierendem Tinnitus re, einer chronischen Schmerzverarbeitungsstörung), ein chronisches panvertebrales-Schmerzsyndrom (mit/bei einer WS-Fehlform, -haltung, einem panvertebralen druckdolenten Muskelhartspann, einem Fibromyalgie-Syndrom, Myogelosen, einer Epikondylopathia humeri radialis li > rechts), unklare Knieschmerzen links, O.\_\_\_ Orth. Klinik 02/04, und eine anhaltende mittelschwere depressive Störung bei psychosozialer Überforderung DD passiv aggressive Persönlichkeit, Psych. Dienste, Ambi [...] 11/03. Es sei keine wesentliche Veränderung sowohl der geklagten Beschwerden als auch der klinischen Befunde eingetreten. Allerdings sei eine

Zunahme der psychosozialen finanziellen Schwierigkeiten mit zunehmendem Alter der pubertierenden Kinder erfolgt (IV-Nr. 58). bb) Im Verlaufsbericht vom 29.7.2005 bestätigt Dr. N.\_\_\_\_ die Angaben in seinem vormaligen Verlaufsbericht vom 8.12.2004 (IV-Nr. 65). cc) Mit Zeugnis vom 20.3.2007 attestiert Dr. N.\_\_\_\_ seit 1.12.2006 eine 50%ige und ab 22.12.2006 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-Nr. 109, S. 10). b) Gemäss Abschlussbericht der Stellenvermittlerin vom 1.12.2006 sind gestützt auf die Aussagen der Beschwerdeführerin und auf den Bericht des Psychiaters die Eingliederungsmöglichkeiten in der offenen Wirtschaft im Moment nicht gegeben (IV-Nr. 100). c) Im Arztbericht für Erwachsene der P.\_\_\_\_ vom 13.3.2007 diagnostizieren die Ärzte einen Status nach schwerem Schädeltrauma mit Comotio auris rechts mit hochgradiger Hochtonperzeptionsschwerhörigkeit und persistierendem Tinnitus rechts, ein HWS-Distorsionstrauma, Spannungskopfschmerzen, eine Schmerzverarbeitungsstörung, ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom mit Wirbelsäulenfehlform (-fehlhaltung), ein panvertebraler druckdolenter Muskelhartspann, ein Fibromyalgiesyndrom und Myogelosen, eine Epikondylopathia humeri radialis, links mehr als rechts und eine anhaltende mittelschwere depressive Störung bei psychosozialer Überforderungssituation. Seit 1998 attestieren die Ärzte temporär eine Arbeitsunfähigkeit zwischen 50 und 100 %, ab 12.2.2007 bis auf weiteres 100 %. Da die Beschwerdeführerin auf Grund mangelhafter Betreuungsmöglichkeiten für die minderjährige Tochter den Klinikaufenthalt vorzeitig habe abbrechen müssen, habe sich ihr Zustand kaum gebessert. Sie sei in psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung durch Dr. Q.\_\_\_\_, [...], entlassen worden. Über eine Prognose könne zu diesem Zeitpunkt keine Aussage gemacht werden, die Ärzte der P.\_\_\_\_ würden aber von einem chronischen Krankheitsgeschehen ausgehen (IV-Nr. 104). d) Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, [...], verwies bereits in seinem Schreiben vom 18.11.2005 an die Beschwerdegegnerin auf die Angaben des Hausarztes oder einer zu veranlassenden polydisziplinären Begutachtung (IV-Nr. 77, S. 1). e) aa) Der RAD hält in seiner Stellungnahme vom 3.7.2007 zum medizinischen Sachverhalt dafür, dass keine wesentlichen neuen Krankheiten aufgetreten seien. Es sei kein weiterer Bericht einzuholen, da der Gesundheitszustand stationär sei (IV-Nr. 105). bb) In der Stellungnahme vom 18.10.2007 empfiehlt der RAD nunmehr eine psychiatrische Begutachtung bei Dr. R.\_\_\_\_ (IV-Nr. 111). f) Dr. R.\_\_\_\_ diagnostiziert in seinem psychiatrischen Gutachten vom 7.2.2008 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung ICD-10 F45.4 bei sekundärneurotischer Fehlverarbeitung langjähriger traumatisierender Ehe-Erfahrungen, mit/bei depressiver Störung, aktuell Angst und depressive Störung gemischt. Die bisher massgebliche Beurteilung des M.\_\_\_\_ hinsichtlich Diagnostik und medizinisch-theoretischer Arbeitsfähigkeit habe nach wie vor Gültigkeit. Eine krankheitsbedingte Verschlechterung des Zustandes seit der Rentenzusprechung könne nicht objektiviert werden. Hingegen habe wahrscheinlich die Begehrlichkeit der Beschwerdeführerin, sich von der Sozialversicherung für das erlittene, schmerzliche eheliche Unrecht maximal entschädigen zu lassen, zugenommen. Dies sei aber nicht gleichzusetzen mit einem höheren IV-Grad (IV-Nr. 119). g) aa) Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, [...], diagnostiziert in seiner Stellungnahme vom 31.3.2008 zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin einen Status n. schwerem Schädeltrauma mit Comotio auris rechts und persistierendem Tinnitus, ein HWS-Distorsionstrauma, Spannungskopfschmerzen, eine Schmerzverarbeitungsstörung, ein Fibromyalgiesyndrom und eine Depression. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % ab 22.12.2006 (IV-Nr. 124, S. 11). bb) In seiner

Stellungnahme vom 15.7.2008 zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin diagnostiziert Dr. S.\_\_\_\_ ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom (bei Wirbelsäulenfehlhaltung, paravertebalem druckdolentem Muskelhartspann), ein Fibromyalgiesyndrom, einen St. n. schwerem Schädeltrauma Januar 1999 (mit Commotio auris und Hochtonschwerhörigkeit, des Weiteren persistierender Tinnitus sowie HWS Distorsionstrauma), Spannungskopfschmerzen, eine Schmerzverarbeitungsstörung und eine anhaltend depressive Entwicklung. Diese Diagnosen seien bereits im Jahr 2000 gestellt worden, im Verlauf der letzten Jahre habe sich die Situation nicht verbessert, vor allem die depressive Symptomatik dürfe sich eher verschlechtert haben. Insgesamt betrage die Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung der somatischen und psychischen Leiden mindestens 60 % (Beschwerdebeilage [nachfolgend: BB] 14). 6. Zunächst ist auf die Frage einzugehen, ob seit der ersten Rentenverfügung vom 16.3.2004 (IV-Nr. 46) bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 11.6.2008 (IV-Nr. 127) aus somatischer Sicht eine massgebende Verschlechterung eingetreten ist. a) Bereits im M.\_\_\_\_-Gutachten vom 5.5.2003 wird angegeben, dass den geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht nur geringe organische Korrelate zugeordnet werden könnten (IV-Nr. 35, S. 14), wobei die Anosmie als Folge des von der Beschwerdeführerin beschriebenen "schweren Schädeltraumas" (Beschwerde vom 15.8.2008, S. 5) schon damals unter den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt wurde (IV-Nr. 35, S. 14). Im Vordergrund der Problematik stehe bei der Beschwerdeführerin die Einschätzung aus psychiatrischer Sicht (IV-Nr. 35, S. 15). b) aa) Dr. N.\_\_\_\_ führt in seinen Verlaufsberichten vom 8.12.2005 (IV-Nr. 58) bzw. 29.7.2005 (IV-Nr. 65) aus, dass keine wesentliche Veränderung sowohl der geklagten Beschwerden als auch der klinischen Befunde eingetreten sei. Allerdings sei eine Zunahme der psychosozialen finanziellen Schwierigkeiten mit zunehmendem Alter der pubertierenden Kinder erfolgt. Daraus lässt sich eine Verschlechterung des Gesundheitszustands aus somatischer Sicht nicht ableiten. bb) Dass Dr. N.\_\_\_\_ im Zeugnis vom 20.3.2007 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab 22.12.2006 bzw. ab 20.3.2007 mit unbestimmter Dauer attestiert (IV-Nr. 109, S. 10), ändert daran nichts: Zum einen hat er schon im Zeugnis vom 3.11.2005 rückwirkend wechselnd eine Arbeitsunfähigkeit zwischen 50 und 100 % attestiert (IV-Nr. 73, S. 2), was angesichts gleich gebliebener Befunde nicht ohne weiteres nachvollziehbar ist, zum anderen wird die nunmehr dauernde 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab 22.12.2006 nicht begründet und auch nicht dargelegt, auf welche Tätigkeiten sie sich bezieht. c) aa) Dr. S.\_\_\_\_ hält in seinem Bericht vom 15.7.2008 ausdrücklich fest, dass die von ihm gestellten Diagnosen bereits im Jahr 2000 vorgelegen hätten (BB 14). Auch in seinem Zeugnis vom 31.3.2008 (IV-Nr. 124, S. 11) führt er nur die bereits bekannten Diagnosen auf (Status nach Schädeltrauma mit commotio auris rechts mit persistierendem Tinnitus, HWS-Distorsionstrauma, Spannungskopfschmerzen, Schmerzverarbeitungsstörung, Fibromyalgiesyndrom, Depression). Demnach lässt sich auch auf Grund der Angaben von Dr. S.\_\_\_\_ keine Verschlechterung aus somatischer Sicht begründen. bb) Im Bericht vom 15.7.2008 hält Dr. S.\_\_\_\_ im Weiteren dafür, dass sich die depressive Symptomatik im Verlauf der letzten Jahre verschlechtert habe und insgesamt von einer mindestens 60%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei (BB 14). Diese letztlich unsubstantiierte und zudem für einen Allgemeinpraktiker fachfremde Einschätzung (vgl. etwa Urteil des BGer vom 26.11.2008, 8C\_735/2008, Erw. 3.1 mit Hinweis) vermag die Ergebnisse der umfassenden psychiatrischen Begutachtung durch Dr. R.\_\_\_\_ vom 7.2.2008 (IV-Nr. 119; vgl. Ziff. 7 nachstehend) freilich nicht umzustossen. Auch die im Zeugnis vom 31.3.2008 angegebene

(in gewissem Widerspruch zur eben erwähnten 60%igen Arbeitsunfähigkeit stehende) 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab 22.12.2006 wird im Hinblick auf die betreffenden Tätigkeiten weder spezifiziert noch begründet (IV-Nr. 124, S. 11) und vermag somit ebenfalls nicht zu überzeugen. d) Für die Angaben der Dres. N.\_\_\_\_ und S.\_\_\_\_ in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin gilt gleichermassen, dass wegen der Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-) Arztes abgestellt werden kann (Urteil des BGer vom 20.7.2007, 9C\_114/2007, Erw. 3.2.3 mit Hinweisen) und Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). e) Die von der Beschwerdeführerin erwähnte (Beschwerde vom 15.8.2008, S. 7) Stellungnahme des RAD zum medizinischen Sachverhalt vom 3.7.2007 (IV-Nr. 105) ist kaum massgebend, zumal der RAD in dieser Stellungnahme von einem stationären Gesundheitszustand ausgeht und keine weiteren Abklärungen für angezeigt hält, in der späteren Stellungnahme vom 18.10.2007 (IV-Nr. 111) dennoch eine psychiatrische Begutachtung empfiehlt, womit die Stellungnahme vom 3.7.2007 ohnehin überholt ist. f) Nach Aktenlage ist insgesamt davon auszugehen, dass sich seit der ersten Rentenverfügung vom 16.3.2004 (IV-Nr. 46) bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 11.6.2008 (IV-Nr. 127) keine erhebliche Verschlechterung aus somatischer Sicht ergeben hat und die Beschwerdegegnerin von diesbezüglichen weiteren Abklärungen absehen durfte. 7. Im Weiteren ist auf das psychiatrische Gutachten von Dr. R.\_\_\_\_ vom 7.2.2008 (IV-Nr. 119), auf das sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 11.6.2008 (IV-Nr. 127) im Wesentlichen abstützt, einzugehen. a) Dass Dr. R.\_\_\_\_ auf die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit durch das B.\_\_\_\_ verweist (vgl. Beschwerde vom 15.8.2008, S. 3 unten), schadet im Gesamtkontext nicht, da er offenbar punkto Arbeitsunfähigkeit zum gleichen Ergebnis gelangt wie das M.\_\_\_\_, wobei die dort attestierte Arbeitsfähigkeit hinreichend umschrieben ist (jegliche teiladaptierten, leichten bis mittelschweren Tätigkeiten im Erwerbsbereich; IV-Nr. 119, S. 23) und die Frage nach einer allfälligen Verschlechterung aus psychiatrischer Sicht gerade zentral war. Im Übrigen setzt er sich auch eingehend mit den übrigen Arztberichten im IV-Dossier auseinander (IV-Nr. 119, S. 20-23). Überhaupt ist sein Gutachten detailliert und überzeugend abgefasst. b) In den vorhandenen medizinischen Unterlagen wird immer wieder auf die zunehmenden psychosozialen Probleme der Beschwerdeführerin hingewiesen. So gibt Dr. N.\_\_\_\_ in seinen Verlaufsberichten vom 8.12.2004 (IV-Nr. 58) bzw. 29.7.2005 (IV-Nr. 65) eine Zunahme der psychosozialen finanziellen Schwierigkeiten mit zunehmendem Alter der pubertierenden Kinder an. Dr. R.\_\_\_\_ weist in seinem Gutachten vom 7.2.2008 darauf hin, dass wahrscheinlich die Begehrlichkeit der Beschwerdeführerin, sich von der Sozialversicherung für das erlittene schmerzliche eheliche Unrecht maximal entschädigen zu lassen, zugenommen habe. Dies sei aber nicht gleichzusetzen mit einem höheren IV-Grad (IV-Nr. 119, S. 23). Diese klar ausgewiesenen invaliditätsfremden Faktoren sind für die Invalidenversicherung nicht massgebend (BGE 127 V 299, Erw. 5.a) und vermögen keine höhere (psychisch bedingte) Invalidität zu begründen. c) Dem psychiatrischen Gutachten von Dr. R.\_\_\_\_ vom 7.2.2008 (IV-Nr. 119) ist voller Beweiswert zuzumessen, nachdem es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352,

Erw. 3.a). d) Schliesslich ist anzumerken, dass die Beschwerdeführerin aus der Einschätzung der Stellenvermittlerin, wonach sie momentan in der offenen Wirtschaft nicht eingliederbar sei (Beschwerde vom 15.8.2008, S. 6; IV-Nr. 100), nichts zu ihren Gunsten ableiten kann, da sich diese Beurteilung zum einen gemäss dortigen Ausführungen u.a. auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin stützt und zum anderen der von Dr. R.\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 7.2.2008 mit Verweis auf das B.\_\_\_\_-Gutachten vom 5.5.2003 (IV-Nr. 119, S. 23; IV-Nr. 35, S. 16 und 17) attestierten 60%igen Arbeitsfähigkeit für leidensadaptierte Tätigkeiten widerspricht. e) Der Beschwerdeführerin ist nach dem Gesagten weiterhin zumutbar, zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 11.6.2008 (IV-Nr. 127) zu 60 % einer leidensadaptierten ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit nachzugehen, wovon im Folgenden auszugehen ist. Im Sinne der antizipierten Beweiswürdigung (BGE 124 V 94 Erw. 4.b) sind keine weiteren Abklärungen (in somatischer Hinsicht) angezeigt, da hiervon keine wesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten wären.

### **E. 3**

Eventualiter seien [der Beschwerdeführerin] Massnahmen zur beruflichen Integration zuzusprechen.

### **E. 4**

Februar 2021 (IV-Nr. 146 S. 7 ff.) lässt ich entnehmen, dass eine dortige Ärztin (Dr. med. U.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie) mit der Beschwerdeführerin ein sehr ausführliches telefonisches Vorgespräch führte, welches im Zusammenhang mit einem geplanten Eintritt (Zuweisungsgrund: schwere Depression mit Unverträglichkeit von Psychopharmaka und posttraumatische Belastungsstörung) stand. Die Beschwerdeführerin entschied sich jedoch in der Folge, den stationären Aufenthalt nicht anzutreten (IV-Nr. 151).

6.4 Die Beschwerdegegnerin holte in der Folge das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2022 ein (IV-Nr. 164). Dieser führt nach einer Zusammenfassung von Angaben aus den Vorakten, einer Wiedergabe der Aussagen der Beschwerdeführerin (spontan und im Rahmen einer vertiefenden Befragung) sowie einer Beschreibung des psychiatrischen Befunds zusammengefasst Folgendes aus (IV-Nr. 164 S. 12 ff.):

6.4.1 Die Beschwerdeführerin sei in ländlicher Umgebung in Bosnien als mittlere von 6 Geschwistern bei ihren Eltern, die als Bauern tätig waren, aufgewachsen. Sie habe 8 Jahre lang die obligatorische Grundschule absolviert, danach die Mutter im Haushalt unterstützt. Mit 18 Jahren habe sie einen Mann aus ihrer Region geheiratet. Sie seien 1985 in die Schweiz gezogen und hätten drei Kinder (Jg. 1987, 1989 und 1993). Ab 1993 sei sie in eine berufliche Tätigkeit eingetreten mit verschiedenen Stellen in der Reinigung. 1999 habe sich ihr Mann plötzlich von ihr getrennt und es sei zu physischer Gewalt und zu Drohungen gekommen, weshalb sie mit den Kindern in Frauenhäusern untergebracht worden sei. Sie sei ab diesem Zeitpunkt wegen gesundheitlicher Beschwerden längere Zeit nicht arbeitstätig gewesen und nach einem polydisziplinären Gutachten 2003 sei ihr rückwirkend ab 10/1999 eine Viertelsrente zugesprochen worden. Von 2000 bis 2004 sei sie in der Reinigung im Kantonsspital [...] zu einem Pensum von 40 ■ 50 % angestellt gewesen. Wegen krankheitsbedingten Absenzen sei ihr gekündigt worden. Sie habe danach mehrere Versuche unternommen, wieder in der Reinigung zu arbeiten, zuletzt 2018 oder 2019 zu

2x2 Std. pro Woche. Aktuell erachte sie sich gar nicht mehr arbeitsfähig, wobei sie als Gründe körperliche Beschwerden in den Vordergrund stelle (müsse am Arbeitsplatz erbrechen, könne ihren rechten Arm nicht richtig benutzen, habe keine Kraft). Sie habe seit 2011 einen Lebenspartner, der seit zwei Jahren eine volle IV-Rente beziehe, und lebe mit ihm zusammen in einem 5-Zimmer-Haus. Ihre Tochter unterstütze sie im Haushalt. Die Beschwerdeführerin pflege regelmässig Kontakte zu ihren Kindern und Enkelkindern. Vor 3 Jahren habe sie zusammen mit ihrer Familie Angehörige in Bosnien besuchen können.

6.4.2 Die Explorandin schildere hauptsächlich diffuse körperliche Beschwerden. Eher am Rande gebe sie psychische Beschwerden wie Konzentrationsprobleme und chronische Schlafstörungen an. Bei gezielten Nachfragen nach ihrem psychischen Befinden seien ihre Antworten oft vage oder pauschalisierend. Erst bei der noch gezielteren Befragung im zweiten Teil der Untersuchung im Rahmen der psychopathologischen Befunderhebung und im strukturierten Interview für die Hamilton-Depressionsskala hätten psychische Symptome genauer eruiert werden können. Zum zeitlichen Verlauf ihrer psychischen Beschwerden gebe die Explorandin an, dass es ihr seit 1999 immer schlechter gehe, insbesondere in den letzten 3 ■ 4 Jahren. Differenzierte Angaben zum Verlauf der verschiedenen psychischen Beschwerden hätten nicht eruiert werden können. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen den vorgetragenen Symptomen/aktuellen Befunden und der angegebenen Schwere der Funktionsbeeinträchtigung. Es bestehe ein Missverhältnis zwischen der vom behandelnden Psychiater diagnostizierten schweren depressiven Symptomatik und der vergleichsweise geringen Inanspruchnahme von psychiatrischen Therapien. Trotz der angeblich schweren depressiven Symptomatik habe die Beschwerdeführerin den angebotenen Eintritt in eine stationäre Behandlung in der Klinik V. \_\_\_ abgelehnt und möchte auch in nächster Zeit nicht in eine stationäre Behandlung eintreten. Patienten mit einer länger anhaltenden schweren depressiven Symptomatik hätten in der Regel einen hohen Leidensdruck. Deshalb werde meist eine intensivere psychiatrische Behandlung durchgeführt. Der Beschwerdeführerin hingegen werde seit über einem Jahr das gleiche Antidepressivum (Valdoxan 25 ■ 50 mg täglich) verordnet. Die aktuelle Blutspiegeluntersuchung habe gezeigt, dass sie dieses Antidepressivum nicht regelmässig einnehme. Ebenso habe sie das vom Psychiater verordnete Duloxetin gar nicht oder nicht regelmässig eingenommen. Die ungenügende psychopharmakologische Behandlung respektive die schlechte Compliance sowie die relativ geringe Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Gesprächen (2x pro Monat) und die Ablehnung einer stationären Behandlung stünden in einem Missverhältnis zu der von der Explorandin angegebenen Verschlechterung in den letzten Jahren und seien inkonsistent zu der vom behandelnden Psychiater beschriebenen schweren depressiven Episode. Eine weitere Inkonsistenz bestehe hinsichtlich der vom behandelnden Psychiater angegebenen Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung. Diese Diagnose stimme nicht mit der Beschwerdeschilderung der Explorandin und den Befunden bei der gutachterlichen Untersuchung überein. Die Beschwerdeführerin gebe keine spezifischen Beschwerden/Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung an wie Intrusionen, Flashbacks, Alpträume oder eine spezifische Vermeidung von Triggern.

6.4.3 Zur Herleitung der Diagnosen führt der Gutachter aus, im polydisziplinären Gutachten vom Mai 2003 sei von psychiatrischer Seite eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) und eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (F32.0) festgestellt worden. Im Verlauf der psychiatrischen Behandlung habe das Ambulatorium [...] Ende 2003 die Diagnosen einer leichtgradigen depressiven Episode und einer

anhaltenden somatoforme Schmerzstörung bestätigt. Laut den Verlaufsberichten des Hausarztes an die IV in den Jahren 2004 und 2005 sei der Gesundheitszustand stationär gewesen. Im weiteren Verlauf sei die depressive Symptomatik in den Berichten unterschiedlich schwer beschrieben worden ■ im Rahmen der zwei kurzen stationären Behandlungen 2006/2007 als mittelschwer. Im psychiatrischen Gutachten von Anfang 2008 seien die Kriterien für eine depressive Episode nach ICD-10 nicht mehr erfüllt gewesen, so dass eine depressive Störung, aktuell Angst und depressive Störung gemischt (F41.2), diagnostiziert worden sei. Weiter sei die anhaltende somatoforme Schmerzstörung erneut bestätigt und auf eine sekundär neurotische Fehlverarbeitung langjähriger traumatisierender Eheerfahrungen hingewiesen worden. Vom aktuell behandelnden Psychiater werde ein seit Beginn seiner Behandlung im Februar 2018 wechselhafter Verlauf mit in der Gesamtschau sich kontinuierlich verschlechterndem Gesamtverlauf der depressiven Stimmungslage angegeben. Im April 2021 habe Dr. med. C.\_\_\_\_ eine schwere depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (F33.2) diagnostiziert. Zudem führe er neu die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1) auf und halte eine Persönlichkeitsakzentuierung mit emotional instabilen, histrionischen und selbstunsicheren Anteilen (Z73.1) fest. Aufgrund der Akten und der Anamnese könne er, der Gutachter Dr. med. F.\_\_\_\_, die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.4) bestätigen. Der Verlauf der Schmerzproblematik habe über die Jahre nicht präzisiert werden können. Aktuell schienen die Schmerzen gemäss der aktuellen Beschwerdeschilderung nicht im Vordergrund zu stehen. Es gebe keine Anhaltspunkte, dass sich die anhaltende somatoforme Schmerzstörung in den letzten Jahren verschlechtert habe. Die seit 1999 beschriebene depressive Störung scheine einen chronischen Verlauf genommen zu haben; es sei seither in keinem Bericht eine vollständige Remission festgehalten worden. Da im psychiatrischen Gutachten 2008 der Schweregrad für eine depressive Episode (F32) als nicht mehr erfüllt beurteilt worden sei, sei eine rezidivierende depressive Störung (F33) wahrscheinlicher als eine über rund 20 Jahre anhaltende depressive Episode. Bei der aktuellen Untersuchung sei eine leichte depressive Episode nach ICD-10 festzustellen, dies bei Angabe einer deprimierten Stimmungslage mit einem gehemmten Antrieb und einer erhöhten Ermüdbarkeit (Kraftlosigkeit), Insuffizienzgefühlen und Klagen über ein vermindertes Konzentrationsvermögen und Schlafstörungen. Bei der Einschätzung des aktuellen Schweregrades der depressiven Symptomatik mit der HAMD-17 [HAMD = Hamilton Rating Scale for Depression] hätten sich 18 Punkte ergeben (17-24 Pkt. = mittelschwer). Die seit 2021 neu aufgeführte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1) könne nicht bestätigt werden, da die spezifischen Kriterien wie Wiedererleben (Intrusionen, Flashbacks, Albträume) und ein traumabezogenes Vermeidungsverhalten nicht vorhanden seien. Anhaltspunkte für eine Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 finde man nicht. Die psychiatrische Anamnese bis 1999 sei blande. Erst im letzten Bericht des behandelnden Psychiaters aus dem Jahr 2021 sei auf akzentuierte Persönlichkeitszüge hingewiesen worden. Bei der aktuellen Untersuchung sei der Eindruck entstanden, dass sich die Beschwerdeführerin seit der plötzlichen Trennung durch ihren Ehemann und seit den Gewalterfahrungen als Opfer wahrnehme und eine starke Behinderungsüberzeugung entwickelt habe. Dieser Eindruck werde durch Beschreibungen in den Vorakten gestützt. Zu stellen seien die folgenden Diagnosen (mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit):

6.4.4 In der versicherungsmedizinischen Beurteilung legt Dr. med. F.\_\_\_\_ dar, in den letzten 20 Jahren sei die Beschwerdeführerin bei verschiedenen Therapeuten in psychiatrischer

Behandlung gewesen, aktuell seit Anfang 2018 bei Dr. med. D.\_\_\_\_ wo zweimal pro Monat einstündige Sitzungen stattfänden. Es seien verschiedene Antidepressiva verschrieben worden, seit mindestens 1½ Jahren Valdoxan 25 ■ 50 mg und aktuell noch zusätzlich Duloxetin 30 mg morgens. Die Compliance sei ungenügend. Die anlässlich der Begutachtung durchgeführte Blutspiegeluntersuchung habe gezeigt, dass die Beschwerdeführerin die beiden verordneten Antidepressiva gar nicht oder nicht regelmässig eingenommen habe. Sie habe zudem über ihre aktuelle Medikation schlecht Auskunft geben können. Dies belege, dass keine adäquate antidepressive Medikation erfolge. Daher könne eine Therapieresistenz nicht postuliert werden. Die beiden stationären psychiatrischen Behandlungen 2006/2007 seien zu kurz gewesen (je 2 ½ Wochen), weil die Beschwerdeführerin die Aufenthalte mangels Betreuungsmöglichkeiten für die minderjährige Tochter habe abbrechen müssen. Sie sei anfangs 2021 erneut für eine stationäre Behandlung angemeldet worden, habe aber das Angebot für den stationären Eintritt abgelehnt und auch in der aktuellen Untersuchung erklärt, dass sie sich nicht in eine stationäre Behandlung begeben möchte. Daher hätten die psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft werden können. Bei der passiven Haltung und der ungenügenden Mitwirkung bei den psychiatrischen Therapien sei die Prognose ungünstig. Zudem trage die ausgeprägte Behinderungsüberzeugung zur Chronifizierung bei. Seit dem Verlust der letzten Arbeitsstelle in der Reinigung 2004 sei es zu einer beruflichen Ausgliederung gekommen. Nebst kurzen Arbeitsversuchen 2018 oder 2019 seien keine beruflichen Eingliederungsbemühungen mehr unternommen worden.

6.4.5 Der Gutachter nimmt sodann eine Beurteilung der Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen gemäss Mini-ICF-APP vor. Er bejaht mässige störungsbedingte Beeinträchtigungen der Proaktivität und Spontanaktivitäten sowie der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, weiter eine leichte Beeinträchtigung der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit. Die übrigen in der Tabelle genannten Fähigkeiten erachtet er als nicht beeinträchtigt (IV-Nr. 164 S. 16). Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit (Reinigung) beziffert er auf 60 % (Pensum 75 % mit einer Leistungsminderung um 20 % wegen der Notwendigkeit vermehrter Kurzpausen). Die Arbeitsfähigkeit von 60 % (Pensum 75 %, Leistung 80 %) gelte auch für andere ungelernete, vorwiegend manuelle und strukturierte Tätigkeiten, die dem somatischen Zumutbarkeitsprofil entsprächen. Akkordarbeit und Nachtschicht seien nicht empfehlenswert. Was den Verlauf anbelange, könne eine dauernde Verschlechterung des psychischen Zustands und der Arbeitsfähigkeit seit der Rentenzusprache vom 16. März 2004 nicht nachgewiesen werden.

6.5 Der behandelnde Psychiater Dr. med. C.\_\_\_\_ äussert sich am 21. Juli 2022 zum Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_ (IV-Nr. 167 S. 3 ff.). Er führt aus, er halte an seiner Beurteilung mit den Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere und chronifizierte depressive Episode (F 33.2) mit den entsprechenden schweren Funktionsbeeinträchtigungen fest. Er stütze sich dabei nicht nur auf seine Beschwerdeinschätzung und die subjektiven Angaben der Patientin, sondern auf fremdanamnestiche Auskünfte einschliesslich Informationen vom Umfeld und weiterer beteiligter Fachpersonen, zudem habe er auch Testungen mit dem BDI und dem MADRS als unterstützende Werkzeuge mit einfließen lassen. Die Beeinträchtigungen bestünden vor allem in einer massiven Antriebsverminderung, Ermüdbarkeit, Konzentrationseinbussen und der sozial verminderten Kompatibilität aufgrund des Verhaltens als gekränkte, emotional instabile Persönlichkeit.

In einem weiteren Bericht/Zeugnis vom 28. Februar 2023 (IV-Nr. 191 S. 3) attestiert Dr. med. C. \_\_\_ eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und führt aus, die Beschwerdeführerin sei auf regelmässige Einnahme von Psychopharmaka (Valdoxan 50mg abends, Pregabalin 50mg morgens und 100mg abends und Truxal 15mg nachts) angewiesen. Zudem müsse sie jeden Tag auch wegen erhöhter Zuckerwerte Janumet 125mg und auch Eltroxin 50 wegen Schilddrüsen-Hypofunktion einnehmen. Trotz dieser Therapie habe noch keine Stabilisierung des psychischen Zustandes erreicht werden können. In den Folgemonaten wurden ähnliche Zeugnisse ausgestellt (vgl. IV-Nr. 194 S. 3 und 198 S. 2).

6.6 Die Hausärztin Dr. med. G. \_\_\_ listete am 1. November 2022 die folgenden somatischen Erkrankungen auf (IV-Nr. 178 S. 2):

6.7 Dem Bericht der W. \_\_\_, Klinik X. \_\_\_, [...], vom 18. Januar 2023 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin dort vom 15. Dezember 2022 bis 13. Januar 2023 hospitalisiert war (IV-Nr. 186 S. 6 ff.; zuvor hatte vom 9. bis 22. November 2022 bereits ein erster Aufenthalt stattgefunden, vgl. BB 8). Als Hauptdiagnosen genannt werden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1), eine somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet (F45.9), sowie eine Otitis media rechts (ED 10.12.2022), eine Epikondylopathia humeri radialis, links mehr als rechts sowie ein Fibromyalgiesyndrom und Myogelosen. Die Symptome bei Eintritt werden beschrieben als starke Niedergeschlagenheit, Grübeln, Gedankenkreisen, Antriebslosigkeit, Freud- und Interessenlosigkeit, Konzentrations- und Entscheidungsschwierigkeiten, Lebensüberdrussgedanken, Appetitlosigkeit und Schlafstörungen sowie Schreckhaftigkeit, Hyperarousal, repetitives Wiedererleben, Ängste und Mühe, Entspannung zu finden. Die Symptomatik sei am ehesten im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode und einer posttraumatischen Belastungsstörung (St. n. gewalttätigem Partner) beurteilt worden. Nach Erhöhung der Dosis von Duloxetin sei ein am ehesten allergischer Hautauschlag mit starkem Juckreiz aufgetreten. Nach Umstellung auf Escitalopram und Lichttherapie habe die Beschwerdeführerin eine Besserung der depressiven Beschwerden wahrgenommen. Wegen der Ängste sei Pregabalin begonnen worden. Insgesamt habe nur eine leichte Stabilisierung erzielt werden können, und die Patientin habe im Verlauf etwas ruhiger und gelassener gewirkt.

6.8

6.8.1 Im Bericht der HNO Klinik des Spitals H. \_\_\_ vom 23. Dezember 2022 (IV-Nr. 186 S. 3 ff.) wird als Hauptdiagnose eine mittelschwere, sensorineurale Schwerhörigkeit links bei bekannter vorbestehender Ertaubung auf der rechten Seite angegeben. Die Patientin sei zur HNO-ärztlichen Nachkontrolle nach Otitis media rechts zugewiesen worden. Die Ertaubung rechts bestehe seit dem Jahr 1999. Neu beklage die Patientin ein kontinuierliches Pfeifen, nicht pulsierend, auf dem linken Ohr sowie einen intermittierenden Druck. Es bestünden keine Otalgie, kein Schwindel und keine Otorrhoe links. Die Otitis media scheine gänzlich ausgeheilt zu sein, aktuell plage eher das linke Ohr mit Druckgefühl und pfeifendem Tinnitus. Im Reintonaudiogramm habe sich eine mittelschwere sensorineurale Schwerhörigkeit auf der linken Seite gezeigt, welche die Beschwerden erklären könnte. Auf Grund der Schwerhörigkeit habe man der Patientin geraten, ein Hörgerät zu beantragen. Am 28./30. Dezember 2022 reichte die Beschwerdeführerin denn auch eine Anmeldung zum Leistungsbezug für Hilfsmittel (Hörgeräte) ein (IV-Nr. 179).

6.8.2 In der Folge erstattete dieselbe Klinik, Dr. med. Y.\_\_\_\_, Chefärztin HNO, der IV-Stelle am 10. März 2023 einen entsprechenden Bericht (IV-Nr. 192). Diagnostiziert wurden eine sensorineurale Schwerhörigkeit wechselnden Ausmasses links (fluktuierende Hörschwelle) und eine hochgradige, an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit rechts (nach wahrscheinlicher Felsenbeinfraktur 1999). Nach einem Ohrtrauma auf der rechten Seite 1999 berichte die Beschwerdeführerin, dort kaum noch etwas zu hören. Im letzten Herbst sei es nach einer Otitis media aber auch zu einer Verschlechterung des Hörvermögens auf der linken Seite mit Druckgefühl und Rauschen gekommen. Das Hörvermögen sei seither wechselhaft. Der Untersuchungsbefund zeige beidseits differenzierte, reizlose, intakte Trommelfelle. Die Paukenhöhlen seien belüftet. Beidseits, links mehr als rechts, zeigten sich im Bereich der äusseren Ohrmuscheln flächenhafte, teilweise desquamierende Hautrötungen im Sinne einer Dermatitis, derentwegen die Beschwerdeführerin in dermatologischer Behandlung sei. Es bestünden zwischen den im Dezember und jetzt im März gemessenen Reintonaudiogrammen deutliche Unterschiede, was, wie auch von der Patientin geschildert, zu einer fluktuierenden Hörschwelle führe. Daher seien bei der Hörgeräteversorgung verschiedene Probleme zu erwarten. Am 15. März 2023 erfolgte die Gutsprache für eine monaurale Hörgerätepauschale (IV-Nr. 193).

6.9 Die RAD-Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_ gelangte in einer ausführlichen Stellungnahme vom 21. April 2023 zum Ergebnis, aus den neu eingereichten Arztberichten ergäben sich keine neuen IV-relevanten versicherungsmedizinischen Tatsachen. Die psychiatrischen Unterlagen seien nicht geeignet, Zweifel am Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_ zu wecken, und bei der beidseitigen Schwerhörigkeit handle es sich um eine durch eine Hörgeräteversorgung kompensierbare und somit besserbare medizinische Situation (IV-Nr. 197).

7. Im Verlauf des Beschwerdeverfahrens lässt die Beschwerdeführerin zahlreiche weitere Arztberichte einreichen. Diese werden nachfolgend kurz wiedergegeben, soweit sie als potenziell relevant erscheinen und deutlich über frühere Berichte derselben Ärzte hinausgehen oder von diesen abweichen.

7.1 Vonseiten der HNO-Fachrichtung liegen die folgenden zusätzlichen Dokumente vor:

7.1.1 Am 10. März 2023 verfasste die HNO-Ärztin Dr. med. Y.\_\_\_\_ neben dem Bericht an die Beschwerdegegnerin (E. II. 6.8.2) auch einen solchen an die Hausärztin Dr. med. G.\_\_\_\_ (BB 14). Sie stellte dieselben Diagnosen wie im anderen Bericht. Weiter führte sie aus, auffällig sei, dass die Hörschwelle im Reintonaudiogramm deutlich schlechter sei als noch im Dezember und dass bei der Messung der Sprachaudiometrie sowohl die Ergebnisse für Zahlworte als auch für einsilbige Worte ähnlich schlecht seien ■ typischerweise seien Zahlworte einfacher zu verstehen und zeigten dadurch bessere Resultate. Es könne daher vermutet werden, dass eine gewisse Aggravationskomponente im Spiel stehe. Alternativ dazu sei natürlich auch ein sprachliches Problem in der Sprachaudiometrie nicht ausgeschlossen, wobei die Beschwerdeführerin angebe, die deutschen Worte gut verstanden zu haben. Letzten Endes sei aber auch eine fluktuierende Hörschwelle im Rahmen einer sonstigen Erkrankung (retrocochleäre Problematik, Morbus Menière) nicht ausgeschlossen; deshalb habe sie, Dr. med. Y.\_\_\_\_, noch eine MR-Tomographie mit dieser Fragestellung angemeldet.

7.1.2 Dr. med. I.\_\_\_\_ diagnostiziert in ihrem Bericht vom 1. Februar 2024 (BB 31) aus HNO-Sicht einen Morbus Menière links (Erstdiagnose Juni 2023; gemäss internationalen

Barany Kriterien 2015; mehr als zwei Episoden von Dreh- / Schwankschwindelanfällen seit Dezember 2022; im MRI von 12. Mai 2023 mässiger, links-akzentuierter Hydrops endolymphaticus, welcher als Korrelat für einen links akzentuierten Morbus Menière aufgefasst werden könne) sowie eine an Taubheit grenzende hochgradige sensorineurale Schwerhörigkeit rechts (anamnestisch Status nach Felsenbeinfraktur 1999; mit vestibulo-cochleärer Funktionsstörung rechts). In der Beurteilung hält die Ärztin fest, neben der seit 1999 kompromittierten rechten Seite (partieller traumatisch bedingter cochleovestibulärer Ausfall rechts durch das erlittene Schädelhirntrauma mit Felsenbeinfraktur) komme nun auf der linken Seite die Morbus Menière-Erkrankung hinzu, welche zusätzlich zum vorbestehenden Defizit rechts mit episodentartigen Schwindelattacken, Tinnitus und Hörminderung auf der linken Seite einhergehe. Aus den Akten sei zu schliessen, dass bereits seit 1999 eine Beeinträchtigung des Gleichgewichtsorgans und der Cochlea rechts mit begleitender hochgradiger Schwerhörigkeit auf der rechten Seite vorliege. Da nun auch auf der linken Seite zunehmend der Hörverlust durch Morbus Menière fortschreite und die Patientin unter rezidivierenden stärksten Drehschwindelattacken leide, sei die Arbeitsfähigkeit entsprechend eingeschränkt. Da es sich bei Morbus Menière um eine chronische Erkrankung handle, welche zum aktuellen Wissensstand nicht geheilt werden könne, sei es schwer vorherzusagen, in welchen Abständen die Attacken in der Zukunft eintreten würden. Zusammengefasst lasse sich jedoch festhalten, dass aufgrund der Beeinträchtigungen des vestibulo-cochleären Systems initial rechts und nun beidseits (Morbus Menière links) die Arbeitsfähigkeit der Patientin bereits seit Jahren stark eingeschränkt/erschwert sei.

7.1.3 In einer weiteren Stellungnahme vom 4. Juni 2024 (BB 33) führt Dr. med. I. \_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin erfülle seit 2022 die diagnostischen Kriterien der Barany-Gesellschaft für einen Morbus Menière, dies aufgrund von rezidivierenden Dreh- und Schwankschwindelanfällen sowie Tinnitusverstärkung und fluktuierender Hörminderung links im Tieftonbereich mit Nausea und Erbrechen. Zudem sei am 12. Mai 2023 ein akzentuierter Hydrops endolymphaticus links nachgewiesen worden, der die Diagnose bildgeberisch beweise. Dass in der ärztlichen Erstexpertise durch Dr. med. Y. \_\_\_ vom 7. März 2023 die Diagnose Morbus Menière nicht aufgegriffen worden sei, möge daran liegen, dass es sich um eine Gehör-fokussierte Untersuchung zur Erstellung der Erstexpertise für die Hörgeräteversorgung gehandelt habe.

7.1.4 Im vom Gericht mit Verfügung vom 19. August 2024 einverlangten und mit Eingabe vom 4. Oktober 2024 nachgereichten Bericht des F. \_\_\_, Interdisziplinäres Zentrum für Schwindel und neurologische Sehstörungen (Dr. med. J. \_\_\_), vom 11. Dezember 2023 wurde u.a. die Diagnose «wahrscheinlicher Morbus Menière links ED 06/2023» gestellt und zur Anamnese im Wesentlichen angegeben, die Patientin habe sich mit einer seit ca. September 2022 bestehenden Problematik (initial Druckgefühl auf dem linken Ohr, im Dezember 2022 Hinzutreten eines starken Drehschwindels, eines Tinnitus sowie eines stark schwankenden Gehörs) vorgestellt. Schwindelanfälle seien anschliessend rezidivierend aufgetreten. Sie träten ohne Prodrom auf und schränkten sie im Alltag sehr ein. Der letzte Drehschwindelanfall habe vor ca. drei Wochen (Ende November 2023) stattgefunden, welcher nur fünf Minuten gedauert habe. Hauptsymptom sei aktuell das schwankende Gehör und der Tinnitus, welcher die Patientin in der Verständigung stark einschränke. Im Rahmen der Beurteilung wurde dargelegt, entsprechend dem Krankheitsbild des Morbus Menière berichte die Patientin über eine starke Fluktuation des Hörvermögens mit teils

guten und teils sehr schlechten Tagen, an welchen sie additiv unter einem sehr starken Tinnitus leide, welcher die Verständigung zusätzlich stark einschränke. Mit der Patientin sei folgendes Behandlungskonzept vorbesprochen worden: Aktuell sei eine medikamentöse Rückfallsprophylaxe mit Arlevert probatorisch in die Wege geleitet worden. Sollten sich erneut die Schwindelanfälle häufen, könne potentiell eine intratympanale serielle Dexamethason-Injektion eine Reduktion der Anfälle bewirken. Aktuell sei dies beim letzten Anfall vor drei Wochen mit wenig starker Ausprägung vorerst nicht aufgegleist worden. Zur besseren Erfassung der Häufigkeit und Intensität der Schwindelanfälle und Begleitsymptome sei mit der Patientin besprochen worden, ein Schwindeltagebuch über die nächsten Monate zu führen. Es werde eine Verlaufskontrolle in zwei bis drei Monaten zur Überwachung des weiteren Verlaufs hinsichtlich der Schwindelanfälle und der Hörsituation geplant (BB 35).

7.1.5 Aus dem ebenfalls mit Eingabe vom 4. Oktober 2024 nachgereichten Bericht des F.\_\_\_\_, Interdisziplinäres Zentrum für Schwindel und neurologische Sehstörungen (Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_) vom 26. September 2024 geht u.a. die Diagnose «Gesicherter Morbus Menière links ED 06/2023 gemäss internationalen Barany Kriterien 2015» hervor, wobei zur Anamnese angegeben wurde, seit den seriellen Dexamethasoninjektionen vor knapp 3 Monaten habe sich keine Besserung der Schwindelbeschwerden sowie der Kopfschmerzen gezeigt. Es seien weiterhin tägliche Schwindelbeschwerden vorhanden. Besonders am Morgen habe die Patientin Probleme beim Aufstehen, wobei es ihr schwarz werde vor den Augen; im Verlauf des Tages verbessere sich dies etwas. Zudem sei es zuletzt vor ca. einer Woche zu einem Schwindelanfall mit einer Dauer von ca. zwei bis drei Tagen gekommen, begleitend von einem Ohrgeräusch links. Immer wieder falle auch das linke Ohr zu. Im Weiteren löse das Drehen des Kopfes nach links Nackenschmerzen aus, was den Schwindel zusätzlich negativ beeinflusse und zu Kopfschmerzen führe. Sie könne sich häufig nur noch hinlegen, wenn es zu Schwindel oder Kopfschmerzen komme. Die Beurteilung lautete wie folgt: Leider habe die durchgeführte Therapie nicht zu einer Besserung der Beschwerden geführt. Weitere Faktoren, wie eine orthostatische Komponente, eine vestibuläre Migräne und eine zervikale Verspannung aggravierten die Schwindelbeschwerden zusätzlich und erschwerten eine erfolgversprechende Therapie. Eine substantielle Verbesserung der Schwindelbeschwerden sei in absehbarer Zeit leider nicht zu erwarten. Eine Arbeitsfähigkeit für Überkopfarbeiten und exponierte Tätigkeiten (z.B. auf der Leiter oder für andere Arbeiten, bei denen die Patientin auf ein intaktes Gleichgewichtssystem angewiesen sei) sei nicht gegeben (BB 36).

7.2 In psychiatrischer Hinsicht wurden insbesondere die folgenden Unterlagen neu eingereicht:

7.2.1 Der behandelnde Psychiater Dr. med. C.\_\_\_\_ erstattete am 22. Juni 2023 eine erneute Verlaufsbeurteilung (BB 23). Als Diagnosen nennt er eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit somatischem Syndrom (F33.2), eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1), eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (F45.41) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit emotional instabilen, histrionischen und selbstunsicheren Anteilen (Z73.1). Während des Behandlungsverlaufs habe in der Gesamtschau weiterhin ein chronisch beeinträchtigter Gesundheitszustand mit permanent schwerem Leidensdruck bei zugleich Motivation zur Genesung vorgelegen. Symptome seien eine depressive Stimmung, Interessenlosigkeit, Verlust von Empfinden der Freude und Antriebsstörung sowie deutliche

Konzentrationsdefizite, ein verlangsamtes Denken, Ängstlichkeit, herabgesetzte Motivation, Müdigkeit mit anhaltendem Grübeln, Schlafstörungen, latente Suizidalität und leichte Gedächtnisstörungen. Die bisherige antidepressive Behandlung erscheine wirkungslos. Die Depression begründe eine volle Arbeitsunfähigkeit in jeder Erwerbstätigkeit seit Februar 2018. Zudem leide die Beschwerdeführerin seit vermutlich über 15 Jahren an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Aus seiner Sicht habe die Beschwerdeführerin die verordneten Medikamente regelmässig eingenommen. Eine weitere, ähnlich lautende Stellungnahme von Dr. med. C.\_\_\_\_ wurde am 13. Juli 2023 eingereicht (BB 24).

7.2.2 Dem Bericht der W.\_\_\_\_, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, vom 7. August 2023 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin dort vom 24. Juli bis 5. August 2023 erneut hospitalisiert war (BB 21). Als Hauptdiagnosen genannt werden eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1) sowie eine somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet (F45.9), DD Fibromyalgie-Syndrom. Die Patientin schildere ihr in den 1990er Jahren erfahrenes Leid. Im Psychostatus habe vor allem eine deutliche Einengung auf schwierige Lebenssituationen imponiert. Im Affekt: Störung der Vitalgefühle, Deprimiertheit und Hoffnungslosigkeit, Antriebsarmut, Morgentief, ausgeprägte Schlafstörungen mit Albträumen, Flashbacks sowie vermehrt sozialer Rückzug. Trotz Medikamentenanpassungen und der Teilnahme an der Therapie habe sich der psychische Zustand der Beschwerdeführerin kaum bessern lassen und mit einer generellen Besserung sei auch kaum mehr zu rechnen.

7.3 Weiter liess die Beschwerdeführerin einen Bericht der Hausärztin Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 13. Juni 2023 auflegen (BB 12 bzw. 27). Dort werden die folgenden Diagnosen genannt:

8. Die Beschwerdegegnerin gelangte zum Ergebnis, eine erhebliche, anspruchrelevante Veränderung des Gesundheitszustands im massgeblichen Vergleichszeitraum (vgl. E. II. 5 hiervor) sei nicht ausgewiesen. In psychiatrischer Hinsicht stützt sie sich dabei auf das Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2022 (IV-Nr. 164; vgl. E. II. 6.4 hiervor), in somatischer Hinsicht (inkl. HNO) auf die Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 21. April 2023 (IV-Nr. 197; E. II. 6.9 hiervor).

8.1 Umstritten ist zunächst die Beweiskraft des Gutachtens von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2022 (IV-Nr. 164; E. II. 6.4 hiervor).

8.1.1 Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_ basiert auf einer eigenen Exploration der Beschwerdeführerin und den vollständigen Vorakten. Der Experte geht ausführlich auf die Angaben der Beschwerdeführerin zur Anamnese und den Symptomen ein. Er beschreibt die erhobenen Befunde, leitet Diagnosen her und äussert sich eingehend zur Arbeitsfähigkeit und zur Frage nach einer Veränderung des Gesundheitszustands. Dabei geht er jeweils auf die früheren ärztlichen Beurteilungen, einschliesslich der abweichenden Stellungnahmen der behandelnden Ärzte, insbesondere des Psychiaters Dr. med. C.\_\_\_\_ und der W.\_\_\_\_, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, [...], ein. Seine Beurteilungen und Einschätzungen sind schlüssig und werden ausführlich und nachvollziehbar begründet. Das Gutachten wird damit den allgemeinen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme gerecht.

8.1.2 Wie dargelegt, äussert sich Dr. med. F.\_\_\_\_ zu den ihm vorliegenden Stellungnahmen, welche zu anderen Ergebnissen gelangen. In diagnostischer Hinsicht steht insbesondere die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung zur Diskussion, welche von den Behandlern gestellt wird. Diese verneint der Gutachter mit der einleuchtenden Begründung, die für ein solches Leiden kennzeichnenden Symptome seien nicht angegeben worden (vgl. E. II. 6.4.2 hiervor am Ende). Dr. med. C.\_\_\_\_ hält zwar in seinen weiteren Stellungnahmen an dieser Diagnose fest, ohne aber zu diesem Aspekt Stellung zu nehmen; seine Ausführungen konzentrieren sich denn auch primär auf die affektive Symptomatik. Diesbezüglich ist auch zu berücksichtigen, dass nach der Rechtsprechung die Herleitung und Begründung der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung einer besonderen Achtsamkeit bedarf (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_415/2021 vom 13. Oktober 2021 E. 4.1 mit Hinweisen). Die in diesem Zusammenhang erforderlichen differenzierten Angaben, welche es erlauben würden, die Diagnosestellung anhand der Kriterien gemäss ICD-10 nachzuvollziehen, finden sich in den Akten, einschliesslich der Berichte der behandelnden Fachpersonen, nicht. Es besteht daher kein Grund, an der Verneinung der Diagnose durch den Gutachter zu zweifeln. Soweit später im Austrittsbericht der W.\_\_\_\_ vom 18. Januar 2023 (BB 9) ausgeführt wird, es seien «Intrusionen . als Symptome beobachtet worden, wie Flashbacks und Alpträume», welche interpretiert würden «als Folge der Gutachtergespräche, da die Patientin ihre Geschichte wieder erzählen musste», handelt es sich um eine Vermutung, welche nicht zu überzeugen vermag, zumal die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung von den behandelnden Ärzten schon vor der Begutachtung gestellt worden war, wobei auch damals entsprechende Symptome zur Diskussion standen (vgl. E. II. 6.2 hiervor). Ein relevanter Hinweis auf eine nach der Begutachtung eingetretene Verschlechterung, welche der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung zuzuordnen wäre, lässt sich daraus nicht ableiten. Es wäre mit der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gemäss ICD-10 F43.1 auch kaum zu vereinbaren, dass die entsprechende Symptomatik erstmals mehr als 20 Jahre nach dem auslösenden Ereignis (Gewalt in der Partnerschaft Ende der 90er Jahre) durch ein Gespräch mit einem Arzt ausgelöst würde.

8.1.3 Die zweite, für die Anspruchsbeurteilung zentralere Abweichung betrifft die Beurteilung der affektiven Symptomatik. Der Gutachter Dr. med. F.\_\_\_\_ geht ebenso wie Dr. med. C.\_\_\_\_ und die Ärzte der W.\_\_\_\_ von einer rezidivierenden depressiven Störung aus, wobei sie den Schweregrad unterschiedlich einschätzen: Während Dr. med. C.\_\_\_\_ jeweils eine schwere Episode diagnostiziert, gehen die Ärzte der W.\_\_\_\_ von einer mittelgradigen Episode aus (Austrittsberichte vom 2. Dezember 2022, 18. Januar 2023 und 7. August 2023; BB 8, 9 und 21), wogegen der Gutachter zum Ergebnis gelangt, es liege eine gegenwärtig leichte depressive Episode vor. Diese Einschätzung begründet der Gutachter auf der Basis der Angaben der Beschwerdeführerin, der Vorakten und der durch ihn erhobenen Befunde einleuchtend und überzeugend. Namentlich stützt er sich auf den Verlauf und die Intensität der Behandlung, welche sich, wie er nachvollziehbar darlegt, nicht mit einer ausserordentlich schweren psychischen Erkrankung, wie sie Dr. med. C.\_\_\_\_ attestiert, vereinbaren liesse. Wenn der Experte ergänzend den Umstand berücksichtigte, dass gemäss Laboruntersuchung davon auszugehen sei, dass die Beschwerdeführerin die verschriebenen Medikamente nicht oder jedenfalls nicht in der angegebenen Dosis eingenommen habe, lässt sich dies ebenfalls nicht beanstanden. Dabei kann offen bleiben, ob, wie die Beschwerdeführerin geltend machen lässt, beim Medikament Agomelatin / Valdoxan eine Blutspiegelmessung wegen der kurzen Halbwertszeit gar nicht

möglich sei (vgl. Eingabe vom 10. Oktober 2023, A.S. 32 f.), denn die Feststellung des Gutachters bezog sich nicht nur auf dieses Medikament. Bei seiner Beurteilung berücksichtigte der Experte auch den Umstand, dass seit 2007, also noch vor der früheren Verfügung vom 11. Juni 2008, keine stationäre Behandlung mehr stattgefunden hatte, wobei die Beschwerdeführerin im Jahr 2021 ein entsprechendes Angebot abgelehnt hatte (vgl. E. II. 6.3 hiervor). Inzwischen haben zwar, wie sich den eingereichten Austrittsberichten entnehmen lässt (BB 8, 9 und 21), drei stationäre Aufenthalte stattgefunden; dies stellt aber weder die gutachterliche Einschätzung nachträglich infrage noch bildet es einen hinreichenden Anlass für die Annahme, es sei später eine erhebliche Veränderung eingetreten, welche sich noch vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 17. Mai 2023 anspruchsrelevant ausgewirkt hätte. So wurde die Schwere der depressiven Symptomatik weniger gravierend eingeschätzt als in den früheren, dem Gutachter vorliegenden Berichten von Dr. med. C.\_\_\_\_. Aspekte, welche Dr. med. F.\_\_\_\_ im Rahmen seiner Begutachtung übersehen oder unbeachtet gelassen hätten, ergeben sich weder aus den Berichten von Dr. med. C.\_\_\_\_ noch aus jenen der W.\_\_\_\_. Auf das psychiatrische Gutachten kann daher in Bezug auf die Beurteilung des Gesundheitszustands abgestellt werden.

8.1.4 Die Einschränkungen respektive die Arbeitsunfähigkeit, welche sich aus den festgestellten psychischen Beeinträchtigungen ergeben, leitet der Gutachter unter Bezugnahme auf das System gemäss Mini-ICF-APP her (vgl. E. II. 6.4.5 hiervor). Seine Darlegungen sind auch in diesem Punkt einleuchtend und nachvollziehbar. Auf dieser Grundlage überzeugt auch die Aussage von Dr. med. F.\_\_\_\_, wonach gegenüber der Situation, welche der Verfügung vom 11. Juni 2008 zugrunde lag, keine wesentliche Veränderung des psychischen Gesundheitszustands und der dadurch begründeten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit eingetreten sei. Das psychiatrische Teilgutachten aus dem Jahr 2003 hatte eine leichte bis mittelgradige depressive Episode attestiert (IV-Nr. 35 S. 12; vgl. E. II. 5 hiervor). Der Gutachter Dr. med. B.\_\_\_\_ ging im Jahr 2008 von einer depressiven Störung aus, «aktuell Angst und depressive Störung gemischt», wobei die bisher massgebliche Beurteilung aus dem Jahr 2003 hinsichtlich Diagnostik und medizinisch-theoretischer Arbeitsfähigkeit nach wie vor Gültigkeit habe (vgl. IV-Nr. 119 S. 16 und 23; E. II. 5 hiervor). Dies gilt mit Blick auf die Beurteilung von Dr. med. F.\_\_\_\_ auch für den hier zu prüfenden Zeitraum bis zur Verfügung vom 17. Mai 2023. Den Ausführungen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin anlässlich der öffentlichen Schlussverhandlung vom 26. Mai 2025, wonach im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vor dem Hintergrund der stationären spezialärztlichen Untersuchungsergebnisse und der Beurteilung von Dr. med. D.\_\_\_\_ von einer «völlig anderen Situation» ausgegangen worden sei, kann nicht gefolgt werden. Ebenso wenig bestehen Hinweise für eine ungenügende Untersuchung oder Befragung der Beschwerdeführerin durch den Gutachter Dr. med. Z.\_\_\_\_. Die Berichte der behandelnden Ärzte der W.\_\_\_\_ und des behandelnden Psychiaters vermögen den Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens nicht zu schmälern.

8.2 Eine erhebliche Verschlechterung steht auch in Bezug auf die Beschwerden im Bereich des Gehörs zur Diskussion.

8.2.1 Bereits im Jahr 2002 fanden Untersuchungen durch die HNO-Fachärzte Dr. med. AA.\_\_\_\_ und Dr. med. AB.\_\_\_\_ (letzterer von der Abteilung Arbeitsmedizin der Suva) statt (vgl. IV-Nr. 29). Die Beschwerdeführerin klagte u.a. über Drehschwindel, Kopfschmerzen und Tinnitus. Diese Befunde fanden auch im B.\_\_\_\_-Gutachten vom 5. Mai 2003

Berücksichtigung. Diagnostiziert wurde damals eine cochleovestibuläre Funktionsstörung rechts mit Gehörseinbusse rechts (IV-Nr. 35 S. 14). Der neurologische Teilgutachter führte aus, durch diese Störung werde einerseits der Gleichgewichtssinn leicht bis mässig beeinträchtigt, andererseits bestehe ein Gehörsverlust rechts. Dies führe zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor allem für Tätigkeiten mit Überkopparbeiten oder aber auch exponierte Tätigkeiten (zum Beispiel auf Leitern oder andere Arbeiten, bei denen die Patientin auf ein intaktes Gleichgewichtssystem angewiesen sei). Im Vergleich zur Untersuchung vom 1. März 2002 bei Dr. med. AB.\_\_\_\_ hätten in der Zwischenzeit Kompensationsmechanismen des zentral-vestibulären Systems zum Ausgleich der Vestibulopathie rechts stattgefunden, so dass nicht mehr, wie damals, von einer mittelschweren bis schweren objektivierbaren Störung des Gleichgewichtsfunktionssystems ausgegangen werden müsse, sondern diese heute als leicht bis mässig qualifiziert werden könne. In einer den Beschwerden der Patientin angepassten Tätigkeit, vor allem bei sitzenden Arbeiten, ohne Kopfwangshaltung, sei unter diesem Aspekt eine Arbeitsfähigkeit von 100 % denkbar (IV-Nr. 35 S. 9). Den Berichten der behandelnden Ärzte aus der Zeit vor der rentenbestätigenden Verfügung vom 11. Juni 2008 (IV-Nr. 126) lassen sich ausserdem Hinweise auf einen fortbestehenden Tinnitus entnehmen (vgl. IV-Nr. 104 S. 1, 123 S. 11). Dieser wird auch in den früheren Akten erwähnt, wobei teilweise festgehalten wird, es bestehe zeitweise ein hochfrequenter Tinnitus links (vgl. IV-Nr. 29 S. 5), aber häufiger ein Tinnitus rechts genannt wird (vgl. IV-Nr. 65 S. 1, 109 S. 11). Dr. med. B.\_\_\_\_ hielt in seinem Gutachten vom 7. Februar 2008 fest, ihm gegenüber sei kein Tinnitus angegeben worden (IV-Nr. 119 S. 19).

8.2.2 In den Jahren nach der Verfügung vom 11. Juni 2008 sind keine HNO-ärztlichen Berichte aktenkundig. Es muss davon ausgegangen werden, dass keine entsprechenden Behandlungen oder Untersuchungen stattfanden. Auch im Revisionsgesuch mit Beilagen vom 11. Januar 2021 (IV-Nr. 143) sowie in den weiteren psychiatrischen und hausärztlichen Berichten, die der Beschwerdegegnerin im weiteren Verlauf eingereicht wurden, fehlen die entsprechenden Diagnosen und Angaben (vgl. IV-Nr. 146 f., 151). Das Einwandschreiben vom 21. September 2022 (IV-Nr. 175) erwähnt Krankheiten «betr. Knochen, Bewegungsorgane, Bewegungsapparat, Funktionsausfälle, Diabetes, Hypertonie, Hautkrankheiten, Gebrechen 738 etc.» (IV-Nr. 175 S. 6), nimmt aber jedenfalls nicht ausdrücklich auf Gehör und Gleichgewicht Bezug. Im Bericht vom 1. November 2022 erwähnt Dr. med. G.\_\_\_\_ immerhin eine traumatische Trommelfellruptur rechts (IV-Nr. 178 S. 2), was aber nicht auf eine Veränderung hinweist.

8.2.3 Am 22. Dezember 2022 fand schliesslich die erste Untersuchung bei Dr. med. Y.\_\_\_\_ statt (IV-Nr. 186 S. 3 ff.; E. II. 6.8.1 hiervor). Laut dem Bericht handelte es sich um eine Nachkontrolle nach Otitis media rechts. Diese war ausgeheilt, die Beschwerdeführerin klagte über ein Druckgefühl und einen pfeifenden Tinnitus links. Das Reintonaudiogramm ergab neben der bekannten Ertaubung rechts eine sensorineurale mittelschwere Schwerhörigkeit links, welche nach Einschätzung der Ärztin die Beschwerden erklären könnte. Es erfolgte eine Anmeldung für ein Hörgerät. Im Bericht an die IV-Stelle vom 10. März 2023 (IV-Nr. 192; E. II. 6.8.2 hiervor) wurden eine sensorineurale Schwerhörigkeit wechselnden Ausmasses links und eine hochgradige, an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit rechts diagnostiziert, wobei deutliche Unterschiede zu den Untersuchungsbefunden vom Dezember bestünden, was zu einer fluktuierenden Hörschwelle führe. Der gleichentags verfasste Bericht an die Hausärztin (BB 14; E.

II. 7.1.1) enthält eine etwas andere Akzentsetzung.

8.2.4 Den Berichten von Dr. med. I. \_\_\_ vom 1. Februar 2024 und 4. Juni 2024 (BB 31 und 33; E. II. 7.1.2 und 7.1.3 hiervor) lässt sich entnehmen, dass im Anschluss an eine MRI-Untersuchung vom 12. Mai 2023 im Juni 2023 erstmals ein Morbus Menière links diagnostiziert wurde. Diese Einschränkung ist gegenüber den früheren Berichten, auch jenen von 2002, neu hinzugekommen und bildet, falls sie sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt, potenziell einen Revisionsgrund. Entscheidend ist somit, ob hinreichende Anhaltspunkte für eine Veränderung bestehen, welche vor dem Erlass der Verfügung vom 17. Mai 2023 anspruchswirksam geworden sein könnte. Dr. med. I. \_\_\_ führt dazu im Bericht vom 1. Februar 2024 aus, es sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit bereits seit Jahren stark eingeschränkt sei. Im Bericht vom 4. Juni 2024 wird von ihr erklärt, die Kriterien für den Morbus Menière seien «seit 2022 mit rezidivierenden Dreh- und Schwankschwindelanfällen sowie Tinnitusverstärkung und fluktuierender Hörminderung links im Tieftonbereich mit Nausea und Erbrechen «sehr wohl» erfüllt. Aufgrund der Aktenlage kann aber nicht als ausgewiesen gelten, dass diese Symptome schon 2022 aufgetreten wären. Insbesondere ist das verstärkte Auftreten von Schwindel nicht dokumentiert. Der Bericht von Dr. med. Y. \_\_\_ vom 23. Dezember 2022 hält vielmehr fest, es bestünden «keine Otagie, Schwindel oder Otorrhoe links» (vgl. E. II. 6.8.1 hiervor; IV-Nr. 186 S. 3). Erwähnt wird dagegen ein Tinnitus links. Ein solcher findet allerdings ebenfalls bereits in den Vorakten Erwähnung (vgl. E. II. 8.2.1 hiervor), so dass nicht eindeutig ist, ob eine Veränderung ausgewiesen ist. Unabhängig davon wäre damit ■ bei gleichzeitig ausdrücklich verneintem Auftreten von Schwindel ■ eine Symptomatik, welche einen Morbus Menière als erstellt erscheinen lässt, nicht gegeben. Auch die beiden Berichte von Dr. med. Y. \_\_\_ vom 10. März 2023 (E. II. 6.8.2 und 7.1.1) enthalten weder eine entsprechende Diagnose noch Befundfeststellungen, welche hierfür ausreichen würden. Das mag, wie Dr. med. I. \_\_\_ vermutet, mit der damals der Ärztin gestellten Aufgabe (Hörgeräteversorgung) zusammenhängen, ändert aber nichts daran, dass die Diagnose und die hierfür relevanten Schwindelsymptome bis zu diesem Zeitpunkt in den echtzeitlichen Berichten von 2022 und Anfang 2023 nicht erwähnt wurden. Das Auftreten eines Morbus Menière kann daher nicht vor den entsprechenden bildgebenden Aufnahmen, welche laut den Berichten von Dr. med. I. \_\_\_ am 12. Mai 2023 erstellt wurden, als mit überwiegend Wahrscheinlichkeit erstellt angenommen werden. Eine andere Beurteilung geht auch nicht aus dem vom Gericht beigezogenen Bericht von Dr. med. J. \_\_\_ vom 11. Dezember 2023 hervor, worin ein «wahrscheinlicher Morbus Menière links Erstdiagnose Juni 2023» diagnostiziert und mit der Beschwerdeführerin besprochen wurde, zur besseren Erfassung der Häufigkeit und Intensität der Schwindelanfälle und Begleitsymptome ein Schwindeltagebuch über die nächsten Monate zu führen (BB 35). Auch im von der Beschwerdeführerin nachgereichten, vorliegend jüngsten Bericht von Prof. Dr. med. K. \_\_\_ vom 26. September 2024 wurde die Diagnose «gesicherter Morbus Menière links Erstdiagnose Juni 2023 gemäss internationalen Barany Kriterien 2015» gestellt und dargelegt, es bestünden rezidivierende Episoden von Dreh- / Schwankschwindelanfälle seit Dezember 2022 mit einer Dauer von ca. 15 Minuten bis 24 Stunden, begleitet von Tinnitusverstärkung links und fluktuierender Hörminderung links (BB 36). Damit ist auch gestützt auf diese beiden nachgereichten fachärztlichen Berichte ■ trotz darin bereits seit Dezember 2022 angegebener Schwindelanfälle ■ von einer Erstdiagnose eines Morbus Menière im Anschluss an die bildgebenden Aufnahmen (MRI) vom 12. Mai 2023 auszugehen. Es gilt dabei dem Umstand Rechnung zu tragen, dass

der erst im MRI vom 12. Mai 2023 festgestellte mässige, links-akzentuierte Hydrops endolymphaticus als Korrelat für einen links akzentuierten Morbus Menière aufgefasst werden kann (vgl. BB 44). Diese Veränderung hätte aber bei Erlass der Verfügung vom 17. Mai 2023 noch nicht drei Monate gedauert (vgl. Art. 88a IVV) und konnte damit den Anspruch (jedenfalls noch) nicht beeinflussen. Ein Revisionsgrund, der im vorliegenden Verfahren zu berücksichtigen wäre, ist auch unter diesem Aspekt zu verneinen. Die Beschwerdegegnerin wird aber unter dem Aspekt eines Morbus Menière zu prüfen haben, ob eine Veränderung ausgewiesen ist, die eine Rentenerhöhung auf einen späteren Zeitpunkt nach sich zieht.

8.3 Auch unter dem Aspekt der weiteren, in den Berichten von Dr. med. G.\_\_\_\_ erwähnten Diagnosen (vgl. E. II. 6.1, 6.6 und 7.3 hiervor) ist eine erhebliche Veränderung nicht ausgewiesen. Dies wird auch nicht substantiiert geltend gemacht. Die anlässlich der öffentlichen Hauptverhandlung vom 26. Mai 2025 gemachten Ausführungen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin ergeben keine andere Beurteilung.

9. Zusammenfassend ist die Beschwerde abzuweisen. Die Beschwerdegegnerin wird jedoch zu prüfen haben, ob unter HNO-medizinischen Gesichtspunkten, insbesondere durch den neu diagnostizierten Morbus Menière links, eine erhebliche Veränderung eingetreten ist, welche den Anspruch in der Zeit nach dem Erlass der Verfügung vom 17. Mai 2023 beeinflusst. Diese Frage bildet nicht Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens. Dementsprechend hat sich das Gericht dazu nicht abschliessend zu äussern.

9.2 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 die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

3. Die Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

4. Je eine Kopie des Protokolls der Verhandlung vom 26. Mai 2025 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Schmidhauser

## **E. 5**

Es sei bei einer unabhängigen Fachstelle eine praktische Arbeitsabklärung (konkrete Arbeitsversuche, Versuche zur Steigerung des Pensums) für [die Beschwerdeführerin] in Auftrag zu geben.

## **E. 6**

Es seien die Resultate der Gutachten des Spezialarztes für Psychiatrie Herr Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 21. Juli 2022 und vom 12. April 2021 in die Entscheidungsfindung einzubeziehen.

## **E. 6.8**

6.8.1 Im Bericht der HNO Klinik des Spitals H.\_\_\_\_ vom 23. Dezember 2022 (IV-Nr. 186 S. 3 ff.) wird als Hauptdiagnose eine mittelschwere, sensorineurale Schwerhörigkeit links bei bekannter vorbestehender Ertaubung auf der rechten Seite angegeben. Die Patientin sei zur HNO-ärztlichen Nachkontrolle nach Otitis media rechts zugewiesen worden. Die Ertaubung rechts bestehe seit dem Jahr 1999. Neu beklage die Patientin ein kontinuierliches Pfeifen, nicht pulsierend, auf dem linken Ohr sowie einen intermittierenden Druck. Es bestünden keine Otagie, kein Schwindel und keine Otorrhoe links. Die Otitis media schein gänzlich ausgeheilt zu sein, aktuell plage eher das linke Ohr mit Druckgefühl und pfeifendem Tinnitus. Im Reintonaudiogramm habe sich eine mittelschwere sensorineurale Schwerhörigkeit auf der linken Seite gezeigt, welche die Beschwerden erklären könnte. Auf Grund der Schwerhörigkeit habe man der Patientin geraten, ein Hörgerät zu beantragen. Am 28./30. Dezember 2022 reichte die Beschwerdeführerin denn auch eine Anmeldung zum Leistungsbezug für Hilfsmittel (Hörgeräte) ein (IV-Nr. 179). 6.8.2 In der Folge erstattete dieselbe Klinik, Dr. med. Y.\_\_\_\_, Chefärztin HNO, der IV-Stelle am 10. März 2023 einen entsprechenden Bericht (IV-Nr. 192). Diagnostiziert wurden eine sensorineurale Schwerhörigkeit wechselnden Ausmasses links (fluktuierende Hörschwelle) und eine hochgradige, an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit rechts (nach wahrscheinlicher Felsenbeinfraktur 1999). Nach einem Ohrtrauma auf der rechten Seite 1999 berichte die Beschwerdeführerin, dort kaum noch etwas zu hören. Im letzten Herbst sei es nach einer Otitis media aber auch zu einer Verschlechterung des Hörvermögens auf der linken Seite mit Druckgefühl und Rauschen gekommen. Das Hörvermögen sei seither wechselhaft. Der Untersuchungsbefund zeige beidseits differenzierte, reizlose, intakte Trommelfelle. Die Paukenhöhlen seien belüftet. Beidseits, links mehr als rechts, zeigten sich im Bereich der äusseren Ohrmuscheln flächenhafte, teilweise desquamierende Hautrötungen im Sinne einer Dermatitis, derentwegen die Beschwerdeführerin in dermatologischer Behandlung sei. Es bestünden zwischen den im Dezember und jetzt im März gemessenen Reintonaudiogrammen deutliche Unterschiede, was, wie auch von der Patientin geschildert, zu einer fluktuierenden Hörschwelle führe. Daher seien bei der Hörgeräteversorgung verschiedene Probleme zu erwarten. Am 15. März 2023 erfolgte die Gutsprache für eine monaurale Hörgerätepauschale (IV-Nr. 193). 6.9 Die RAD-Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_ gelangte in einer ausführlichen Stellungnahme vom 21. April 2023 zum Ergebnis, aus den neu eingereichten Arztberichten ergäben sich keine neuen IV-relevanten versicherungsmedizinischen Tatsachen. Die psychiatrischen Unterlagen seien nicht geeignet, Zweifel am Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_ zu wecken, und bei der beidseitigen Schwerhörigkeit handle es sich um eine durch eine Hörgeräteversorgung kompensierbare und somit besserbare medizinische Situation (IV-Nr. 197). 7. Im Verlauf des Beschwerdeverfahrens lässt die Beschwerdeführerin zahlreiche weitere Arztberichte einreichen. Diese werden nachfolgend kurz wiedergegeben, soweit sie als potenziell

relevant erscheinen und deutlich über frühere Berichte derselben Ärzte hinausgehen oder von diesen abweichen. 7.1 Vonseiten der HNO-Fachrichtung liegen die folgenden zusätzlichen Dokumente vor: 7.1.1 Am 10. März 2023 verfasste die HNO-Ärztin Dr. med. Y.\_\_\_\_ neben dem Bericht an die Beschwerdegegnerin (E. II. 6.8.2) auch einen solchen an die Hausärztin Dr. med. G.\_\_\_\_ (BB 14). Sie stellte dieselben Diagnosen wie im anderen Bericht. Weiter führte sie aus, auffällig sei, dass die Hörschwelle im Reintonaudiogramm deutlich schlechter sei als noch im Dezember und dass bei der Messung der Sprachaudiometrie sowohl die Ergebnisse für Zahlworte als auch für einsilbige Worte ähnlich schlecht seien – typischerweise seien Zahlworte einfacher zu verstehen und zeigten dadurch bessere Resultate. Es könne daher vermutet werden, dass eine gewisse Aggravationskomponente im Spiel stehe. Alternativ dazu sei natürlich auch ein sprachliches Problem in der Sprachaudiometrie nicht ausgeschlossen, wobei die Beschwerdeführerin angebe, die deutschen Worte gut verstanden zu haben. Letzten Endes sei aber auch eine fluktuierende Hörschwelle im Rahmen einer sonstigen Erkrankung (retrocochleäre Problematik, Morbus Menière) nicht ausgeschlossen; deshalb habe sie, Dr. med. Y.\_\_\_\_, noch eine MR-Tomographie mit dieser Fragestellung angemeldet. 7.1.2 Dr. med. I.\_\_\_\_ diagnostiziert in ihrem Bericht vom 1. Februar 2024 (BB 31) aus HNO-Sicht einen Morbus Menière links (Erstdiagnose Juni 2023; gemäss internationalen Barany Kriterien 2015; mehr als zwei Episoden von Dreh- / Schwankschwindelanfällen seit Dezember 2022; im MRI von 12. Mai 2023 mässiger, links-akzentuierter Hydrops endolymphaticus, welcher als Korrelat für einen links akzentuierten Morbus Menière aufgefasst werden könne) sowie eine an Taubheit grenzende hochgradige sensorineurale Schwerhörigkeit rechts (anamnestisch Status nach Felsenbeinfraktur 1999; mit vestibulo-cochleärer Funktionsstörung rechts). In der Beurteilung hält die Ärztin fest, neben der seit 1999 kompromittierten rechten Seite (partieller traumatisch bedingter cochleovestibulärer Ausfall rechts durch das erlittene Schädelhirntrauma mit Felsenbeinfraktur) komme nun auf der linken Seite die Morbus Menière-Erkrankung hinzu, welche zusätzlich zum vorbestehenden Defizit rechts mit episodentartigen Schwindelattacken, Tinnitus und Hörminderung auf der linken Seite einhergehe. Aus den Akten sei zu schliessen, dass bereits seit 1999 eine Beeinträchtigung des Gleichgewichtsorgans und der Cochlea rechts mit begleitender hochgradiger Schwerhörigkeit auf der rechten Seite vorliege. Da nun auch auf der linken Seite zunehmend der Hörverlust durch Morbus Menière fortschreite und die Patientin unter rezidivierenden stärksten Drehschwindelattacken leide, sei die Arbeitsfähigkeit entsprechend eingeschränkt. Da es sich bei Morbus Menière um eine chronische Erkrankung handle, welche zum aktuellen Wissensstand nicht geheilt werde könne, sei es schwer vorherzusagen, in welchen Abständen die Attacken in der Zukunft eintreten würden. Zusammengefasst lasse sich jedoch festhalten, dass aufgrund der Beeinträchtigungen des vestibulo-cochleären Systems initial rechts und nun beidseits (Morbus Menière links) die Arbeitsfähigkeit der Patientin bereits seit Jahren stark eingeschränkt/erschwert sei. 7.1.3 In einer weiteren Stellungnahme vom 4. Juni 2024 (BB 33) führt Dr. med. I.\_\_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin erfülle seit 2022 die diagnostischen Kriterien der Barany-Gesellschaft für einen Morbus Menière, dies aufgrund von rezidivierenden Dreh- und Schwankschwindelanfällen sowie Tinnitusverstärkung und fluktuierender Hörminderung links im Tieftonbereich mit Nausea und Erbrechen. Zudem sei am 12. Mai 2023 ein akzentuierter Hydrops endolymphaticus links nachgewiesen worden, der die Diagnose bildgeberisch beweise. Dass in der ärztlichen Erstexpertise durch Dr. med. Y.\_\_\_\_ vom 7. März 2023 die Diagnose Morbus Menière nicht aufgegriffen worden sei, möge daran

liegen, dass es sich um eine Gehör-fokussierte Untersuchung zur Erstellung der Erstexpertise für die Hörgeräteversorgung gehandelt habe. 7.1.4 Im vom Gericht mit Verfügung vom 19. August 2024 einverlangten und mit Eingabe vom 4. Oktober 2024 nachgereichten Bericht des F.\_\_\_\_, Interdisziplinäres Zentrum für Schwindel und neurologische Sehstörungen (Dr. med. J.\_\_\_\_), vom 11. Dezember 2023 wurde u.a. die Diagnose «wahrscheinlicher Morbus Menière links ED 06/2023» gestellt und zur Anamnese im Wesentlichen angegeben, die Patientin habe sich mit einer seit ca. September 2022 bestehenden Problematik (initial Druckgefühl auf dem linken Ohr, im Dezember 2022 Hinzutreten eines starken Drehschwindels, eines Tinnitus sowie eines stark schwankenden Gehörs) vorgestellt. Schwindelanfälle seien anschliessend rezidivierend aufgetreten. Sie träten ohne Prodrom auf und schränkten sie im Alltag sehr ein. Der letzte Drehschwindelanfall habe vor ca. drei Wochen (Ende November 2023) stattgefunden, welcher nur fünf Minuten gedauert habe. Hauptsymptom sei aktuell das schwankende Gehör und der Tinnitus, welcher die Patientin in der Verständigung stark einschränke. Im Rahmen der Beurteilung wurde dargelegt, entsprechend dem Krankheitsbild des Morbus Menière berichte die Patientin über eine starke Fluktuation des Hörvermögens mit teils guten und teils sehr schlechten Tagen, an welchen sie additiv unter einem sehr starken Tinnitus leide, welcher die Verständigung zusätzlich stark einschränke. Mit der Patientin sei folgendes Behandlungskonzept vorbesprochen worden: Aktuell sei eine medikamentöse Rückfallsprophylaxe mit Arlevert probatorisch in die Wege geleitet worden. Sollten sich erneut die Schwindelanfälle häufen, könne potentiell eine intratympanale serielle Dexamethason-Injektion eine Reduktion der Anfälle bewirken. Aktuell sei dies beim letzten Anfall vor drei Wochen mit wenig starker Ausprägung vorerst nicht aufgegleist worden. Zur besseren Erfassung der Häufigkeit und Intensität der Schwindelanfälle und Begleitsymptome sei mit der Patientin besprochen worden, ein Schwindeltagebuch über die nächsten Monate zu führen. Es werde eine Verlaufskontrolle in zwei bis drei Monaten zur Überwachung des weiteren Verlaufs hinsichtlich der Schwindelanfälle und der Hörsituation geplant (BB 35).

7.1.5 Aus dem ebenfalls mit Eingabe vom 4. Oktober 2024 nachgereichten Bericht des F.\_\_\_\_, Interdisziplinäres Zentrum für Schwindel und neurologische Sehstörungen (Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_) vom 26. September 2024 geht u.a. die Diagnose «Gesicherter Morbus Menière links ED 06/2023 gemäss internationalen Barany Kriterien 2015» hervor, wobei zur Anamnese angegeben wurde, seit den seriellen Dexamethasoninjektionen vor knapp 3 Monaten habe sich keine Besserung der Schwindelbeschwerden sowie der Kopfschmerzen gezeigt. Es seien weiterhin tägliche Schwindelbeschwerden vorhanden. Besonders am Morgen habe die Patientin Probleme beim Aufstehen, wobei es ihr schwarz werde vor den Augen; im Verlauf des Tages verbessere sich dies etwas. Zudem sei es zuletzt vor ca. einer Woche zu einem Schwindelanfall mit einer Dauer von ca. zwei bis drei Tagen gekommen, begleitend von einem Ohrgeräusch links. Immer wieder falle auch das linke Ohr zu. Im Weiteren löse das Drehen des Kopfes nach links Nackenschmerzen aus, was den Schwindel zusätzlich negativ beeinflusse und zu Kopfschmerzen führe. Sie könne sich häufig nur noch hinlegen, wenn es zu Schwindel oder Kopfschmerzen komme. Die Beurteilung lautete wie folgt: Leider habe die durchgeführte Therapie nicht zu einer Besserung der Beschwerden geführt. Weitere Faktoren, wie eine orthostatische Komponente, eine vestibuläre Migräne und eine zervikale Verspannung aggravierten die Schwindelbeschwerden zusätzlich und erschwerten eine erfolgversprechende Therapie. Eine substantielle Verbesserung der Schwindelbeschwerden sei in absehbarer Zeit leider nicht zu erwarten. Eine Arbeitsfähigkeit für Überkopfarbeiten

und exponierte Tätigkeiten (z.B. auf der Leiter oder für andere Arbeiten, bei denen die Patientin auf ein intaktes Gleichgewichtssystem angewiesen sei) sei nicht gegeben (BB 36).

7.2 In psychiatrischer Hinsicht wurden insbesondere die folgenden Unterlagen neu eingereicht: 7.2.1 Der behandelnde Psychiater Dr. med. C.\_\_\_\_ erstattete am 22. Juni 2023 eine erneute Verlaufsbeurteilung (BB 23). Als Diagnosen nennt er eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit somatischem Syndrom (F33.2), eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1), eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (F45.41) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit emotional instabilen, histrionischen und selbstunsicheren Anteilen (Z73.1). Während des Behandlungsverlaufs habe in der Gesamtschau weiterhin ein chronisch beeinträchtigter Gesundheitszustand mit permanent schwerem Leidensdruck bei zugleich Motivation zur Genesung vorgelegen. Symptome seien eine depressive Stimmung, Interessenlosigkeit, Verlust von Empfinden der Freude und Antriebsstörung sowie deutliche Konzentrationsdefizite, ein verlangsamtes Denken, Ängstlichkeit, herabgesetzte Motivation, Müdigkeit mit anhaltendem Grübeln, Schlafstörungen, latente Suizidalität und leichte Gedächtnisstörungen. Die bisherige antidepressive Behandlung erscheine wirkungslos. Die Depression begründe eine volle Arbeitsunfähigkeit in jeder Erwerbstätigkeit seit Februar 2018. Zudem leide die Beschwerdeführerin seit vermutlich über 15 Jahren an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Aus seiner Sicht habe die Beschwerdeführerin die verordneten Medikamente regelmässig eingenommen. Eine weitere, ähnlich lautende Stellungnahme von Dr. med. C.\_\_\_\_ wurde am 13. Juli 2023 eingereicht (BB 24). 7.2.2 Dem Bericht der W.\_\_\_\_, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, vom 7. August 2023 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin dort vom 24. Juli bis 5. August 2023 erneut hospitalisiert war (BB 21). Als Hauptdiagnosen genannt werden eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1) sowie eine somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet (F45.9), DD Fibromyalgie-Syndrom. Die Patientin schildere ihr in den 1990er Jahren erfahrenes Leid. Im Psychostatus habe vor allem eine deutliche Einengung auf schwierige Lebenssituationen imponiert. Im Affekt: Störung der Vitalgefühle, Depressivität und Hoffnungslosigkeit, Antriebsarmut, Morgentief, ausgeprägte Schlafstörungen mit Albträumen, Flashbacks sowie vermehrt sozialer Rückzug. Trotz Medikamentenanpassungen und der Teilnahme an der Therapie habe sich der psychische Zustand der Beschwerdeführerin kaum bessern lassen und mit einer generellen Besserung sei auch kaum mehr zu rechnen. 7.3 Weiter liess die Beschwerdeführerin einen Bericht der Hausärztin Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 13. Juni 2023 aufliegen (BB 12 bzw. 27). Dort werden die folgenden Diagnosen genannt: · Verdacht auf Radikulopathie Bein rechts im Dermatome L4/L5/S1 · Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom mit Wirbelsäulenfehlform (-Fehlhaltung) · HWS-Distorsionstrauma · Spannungskopfschmerzen · Status nach schwerem Schädeltrauma mit Commotio auris rechts mit hochgradiger Hochtonperzeptionsschwerhörigkeit und persistierendem Tinnitus rechts · Sensorineurale Schwerhörigkeit wechselnden Ausmasses links · Otitis media rechts (ED 10. Dezember 2022) · Epicodylopathia humeri radialis, links mehr als rechts · Fibromyalgiesyndrom und Myogelosen · Seborrhoisches Ekzem (Kopfhaut) · Nummuläre Ekzeme (unterer Rücken) · Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode · Posttraumatische Belastungsstörung · Somatoforme Störung 8. Die Beschwerdegegnerin gelangte zum Ergebnis, eine erhebliche, anspruchsrelevante Veränderung des Gesundheitszustands im massgeblichen Vergleichszeitraum (vgl. E. II. 5

hiervor) sei nicht ausgewiesen. In psychiatrischer Hinsicht stützt sie sich dabei auf das Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_ vom 11. Juli 2022 (IV-Nr. 164; vgl. E. II. 6.4 hiervor), in somatischer Hinsicht (inkl. HNO) auf die Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. E. \_\_\_ vom 21. April 2023 (IV-Nr. 197; E. II. 6.9 hiervor).

8.1 Umstritten ist zunächst die Beweiskraft des Gutachtens von Dr. med. F. \_\_\_ vom 11. Juli 2022 (IV-Nr. 164; E. II. 6.4 hiervor).

8.1.1 Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_ basiert auf einer eigenen Exploration der Beschwerdeführerin und den vollständigen Vorakten. Der Experte geht ausführlich auf die Angaben der Beschwerdeführerin zur Anamnese und den Symptomen ein. Er beschreibt die erhobenen Befunde, leitet Diagnosen her und äussert sich eingehend zur Arbeitsfähigkeit und zur Frage nach einer Veränderung des Gesundheitszustands. Dabei geht er jeweils auf die früheren ärztlichen Beurteilungen, einschliesslich der abweichenden Stellungnahmen der behandelnden Ärzte, insbesondere des Psychiaters Dr. med. C. \_\_\_ und der W. \_\_\_, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, [...], ein. Seine Beurteilungen und Einschätzungen sind schlüssig und werden ausführlich und nachvollziehbar begründet. Das Gutachten wird damit den allgemeinen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme gerecht.

8.1.2 Wie dargelegt, äussert sich Dr. med. F. \_\_\_ zu den ihm vorliegenden Stellungnahmen, welche zu anderen Ergebnissen gelangen. In diagnostischer Hinsicht steht insbesondere die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung zur Diskussion, welche von den Behandlern gestellt wird. Diese verneint der Gutachter mit der einleuchtenden Begründung, die für ein solches Leiden kennzeichnenden Symptome seien nicht angegeben worden (vgl. E. II. 6.4.2 hiervor am Ende). Dr. med. C. \_\_\_ hält zwar in seinen weiteren Stellungnahmen an dieser Diagnose fest, ohne aber zu diesem Aspekt Stellung zu nehmen; seine Ausführungen konzentrieren sich denn auch primär auf die affektive Symptomatik. Diesbezüglich ist auch zu berücksichtigen, dass nach der Rechtsprechung die Herleitung und Begründung der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung einer besonderen Achtsamkeit bedarf (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_415/2021 vom 13. Oktober 2021 E. 4.1 mit Hinweisen). Die in diesem Zusammenhang erforderlichen differenzierten Angaben, welche es erlauben würden, die Diagnosestellung anhand der Kriterien gemäss ICD-10 nachzuvollziehen, finden sich in den Akten, einschliesslich der Berichte der behandelnden Fachpersonen, nicht. Es besteht daher kein Grund, an der Verneinung der Diagnose durch den Gutachter zu zweifeln. Soweit später im Austrittsbericht der W. \_\_\_ vom 18. Januar 2023 (BB 9) ausgeführt wird, es seien «Intrusionen ... als Symptome beobachtet worden, wie Flashbacks und Albträume», welche interpretiert würden «als Folge der Gutachtergespräche, da die Patientin ihre Geschichte wieder erzählen musste», handelt es sich um eine Vermutung, welche nicht zu überzeugen vermag, zumal die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung von den behandelnden Ärzten schon vor der Begutachtung gestellt worden war, wobei auch damals entsprechende Symptome zur Diskussion standen (vgl. E. II. 6.2 hiervor). Ein relevanter Hinweis auf eine nach der Begutachtung eingetretene Verschlechterung, welche der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung zuzuordnen wäre, lässt sich daraus nicht ableiten. Es wäre mit der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gemäss ICD-10 F43.1 auch kaum zu vereinbaren, dass die entsprechende Symptomatik erstmals mehr als 20 Jahre nach dem auslösenden Ereignis (Gewalt in der Partnerschaft Ende der 90er Jahre) durch ein Gespräch mit einem Arzt ausgelöst würde.

8.1.3 Die zweite, für die Anspruchsbeurteilung zentralere Abweichung betrifft die Beurteilung der affektiven Symptomatik. Der Gutachter Dr. med. F. \_\_\_ geht ebenso wie Dr. med. C. \_\_\_ und die Ärzte der W. \_\_\_ von einer rezidivierenden

depressiven Störung aus, wobei sie den Schweregrad unterschiedlich einschätzen: Während Dr. med. C. \_\_\_ jeweils eine schwere Episode diagnostiziert, gehen die Ärzte der W. \_\_\_ von einer mittelgradigen Episode aus (Austrittsberichte vom 2. Dezember 2022, 18. Januar 2023 und 7. August 2023; BB 8, 9 und 21), wogegen der Gutachter zum Ergebnis gelangt, es liege eine gegenwärtig leichte depressive Episode vor. Diese Einschätzung begründet der Gutachter auf der Basis der Angaben der Beschwerdeführerin, der Vorakten und der durch ihn erhobenen Befunde einleuchtend und überzeugend. Namentlich stützt er sich auf den Verlauf und die Intensität der Behandlung, welche sich, wie er nachvollziehbar darlegt, nicht mit einer ausserordentlich schweren psychischen Erkrankung, wie sie Dr. med. C. \_\_\_ attestiert, vereinbaren liesse. Wenn der Experte ergänzend den Umstand berücksichtigte, dass gemäss Laboruntersuchung davon auszugehen sei, dass die Beschwerdeführerin die verschriebenen Medikamente nicht oder jedenfalls nicht in der angegebenen Dosis eingenommen habe, lässt sich dies ebenfalls nicht beanstanden. Dabei kann offen bleiben, ob, wie die Beschwerdeführerin geltend machen lässt, beim Medikament Agomelatin / Valdoxan eine Blutspiegelmessung wegen der kurzen Halbwertszeit gar nicht möglich sei (vgl. Eingabe vom 10. Oktober 2023, A.S. 32 f.), denn die Feststellung des Gutachters bezog sich nicht nur auf dieses Medikament. Bei seiner Beurteilung berücksichtigte der Experte auch den Umstand, dass seit 2007, also noch vor der früheren Verfügung vom 11. Juni 2008, keine stationäre Behandlung mehr stattgefunden hatte, wobei die Beschwerdeführerin im Jahr 2021 ein entsprechendes Angebot abgelehnt hatte (vgl. E. II. 6.3 hiervor). Inzwischen haben zwar, wie sich den eingereichten Austrittsberichten entnehmen lässt (BB 8, 9 und 21), drei stationäre Aufenthalte stattgefunden; dies stellt aber weder die gutachterliche Einschätzung nachträglich infrage noch bildet es einen hinreichenden Anlass für die Annahme, es sei später eine erhebliche Veränderung eingetreten, welche sich noch vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 17. Mai 2023 anspruchsrelevant ausgewirkt hätte. So wurde die Schwere der depressiven Symptomatik weniger gravierend eingeschätzt als in den früheren, dem Gutachter vorliegenden Berichten von Dr. med. C. \_\_\_. Aspekte, welche Dr. med. F. \_\_\_ im Rahmen seiner Begutachtung übersehen oder unbeachtet gelassen hätten, ergeben sich weder aus den Berichten von Dr. med. C. \_\_\_ noch aus jenen der W. \_\_\_. Auf das psychiatrische Gutachten kann daher in Bezug auf die Beurteilung des Gesundheitszustands abgestellt werden.

8.1.4 Die Einschränkungen respektive die Arbeitsunfähigkeit, welche sich aus den festgestellten psychischen Beeinträchtigungen ergeben, leitet der Gutachter unter Bezugnahme auf das System gemäss Mini-ICF-APP her (vgl. E. II. 6.4.5 hiervor). Seine Darlegungen sind auch in diesem Punkt einleuchtend und nachvollziehbar. Auf dieser Grundlage überzeugt auch die Aussage von Dr. med. F. \_\_\_, wonach gegenüber der Situation, welche der Verfügung vom 11. Juni 2008 zugrunde lag, keine wesentliche Veränderung des psychischen Gesundheitszustands und der dadurch begründeten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit eingetreten sei. Das psychiatrische Teilgutachten aus dem Jahr 2003 hatte eine leichte bis mittelgradige depressive Episode attestiert (IV-Nr. 35 S. 12; vgl. E. II. 5 hiervor). Der Gutachter Dr. med. B. \_\_\_ ging im Jahr 2008 von einer depressiven Störung aus, «aktuell Angst und depressive Störung gemischt», wobei die bisher massgebliche Beurteilung aus dem Jahr 2003 hinsichtlich Diagnostik und medizinisch-theoretischer Arbeitsfähigkeit nach wie vor Gültigkeit habe (vgl. IV-Nr. 119 S. 16 und 23; E. II. 5 hiervor). Dies gilt mit Blick auf die Beurteilung von Dr. med. F. \_\_\_ auch für den hier zu prüfenden Zeitraum bis zur Verfügung vom 17. Mai 2023. Den Ausführungen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin anlässlich der öffentlichen

Schlussverhandlung vom 26. Mai 2025, wonach im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vor dem Hintergrund der stationären spezialärztlichen Untersuchungsergebnisse und der Beurteilung von Dr. med. D.\_\_\_\_ von einer «völlig anderen Situation» ausgegangen worden sei, kann nicht gefolgt werden. Ebenso wenig bestehen Hinweise für eine ungenügende Untersuchung oder Befragung der Beschwerdeführerin durch den Gutachter Dr. med. Z.\_\_\_\_. Die Berichte der behandelnden Ärzte der W.\_\_\_\_ und des behandelnden Psychiaters vermögen den Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens nicht zu schmälern.

8.2 Eine erhebliche Verschlechterung steht auch in Bezug auf die Beschwerden im Bereich des Gehörs zur Diskussion. 8.2.1 Bereits im Jahr 2002 fanden Untersuchungen durch die HNO-Fachärzte Dr. med. AA.\_\_\_\_ und Dr. med. AB.\_\_\_\_ (letzterer von der Abteilung Arbeitsmedizin der Suva) statt (vgl. IV-Nr. 29). Die Beschwerdeführerin klagte u.a. über Drehschwindel, Kopfschmerzen und Tinnitus. Diese Befunde fanden auch im B.\_\_\_\_-Gutachten vom 5. Mai 2003 Berücksichtigung. Diagnostiziert wurde damals eine cochleovestibuläre Funktionsstörung rechts mit Gehörseinbusse rechts (IV-Nr. 35 S. 14). Der neurologische Teilgutachter führte aus, durch diese Störung werde einerseits der Gleichgewichtssinn leicht bis mässig beeinträchtigt, andererseits bestehe ein Gehörsverlust rechts. Dies führe zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor allem für Tätigkeiten mit Überkopfarbeiten oder aber auch exponierte Tätigkeiten (zum Beispiel auf Leitern oder andere Arbeiten, bei denen die Patientin auf ein intaktes Gleichgewichtssystem angewiesen sei). Im Vergleich zur Untersuchung vom 1. März 2002 bei Dr. med. AB.\_\_\_\_ hätten in der Zwischenzeit Kompensationsmechanismen des zentral-vestibulären Systems zum Ausgleich der Vestibulopathie rechts stattgefunden, so dass nicht mehr, wie damals, von einer mittelschweren bis schweren objektivierbaren Störung des Gleichgewichtsfunktionssystems ausgegangen werden müsse, sondern diese heute als leicht bis mässig qualifiziert werden könne. In einer den Beschwerden der Patientin angepassten Tätigkeit, vor allem bei sitzenden Arbeiten, ohne Kopfwangshaltung, sei unter diesem Aspekt eine Arbeitsfähigkeit von 100 % denkbar (IV-Nr. 35 S. 9). Den Berichten der behandelnden Ärzte aus der Zeit vor der rentenbestätigenden Verfügung vom 11. Juni 2008 (IV-Nr. 126) lassen sich ausserdem Hinweise auf einen fortbestehenden Tinnitus entnehmen (vgl. IV-Nr. 104 S. 1, 123 S. 11). Dieser wird auch in den früheren Akten erwähnt, wobei teilweise festgehalten wird, es bestehe zeitweise ein hochfrequenter Tinnitus links (vgl. IV-Nr. 29 S. 5), aber häufiger ein Tinnitus rechts genannt wird (vgl. IV-Nr. 65 S. 1, 109 S. 11). Dr. med. B.\_\_\_\_ hielt in seinem Gutachten vom 7. Februar 2008 fest, ihm gegenüber sei kein Tinnitus angegeben worden (IV-Nr. 119 S. 19).

8.2.2 In den Jahren nach der Verfügung vom 11. Juni 2008 sind keine HNO-ärztlichen Berichte aktenkundig. Es muss davon ausgegangen werden, dass keine entsprechenden Behandlungen oder Untersuchungen stattfanden. Auch im Revisionsgesuch mit Beilagen vom 11. Januar 2021 (IV-Nr. 143) sowie in den weiteren psychiatrischen und hausärztlichen Berichten, die der Beschwerdegegnerin im weiteren Verlauf eingereicht wurden, fehlen die entsprechenden Diagnosen und Angaben (vgl. IV-Nr. 146 f., 151). Das Einwandschreiben vom 21. September 2022 (IV-Nr. 175) erwähnt Krankheiten «betr. Knochen, Bewegungsorgane, Bewegungsapparat, Funktionsausfälle, Diabetes, Hypertonie, Hautkrankheiten, Gebrechen 738 etc.» (IV-Nr. 175 S. 6), nimmt aber jedenfalls nicht ausdrücklich auf Gehör und Gleichgewicht Bezug. Im Bericht vom 1. November 2022 erwähnt Dr. med. G.\_\_\_\_ immerhin eine traumatische Trommelfellruptur rechts (IV-Nr. 178 S. 2), was aber nicht auf eine Veränderung hinweist.

8.2.3 Am 22. Dezember 2022 fand schliesslich die erste Untersuchung bei Dr. med. Y.\_\_\_\_ statt (IV-Nr. 186 S. 3 ff.; E. II. 6.8.1

hiervor). Laut dem Bericht handelte es sich um eine Nachkontrolle nach Otitis media rechts. Diese war ausgeheilt, die Beschwerdeführerin klagte über ein Druckgefühl und einen pfeifenden Tinnitus links. Das Reintonaudiogramm ergab neben der bekannten Ertaubung rechts eine sensorineurale mittelschwere Schwerhörigkeit links, welche nach Einschätzung der Ärztin die Beschwerden erklären könnte. Es erfolgte eine Anmeldung für ein Hörgerät. Im Bericht an die IV-Stelle vom 10. März 2023 (IV-Nr. 192; E. II. 6.8.2 hiervor) wurden eine sensorineurale Schwerhörigkeit wechselnden Ausmasses links und eine hochgradige, an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit rechts diagnostiziert, wobei deutliche Unterschiede zu den Untersuchungsbefunden vom Dezember bestünden, was zu einer fluktuierenden Hörschwelle führe. Der gleichentags verfasste Bericht an die Hausärztin (BB 14; E. II. 7.1.1) enthält eine etwas andere Akzentsetzung. 8.2.4 Den Berichten von Dr. med. I. \_\_\_ vom 1. Februar 2024 und 4. Juni 2024 (BB 31 und 33; E. II. 7.1.2 und 7.1.3 hiervor) lässt sich entnehmen, dass im Anschluss an eine MRI-Untersuchung vom 12. Mai 2023 im Juni 2023 erstmals ein Morbus Menière links diagnostiziert wurde. Diese Einschränkung ist gegenüber den früheren Berichten, auch jenen von 2002, neu hinzugekommen und bildet, falls sie sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt, potenziell einen Revisionsgrund. Entscheidend ist somit, ob hinreichende Anhaltspunkte für eine Veränderung bestehen, welche vor dem Erlass der Verfügung vom 17. Mai 2023 anspruchswirksam geworden sein könnte. Dr. med. I. \_\_\_ führt dazu im Bericht vom 1. Februar 2024 aus, es sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit bereits seit Jahren stark eingeschränkt sei. Im Bericht vom 4. Juni 2024 wird von ihr erklärt, die Kriterien für den Morbus Menière seien «seit 2022 mit rezidivierenden Dreh- und Schwankschwindelanfällen sowie Tinnitusverstärkung und fluktuierender Hörminderung links im Tieftonbereich mit Nausea und Erbrechen «sehr wohl» erfüllt. Aufgrund der Aktenlage kann aber nicht als ausgewiesen gelten, dass diese Symptome schon 2022 aufgetreten wären. Insbesondere ist das verstärkte Auftreten von Schwindel nicht dokumentiert. Der Bericht von Dr. med. Y. \_\_\_ vom 23. Dezember 2022 hält vielmehr fest, es bestünden «keine Otagie, Schwindel oder Otorrhoe links» (vgl. E. II. 6.8.1 hiervor; IV-Nr. 186 S. 3). Erwähnt wird dagegen ein Tinnitus links. Ein solcher findet allerdings ebenfalls bereits in den Vorakten Erwähnung (vgl. E. II. 8.2.1 hiervor), so dass nicht eindeutig ist, ob eine Veränderung ausgewiesen ist. Unabhängig davon wäre damit – bei gleichzeitig ausdrücklich verneintem Auftreten von Schwindel – eine Symptomatik, welche einen Morbus Menière als erstellt erscheinen lässt, nicht gegeben. Auch die beiden Berichte von Dr. med. Y. \_\_\_ vom 10. März 2023 (E. II. 6.8.2 und 7.1.1) enthalten weder eine entsprechende Diagnose noch Befundfeststellungen, welche hierfür ausreichen würden. Das mag, wie Dr. med. I. \_\_\_ vermutet, mit der damals der Ärztin gestellten Aufgabe (Hörgeräteversorgung) zusammenhängen, ändert aber nichts daran, dass die Diagnose und die hierfür relevanten Schwindelsymptome bis zu diesem Zeitpunkt in den echtzeitlichen Berichten von 2022 und Anfang 2023 nicht erwähnt wurden. Das Auftreten eines Morbus Menière kann daher nicht vor den entsprechenden bildgebenden Aufnahmen, welche laut den Berichten von Dr. med. I. \_\_\_ am 12. Mai 2023 erstellt wurden, als mit überwiegend Wahrscheinlichkeit erstellt angenommen werden. Eine andere Beurteilung geht auch nicht aus dem vom Gericht beigezogenen Bericht von Dr. med. J. \_\_\_ vom 11. Dezember 2023 hervor, worin ein «wahrscheinlicher Morbus Menière links Erstdiagnose Juni 2023» diagnostiziert und mit der Beschwerdeführerin besprochen wurde, zur besseren Erfassung der Häufigkeit und Intensität der Schwindelanfälle und Begleitsymptome ein Schwindeltagebuch über die nächsten Monate zu führen (BB 35). Auch im von der Beschwerdeführerin nachgereichten, vorliegend jüngsten Bericht von

Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_ vom 26. September 2024 wurde die Diagnose «gesicherter Morbus Menière links Erstdiagnose Juni 2023 gemäss internationalen Barany Kriterien 2015» gestellt und dargelegt, es bestünden rezidivierende Episoden von Dreh- / Schwankschwindelanfälle seit Dezember 2022 mit einer Dauer von ca. 15 Minuten bis 24 Stunden, begleitet von Tinnitusverstärkung links und fluktuierender Hörminderung links (BB 36). Damit ist auch gestützt auf diese beiden nachgereichten fachärztlichen Berichte – trotz darin bereits seit Dezember 2022 angegebener Schwindelanfälle – von einer Erstdiagnose eines Morbus Menière im Anschluss an die bildgebenden Aufnahmen (MRI) vom 12. Mai 2023 auszugehen. Es gilt dabei dem Umstand Rechnung zu tragen, dass der erst im MRI vom 12. Mai 2023 festgestellte mässige, links-akzentuierte Hydrops endolymphaticus als Korrelat für einen links akzentuierten Morbus Menière aufgefasst werden kann (vgl. BB 44). Diese Veränderung hätte aber bei Erlass der Verfügung vom 17. Mai 2023 noch nicht drei Monate gedauert (vgl. Art. 88a IVV) und konnte damit den Anspruch (jedenfalls noch) nicht beeinflussen. Ein Revisionsgrund, der im vorliegenden Verfahren zu berücksichtigen wäre, ist auch unter diesem Aspekt zu verneinen. Die Beschwerdegegnerin wird aber unter dem Aspekt eines Morbus Menière zu prüfen haben, ob eine Veränderung ausgewiesen ist, die eine Rentenerhöhung auf einen späteren Zeitpunkt nach sich zieht. 8.3 Auch unter dem Aspekt der weiteren, in den Berichten von Dr. med. G.\_\_\_\_ erwähnten Diagnosen (vgl. E. II. 6.1, 6.6 und 7.3 hiervor) ist eine erhebliche Veränderung nicht ausgewiesen. Dies wird auch nicht substantiiert geltend gemacht. Die anlässlich der öffentlichen Hauptverhandlung vom 26. Mai 2025 gemachten Ausführungen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin ergeben keine andere Beurteilung. 9. Zusammenfassend ist die Beschwerde abzuweisen. Die Beschwerdegegnerin wird jedoch zu prüfen haben, ob unter HNO-medizinischen Gesichtspunkten, insbesondere durch den neu diagnostizierten Morbus Menière links, eine erhebliche Veränderung eingetreten ist, welche den Anspruch in der Zeit nach dem Erlass der Verfügung vom 17. Mai 2023 beeinflusst. Diese Frage bildet nicht Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens. Dementsprechend hat sich das Gericht dazu nicht abschliessend zu äussern. 9.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). 9.2 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. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

#### **E. 7**

Es sei eine Verhandlung mit [der Beschwerdeführerin] und dem unterzeichneten Rechtsvertreter vor dem Versicherungsgericht durchzuführen.

#### **E. 8**

Unter den Parteien ist unstrittig, dass die Invalidität mittels Einkommensvergleichs zu bemessen ist, da die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall zu 100 % ausserhäuslich erwerbstätig wäre (IV-Nr. 74, S. 2 unten). Zum in der angefochtenen Verfügung vom 11.6.2008 (IV-Nr. 127) vorgenommenen Einkommensvergleich ist Folgendes zu sagen: a) Das Valideneinkommen ist entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nach den Tabellen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik

(nachfolgend: LSE) zu bestimmen. Einerseits hat die Beschwerdeführerin ihre letzte Stelle bei der Wäscherei C.\_\_\_\_ AG per 28.2.1999 aus invaliditätsfremden Gründen verloren ("Umstrukturierung"; IV-Nr. 11, S. 1), andererseits ist das Abstellen auf einen über 10jährigen Lohn weniger zuverlässig als das Abstellen auf neuere Durchschnittszahlen. Es ist nämlich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin zum Verfügungszeitpunkt im Gesundheitsfall ihre Arbeitskraft – primär wohl als Hilfsarbeiterin – in irgendeiner Tätigkeit im gesamten privaten Sektor verwerten würde, weshalb auf die LSE 2006, TA1, Total, Frauen, Niveau 4 abzustellen ist.

b) Das Invalideneinkommen ist ebenfalls gemäss der LSE 2006 zu berechnen, da die Rechtsprechung zur Ermittlung des hypothetischen Invalideneinkommens, wenn die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, in der Regel die Monatslöhne gemäss LSE-Tabelle TA1, Zeile "Total Privater Sektor" anwendet (Urteil des BGer vom 8.8.2008, 8C\_281/2008, Erw. 4.2 mit Hinweisen). c) Eine genaue Ermittlung von Validen- und Invalideneinkommen erübrigt sich allerdings, da sie vorliegend ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen sind. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (Urteil des BGer vom 6.5.2008, 8C\_772/2007, Erw. 6.2 mit Hinweisen). Die Kriterien für einen Abzug vom Tabellenlohn gemäss BGE 126 V 75 ff. sind jedoch vorliegend nicht erfüllt: Weder die C-Bewilligung noch das Alter der Beschwerdeführerin (im Verfügungszeitpunkt 40jährig) vermögen einen Abzug zu begründen. Im Bereich Teilpensum zwischen 50 – 74 % verdienen Frauen überdies mehr als Vollzeitbeschäftigte (vgl. etwa das Urteil des BGer vom 4.2.2009, 9C\_939/2008, Erw. 2.4). Da der Beschwerdeführerin leichte bis mittelschwere Arbeiten im Rahmen von 60 % ohne weitere Einschränkungen zumutbar sind, ist daher auch bei dieser auf 60 % reduzierten Leistungsfähigkeit noch kein Abzug gerechtfertigt (Urteil des BGer vom 30.3.2009, 9C\_72/2009, Erw. 3.4 mit Hinweisen). Der Invaliditätsgrad beträgt somit 40 %, welcher weiterhin zum Bezug einer Viertelsrente berechtigt.» 6. Zur weiteren Entwicklung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit enthalten die Akten insbesondere die folgenden Angaben:

6.1 Die Hausärztin Dr. med. G.\_\_\_\_, welche die Beschwerdeführerin seit Februar 2018 behandelt, nennt in ihrem Bericht vom 4. Januar 2021 (IV-Nr. 143 S. 10 f.) folgende Diagnosen: • Schwere Depression • Posttraumatische Belastungsstörung • Tendinopathie der Supraspinatussehne mit begleitender diskreter Bursitis subakromialis subdeltoidea Schulter rechts • Diskret aktivierte geringgradige AC-Gelenksarthrose Schulter rechts • Epicondylitis ulnaris sowie leichte Tendinose der Extensorensehnen am Ursprung am Epicondylus radialis rechts • Arterielle Hypertonie • Diabetes mellitus Typ II, ED 2017 • Autoimmunthyreoiditis vom Hashimoto-Typ • Atopische Dermatitis, DD Psoriasis • St. n. Hysterektomie ca. 2008 Weiter führt die Ärztin aus, bei der depressiven Patientin sei eine grosse innere Unruhe vorhanden und sie habe grosse Schwierigkeiten, sich mit ihrem schlechten Gesundheitszustand abzufinden. Sie leide unter Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Erschöpfung und Vergesslichkeit. Es bestünden enorme familiäre Belastungen. Auf Grund der posttraumatischen Belastungsstörung stehe sie in regelmässiger psychiatrischer Behandlung. Zudem bestünden Schmerzen im Bewegungsapparat, vor allem in der Schulter und im Ellenbogen rechts. Aus Sicht der Ärztin sei die Beschwerdeführerin für alle Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. Sie benötige intensive psychiatrische Behandlungen.

6.2 Der Psychiater Dr. med. C.\_\_\_\_ hält in seinem Bericht vom 12. April 2021 (IV-Nr. 147) fest, er behandle die

Beschwerdeführerin seit Februar 2018. Die letzte Kontrolle habe am 5. März 2021 stattgefunden. Die Konsultationen erfolgten in vierzehntäglichen bis monatlichen Abständen. Seit Februar 2018 sei ein kontinuierlich verschlechterter und akzentuiert seit Januar 2020 ein deutlich beeinträchtigter Gesundheitszustand mit deutlichen Funktionsbeeinträchtigungen in der Alltagsbewältigung zu beobachten gewesen. Symptome seien eine depressive Stimmung mit zunehmender Überforderung bei Stressüberlastung nach ca. halber Stunde Tätigkeitsdauer (bei den Haushaltstätigkeiten und auch bei der Teilzeit-Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin) mit Affektverarmung, begleitet von zunehmender Erschöpfung und deutlicher Antriebsreduktion mit geringerer Frustrationstoleranz bei kleinsten Missverständnissen. Weiter bestünden ein Interessen- und Freudeverlust mit wiederkehrender Angst mit Verzweiflung sowie ein erheblicher Leidensdruck mit pessimistischer Grundhaltung betreffend der Zukunfts- und Lebenszukunftsperspektive. Zudem habe die Beschwerdeführerin auch von den anhaltenden Gedankenkreisen mit Grübeln tagsüber und insbesondere abends begleitet von Einschlafstörungen mit Albträumen (Nachhallerinnerungen und Flashbacks) seit einem Unfall mit Morgentief und konstant präsenster mangelnden Erholung im Tagesverlauf berichtet. Im Befund ergäben sich regelmässig klare Hinweise für kognitive Defizite, insbesondere deutliche Konzentrationsdefizite mit erheblich vermindertem Belastungs- und Durchhaltevermögen schon nach 30 Minuten Tätigkeitsdauer sowie ein deutlich reduziertes Selbstvertrauen mit vermehrten Phasen von Stimmungstief. Zu diagnostizieren seien eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom, eine posttraumatische Belastungsstörung, eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit emotional instabilen, histrionischen und selbstunsicheren Anteilen. Aufgrund des bisherigen Behandlungsverlaufs seit Januar 2020 und der aktuellen Psychopathologie zeige sich ein komplizierter und erheblich beeinträchtigter Gesundheitszustand, deshalb erachte er, Dr. med. D.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin vorläufig im Rahmen der vorhandenen störungsbedingten Einschränkungen als 100 % arbeitsunfähig für die angestammte Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin und für Verweistätigkeiten. Es bestehe auch eine mindestens 70%ige Arbeitsfähigkeit (recte: Arbeitsunfähigkeit) für Haushaltstätigkeiten. Zurzeit könnten keine Eingliederungsmassnahmen durchgeführt werden und solche Massnahmen seien momentan nicht erfolgsversprechend. 6.3 Einem Bericht der Klinik T.\_\_\_\_ vom 4. Februar 2021 (IV-Nr. 146 S. 7 ff.) lässt ich entnehmen, dass eine dortige Ärztin (Dr. med. U.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie) mit der Beschwerdeführerin ein sehr ausführliches telefonisches Vorgespräch führte, welches im Zusammenhang mit einem geplanten Eintritt (Zuweisungsgrund: schwere Depression mit Unverträglichkeit von Psychopharmaka und posttraumatische Belastungsstörung) stand. Die Beschwerdeführerin entschied sich jedoch in der Folge, den stationären Aufenthalt nicht anzutreten (IV-Nr. 151). 6.4 Die Beschwerdegegnerin holte in der Folge das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2022 ein (IV-Nr. 164). Dieser führt nach einer Zusammenfassung von Angaben aus den Vorakten, einer Wiedergabe der Aussagen der Beschwerdeführerin (spontan und im Rahmen einer vertiefenden Befragung) sowie einer Beschreibung des psychiatrischen Befunds zusammengefasst Folgendes aus (IV-Nr. 164 S. 12 ff.): 6.4.1 Die Beschwerdeführerin sei in ländlicher Umgebung in Bosnien als mittlere von 6 Geschwistern bei ihren Eltern, die als Bauern tätig waren, aufgewachsen. Sie habe 8 Jahre lang die obligatorische Grundschule absolviert, danach die Mutter im Haushalt unterstützt. Mit 18 Jahren habe sie einen Mann

aus ihrer Region geheiratet. Sie seien 1985 in die Schweiz gezogen und hätten drei Kinder (Jg. 1987, 1989 und 1993). Ab 1993 sei sie in eine berufliche Tätigkeit eingetreten mit verschiedenen Stellen in der Reinigung. 1999 habe sich ihr Mann plötzlich von ihr getrennt und es sei zu physischer Gewalt und zu Drohungen gekommen, weshalb sie mit den Kindern in Frauenhäusern untergebracht worden sei. Sie sei ab diesem Zeitpunkt wegen gesundheitlicher Beschwerden längere Zeit nicht arbeitstätig gewesen und nach einem polydisziplinären Gutachten 2003 sei ihr rückwirkend ab 10/1999 eine Viertelsrente zugesprochen worden. Von 2000 bis 2004 sei sie in der Reinigung im Kantonsspital [...] zu einem Pensum von 40 – 50 % angestellt gewesen. Wegen krankheitsbedingten Absenzen sei ihr gekündigt worden. Sie habe danach mehrere Versuche unternommen, wieder in der Reinigung zu arbeiten, zuletzt 2018 oder 2019 zu 2x2 Std. pro Woche. Aktuell erachte sie sich gar nicht mehr arbeitsfähig, wobei sie als Gründe körperliche Beschwerden in den Vordergrund stelle (müsse am Arbeitsplatz erbrechen, könne ihren rechten Arm nicht richtig benützen, habe keine Kraft). Sie habe seit 2011 einen Lebenspartner, der seit zwei Jahren eine volle IV-Rente beziehe, und lebe mit ihm zusammen in einem 5-Zimmer-Haus. Ihre Tochter unterstütze sie im Haushalt. Die Beschwerdeführerin pflege regelmässig Kontakte zu ihren Kindern und Enkelkindern. Vor 3 Jahren habe sie zusammen mit ihrer Familie Angehörige in Bosnien besuchen können.

#### 6.4.2 Die Explorandin schildere hauptsächlich diffuse körperliche Beschwerden. Eher am Rande gebe sie psychische Beschwerden wie Konzentrationsprobleme und chronische Schlafstörungen an. Bei gezielten Nachfragen nach ihrem psychischen Befinden seien ihre Antworten oft vage oder pauschalisierend. Erst bei der noch gezielteren Befragung im zweiten Teil der Untersuchung im Rahmen der psychopathologischen Befunderhebung und im strukturierten Interview für die Hamilton-Depressionsskala hätten psychische Symptome genauer eruiert werden können. Zum zeitlichen Verlauf ihrer psychischen Beschwerden gebe die Explorandin an, dass es ihr seit 1999 immer schlechter gehe, insbesondere in den letzten 3 – 4 Jahren. Differenzierte Angaben zum Verlauf der verschiedenen psychischen Beschwerden hätten nicht eruiert werden können. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen den vorgetragenen Symptomen/aktuellen Befunden und der angegebenen Schwere der Funktionsbeeinträchtigung. Es bestehe ein Missverhältnis zwischen der vom behandelnden Psychiater diagnostizierten schweren depressiven Symptomatik und der vergleichsweise geringen Inanspruchnahme von psychiatrischen Therapien. Trotz der angeblich schweren depressiven Symptomatik habe die Beschwerdeführerin den angebotenen Eintritt in eine stationäre Behandlung in der Klinik V. \_\_\_ abgelehnt und möchte auch in nächster Zeit nicht in eine stationäre Behandlung eintreten. Patienten mit einer länger anhaltenden schweren depressiven Symptomatik hätten in der Regel einen hohen Leidensdruck. Deshalb werde meist eine intensivere psychiatrische Behandlung durchgeführt. Der Beschwerdeführerin hingegen werde seit über einem Jahr das gleiche Antidepressivum (Valdoxan 25 – 50 mg täglich) verordnet. Die aktuelle Blutspiegeluntersuchung habe gezeigt, dass sie dieses Antidepressivum nicht regelmässig einnehme. Ebenso habe sie das vom Psychiater verordnete Duloxetin gar nicht oder nicht regelmässig eingenommen. Die ungenügende psychopharmakologische Behandlung respektive die schlechte Compliance sowie die relativ geringe Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Gesprächen (2x pro Monat) und die Ablehnung einer stationären Behandlung stünden in einem Missverhältnis zu der von der Explorandin angegebenen Verschlechterung in den letzten Jahren und seien inkonsistent zu der vom behandelnden Psychiater beschriebenen schweren depressiven Episode. Eine weitere Inkonsistenz bestehe hinsichtlich der vom behandelnden Psychiater

angegebenen Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung. Diese Diagnose stimme nicht mit der Beschwerdeschilderung der Explorandin und den Befunden bei der gutachterlichen Untersuchung überein. Die Beschwerdeführerin gebe keine spezifischen Beschwerden/Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung an wie Intrusionen, Flashbacks, Albträume oder eine spezifische Vermeidung von Triggern. 6.4.3 Zur Herleitung der Diagnosen führt der Gutachter aus, im polydisziplinären Gutachten vom Mai 2003 sei von psychiatrischer Seite eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) und eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (F32.0) festgestellt worden. Im Verlauf der psychiatrischen Behandlung habe das Ambulatorium [...] Ende 2003 die Diagnosen einer leichtgradigen depressiven Episode und einer anhaltenden somatoforme Schmerzstörung bestätigt. Laut den Verlaufsberichten des Hausarztes an die IV in den Jahren 2004 und 2005 sei der Gesundheitszustand stationär gewesen. Im weiteren Verlauf sei die depressive Symptomatik in den Berichten unterschiedlich schwer beschrieben worden – im Rahmen der zwei kurzen stationären Behandlungen 2006/2007 als mittelschwer. Im psychiatrischen Gutachten von Anfang 2008 seien die Kriterien für eine depressive Episode nach ICD-10 nicht mehr erfüllt gewesen, so dass eine depressive Störung, aktuell Angst und depressive Störung gemischt (F41.2), diagnostiziert worden sei. Weiter sei die anhaltende somatoforme Schmerzstörung erneut bestätigt und auf eine sekundär neurotische Fehlverarbeitung langjähriger traumatisierender Eheerfahrungen hingewiesen worden. Vom aktuell behandelnden Psychiater werde ein seit Beginn seiner Behandlung im Februar 2018 wechselhafter Verlauf mit in der Gesamtschau sich kontinuierlich verschlechterndem Gesamtverlauf der depressiven Stimmungslage angegeben. Im April 2021 habe Dr. med. C.\_\_\_\_ eine schwere depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (F33.2) diagnostiziert. Zudem führe er neu die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1) auf und halte eine Persönlichkeitsakzentuierung mit emotional instabilen, histrionischen und selbstunsicheren Anteilen (Z73.1) fest. Aufgrund der Akten und der Anamnese könne er, der Gutachter Dr. med. F.\_\_\_\_, die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.4) bestätigen. Der Verlauf der Schmerzproblematik habe über die Jahre nicht präzisiert werden können. Aktuell schienen die Schmerzen gemäss der aktuellen Beschwerdeschilderung nicht im Vordergrund zu stehen. Es gebe keine Anhaltspunkte, dass sich die anhaltende somatoforme Schmerzstörung in den letzten Jahren verschlechtert habe. Die seit 1999 beschriebene depressive Störung scheine einen chronischen Verlauf genommen zu haben; es sei seither in keinem Bericht eine vollständige Remission festgehalten worden. Da im psychiatrischen Gutachten 2008 der Schweregrad für eine depressive Episode (F32) als nicht mehr erfüllt beurteilt worden sei, sei eine rezidivierende depressive Störung (F33) wahrscheinlicher als eine über rund 20 Jahre anhaltende depressive Episode. Bei der aktuellen Untersuchung sei eine leichte depressive Episode nach ICD-10 festzustellen, dies bei Angabe einer deprimierten Stimmungslage mit einem gehemmten Antrieb und einer erhöhten Ermüdbarkeit (Kraftlosigkeit), Insuffizienzgefühlen und Klagen über ein vermindertes Konzentrationsvermögen und Schlafstörungen. Bei der Einschätzung des aktuellen Schweregrades der depressiven Symptomatik mit der HAMD-17 [HAMD = Hamilton Rating Scale for Depression] hätten sich 18 Punkte ergeben (17-24 Pkt. = mittelschwer). Die seit 2021 neu aufgeführte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1) könne nicht bestätigt werden, da die spezifischen Kriterien wie Wiedererleben (Intrusionen, Flashbacks, Albträume) und ein traumabezogenes Vermeidungsverhalten nicht vorhanden seien. Anhaltspunkte für eine

Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 finde man nicht. Die psychiatrische Anamnese bis 1999 sei blande. Erst im letzten Bericht des behandelnden Psychiaters aus dem Jahr 2021 sei auf akzentuierte Persönlichkeitszüge hingewiesen worden. Bei der aktuellen Untersuchung sei der Eindruck entstanden, dass sich die Beschwerdeführerin seit der plötzlichen Trennung durch ihren Ehemann und seit den Gewalterfahrungen als Opfer wahrnehme und eine starke Behinderungsüberzeugung entwickelt habe. Dieser Eindruck werde durch Beschreibungen in den Vorakten gestützt. Zu stellen seien die folgenden Diagnosen (mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0) - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

6.4.4 In der versicherungsmedizinischen Beurteilung legt Dr. med. F.\_\_\_\_ dar, in den letzten 20 Jahren sei die Beschwerdeführerin bei verschiedenen Therapeuten in psychiatrischer Behandlung gewesen, aktuell seit Anfang 2018 bei Dr. med. D.\_\_\_\_ wo zweimal pro Monat einstündige Sitzungen stattfänden. Es seien verschiedene Antidepressiva verschrieben worden, seit mindestens 1½ Jahren Valdoxan 25 – 50 mg und aktuell noch zusätzlich Duloxetin 30 mg morgens. Die Compliance sei ungenügend. Die anlässlich der Begutachtung durchgeführte Blutspiegeluntersuchung habe gezeigt, dass die Beschwerdeführerin die beiden verordneten Antidepressiva gar nicht oder nicht regelmässig eingenommen habe. Sie habe zudem über ihre aktuelle Medikation schlecht Auskunft geben können. Dies belege, dass keine adäquate antidepressive Medikation erfolge. Daher könne eine Therapieresistenz nicht postuliert werden. Die beiden stationären psychiatrischen Behandlungen 2006/2007 seien zu kurz gewesen (je 2 ½ Wochen), weil die Beschwerdeführerin die Aufenthalte mangels Betreuungsmöglichkeiten für die minderjährige Tochter habe abbrechen müssen. Sie sei anfangs 2021 erneut für eine stationäre Behandlung angemeldet worden, habe aber das Angebot für den stationären Eintritt abgelehnt und auch in der aktuellen Untersuchung erklärt, dass sie sich nicht in eine stationäre Behandlung begeben möchte. Daher hätten die psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft werden können. Bei der passiven Haltung und der ungenügenden Mitwirkung bei den psychiatrischen Therapien sei die Prognose ungünstig. Zudem trage die ausgeprägte Behinderungsüberzeugung zur Chronifizierung bei. Seit dem Verlust der letzten Arbeitsstelle in der Reinigung 2004 sei es zu einer beruflichen Ausgliederung gekommen. Nebst kurzen Arbeitsversuchen 2018 oder 2019 seien keine beruflichen Eingliederungsbemühungen mehr unternommen worden.

6.4.5 Der Gutachter nimmt sodann eine Beurteilung der Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen gemäss Mini-ICF-APP vor. Er bejaht mässige störungsbedingte Beeinträchtigungen der Proaktivität und Spontanaktivitäten sowie der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, weiter eine leichte Beeinträchtigung der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit. Die übrigen in der Tabelle genannten Fähigkeiten erachtet er als nicht beeinträchtigt (IV-Nr. 164 S. 16). Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit (Reinigung) beziffert er auf 60 % (Pensum 75 % mit einer Leistungsminderung um 20 % wegen der Notwendigkeit vermehrter Kurzpausen). Die Arbeitsfähigkeit von 60 % (Pensum 75 %, Leistung 80 %) gelte auch für andere ungelernte, vorwiegend manuelle und strukturierte Tätigkeiten, die dem somatischen Zumutbarkeitsprofil entsprächen. Akkordarbeit und Nachtschicht seien nicht empfehlenswert. Was den Verlauf anbelange, könne eine dauernde Verschlechterung des psychischen Zustands und der Arbeitsfähigkeit seit der Rentenzusprache vom 16. März 2004 nicht nachgewiesen werden.

6.5 Der behandelnde Psychiater Dr. med. C.\_\_\_\_ äussert sich am 21. Juli 2022 zum Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_ (IV-Nr. 167 S. 3 ff.). Er führt aus, er halte an seiner Beurteilung mit den

Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere und chronifizierte depressive Episode (F 33.2) mit den entsprechenden schweren Funktionsbeeinträchtigungen fest. Er stütze sich dabei nicht nur auf seine Beschwerdeeinschätzung und die subjektiven Angaben der Patientin, sondern auf fremdanamnestische Auskünfte einschliesslich Informationen vom Umfeld und weiterer beteiligter Fachpersonen, zudem habe er auch Testungen mit dem BDI und dem MADRS als unterstützende Werkzeuge mit einfließen lassen. Die Beeinträchtigungen beständen vor allem in einer massiven Antriebsverminderung, Ermüdbarkeit, Konzentrationseinbussen und der sozial verminderten Kompatibilität aufgrund des Verhaltens als gekränkte, emotional instabile Persönlichkeit. In einem weiteren Bericht/Zeugnis vom 28. Februar 2023 (IV-Nr. 191 S. 3) attestiert Dr. med. C.\_\_\_\_ eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und führt aus, die Beschwerdeführerin sei auf regelmässige Einnahme von Psychopharmaka (Valdoxan 50mg abends, Pregabalin 50mg morgens und 100mg abends und Truxal 15mg nachts) angewiesen. Zudem müsse sie jeden Tag auch wegen erhöhter Zuckerwerte Janumet 125mg und auch Eltroxin 50 wegen Schilddrüsen-Hypofunktion einnehmen. Trotz dieser Therapie habe noch keine Stabilisierung des psychischen Zustandes erreicht werden können. In den Folgemonaten wurden ähnliche Zeugnisse ausgestellt (vgl. IV-Nr. 194 S. 3 und 198 S. 2).

6.6 Die Hausärztin Dr. med. G.\_\_\_\_ listete am 1. November 2022 die folgenden somatischen Erkrankungen auf (IV-Nr. 178 S. 2): - Diabetes mellitus Typ II, unter OAD, ED ca. 2017 - Autoimmunthyreoiditis vom Hashimoto-Typ, ED ca. 2018, Hypothyreose substituiert - Arterielle Hypertonie - Adipositas - Chron. Rücken- und Schulterschmerzen bds. sowie Kopfschmerzen (ggf. Dafalgan induziert) - Tendinopathie der Supraspinatussehne mit begleitender Bursitis subacromialis subdeltoidea Schulter rechts; leichte AC- Gelenksarthrose Schulter rechts - Atopische Dermatitis, DD Psoriasis - Traumatische Trommelfellruptur rechts - St. n. Hysterektomie - Psoriasis cutanea - Epikondylitis ulnaris rechts.

6.7 Dem Bericht der W.\_\_\_\_, Klinik X.\_\_\_\_, [...], vom 18. Januar 2023 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin dort vom 15. Dezember 2022 bis 13. Januar 2023 hospitalisiert war (IV-Nr. 186 S. 6 ff.; zuvor hatte vom 9. bis 22. November 2022 bereits ein erster Aufenthalt stattgefunden, vgl. BB 8). Als Hauptdiagnosen genannt werden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1), eine somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet (F45.9), sowie eine Otitis media rechts (ED 10.12.2022), eine Epikondylopathia humeri radialis, links mehr als rechts sowie ein Fibromyalgiesyndrom und Myogelosen. Die Symptome bei Eintritt werden beschrieben als starke Niedergeschlagenheit, Grübeln, Gedankenkreisen, Antriebslosigkeit, Freud- und Interessenlosigkeit, Konzentrations- und Entscheidungsschwierigkeiten, Lebensüberdrussgedanken, Appetitlosigkeit und Schlafstörungen sowie Schreckhaftigkeit, Hyperarousal, repetitives Wiedererleben, Ängste und Mühe, Entspannung zu finden. Die Symptomatik sei am ehesten im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode und einer posttraumatischen Belastungsstörung (St. n. gewalttätigem Partner) beurteilt worden. Nach Erhöhung der Dosis von Duloxetin sei ein am ehesten allergischer Hautauschlag mit starkem Juckreiz aufgetreten. Nach Umstellung auf Escitalopram und Lichttherapie habe die Beschwerdeführerin eine Besserung der depressiven Beschwerden wahrgenommen. Wegen der Ängste sei Pregabalin begonnen worden. Insgesamt habe nur eine leichte Stabilisierung erzielt werden können, und die Patientin habe im Verlauf etwas ruhiger und gelassener gewirkt.

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