

# SO\_GERICHTE VSBES.2024.31 vom 16. Januar 2024

SO Obergericht, 2024-01-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2024.31](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2024.31)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2024.31 du 16 janvier 2024

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2024.31 del 16 gennaio 2024

## Erwägungen

### E. 1

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

1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 16. Januar 2024 eingetreten ist (Ueli Kieserin: ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 ATSG N 109).

1.3 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach denjenigen materiellrechtlichen Normen zu beurteilen, welche damals in Kraft standen. Diese werden in der Folge auch zitiert.

### E. 2

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

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

### E. 3

3.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert bzw. aufgehoben, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den

Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]).

3.2 Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf eine Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b S. 115).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, s. BGE 105 V 30 ■ durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 4.2 S. 109 f., 130 V 71 E. 3.1 S. 73 mit Hinweisen).

### **E. 3.1**

Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert bzw. aufgehoben, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). 3.2 Tritt die Verwaltung – wie im vorliegenden Fall – auf eine Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b S. 115). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, s. BGE 105 V 30 – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 4.2 S. 109 f., 130 V 71 E. 3.1 S. 73 mit Hinweisen).

### **E. 4**

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind

ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

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

## **E. 5**

5.1 Die Beschwerdegegnerin hat den Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen und auf eine Invalidenrente im Wesentlichen mit der Begründung verneint, dass der bei der Beschwerdeführerin festgestellte einzige IV-relevante psychische Gesundheitsschaden (in Form einer Persönlichkeitspathologie) bereits zum Einreisezeitpunkt in die Schweiz im Jahr 2012 vorgelegen habe. Das geforderte Beitragsjahr, das vor Eintritt des Versicherungsfalles erforderlich sei, habe die Beschwerdeführerin nicht geleistet. Die versicherungsmässigen Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch seien somit nicht erfüllt (A.S. 1 ff.).

5.2 Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber zusammenfassend geltend, es sei nicht relevant, ob die Beschwerdeführerin bereits erkrankt in die Schweiz eingereist sei, sondern ab welchem Zeitpunkt diese Erkrankungen zu einer dauernden Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich mindestens 40 % während eines Jahres geführt haben. Aufgrund der Erstanmeldung vom 15. Februar 2013 sei ein bidisziplinäres Gutachten in Rheumatologie und Psychiatrie in Auftrag gegeben worden, das am 21. Juni 2014 erstattet worden sei. Dieses sei zum Schluss gekommen, dass in einer geeigneten Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bestanden habe. Dies habe zur Abweisung des Rentenanspruchs geführt, wobei bereits in der damaligen Verfügung Erwähnung gefunden habe, dass die Pathologie zum Zeitpunkt der Einreise in die Schweiz bestanden habe, aber eben ohne invalidisierende Auswirkungen. Folglich sei ausweislich der Akten erstellt, dass bei und nach der Einreise, das heisse insbesondere zum Zeitpunkt des Erlasses der ersten Verfügung, keine rentenrelevanten Einschränkungen hätten anerkannt werden können (A.S. 4 ff.).

6. Vorliegend ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin das im Rahmen der Neuanmeldung beantragte Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 16. Januar 2024 zu Recht abgewiesen hat. Dabei ist unter den Parteien insbesondere strittig, ob die Beschwerdeführerin die versicherungsmässigen Voraussetzungen erfüllt (vgl. E. II. 5. hiervor).

6.1

6.1.1 Versichert nach Massgabe des IVG sind Personen, die gemäss den Art. 1a und 2 Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG, SR 831.10) obligatorisch oder freiwillig versichert sind (Art. 1b IVG). Obligatorisch versichert nach dem AHVG sind unter anderem die natürlichen Personen, die ihren Wohnsitz in der Schweiz haben oder in der Schweiz eine Erwerbstätigkeit ausüben (Art. 1a Abs. 1 lit. a und b AHVG).

6.1.2 Art. 6 Abs. 2 IVG bestimmt, dass ausländische Staatsangehörige ■ vorbehaltlich Art. 9 Abs. 3 IVG sowie abweichender staatsvertraglicher Regelungen ■ nur anspruchsberechtigt sind, solange sie ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben und sofern sie bei Eintritt der Invalidität während mindestens eines vollen Jahres Beiträge geleistet oder sich ununterbrochen während zehn Jahren in der Schweiz aufgehalten haben. Ein volles Beitragsjahr liegt gestützt auf Art. 32 Abs. 1 IVV in Verbindung mit Art. 50 Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVV, SR831.201) dann vor, wenn eine Person insgesamt länger als elf Monate gemäss Art. 1a oder 2 AHVG versichert war und während dieser Zeit den Mindestbeitrag bezahlt hat oder Beitragszeiten im Sinne von Art. 29ter Abs. 2 lit. b und c AHVG (doppelter Mindestbeitrag des Ehegatten, Erziehungs- oder Betreuungsgutschriften) aufweist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_510/2020 vom 2. November 2020 E. 3.2 mit Hinweisen).

6.1.3 Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente haben gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG nur jene Versicherten, die bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet haben.

6.2 Vorbehalten bleiben Sonderregelungen, welche dieser Gesetzesbestimmung vorgehen. Dazu gehören die Sozialversicherungsabkommen. Weiter vorbehalten bleiben gemäss Art. 80a Abs. 1 IVG das auf den 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der

Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA; SR 0.142.112.681) und die darin anwendbar erklärte Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1) und die Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.11; Urteil des Bundesgerichts 8C\_713/2014 vom 4. Mai 2015 E. 2.2).

6.3 Die am 1. Februar 2012 in die Schweiz eingereiste Beschwerdeführerin ist [...] Staatsangehörige und verfügt über eine Aufenthaltsbewilligung, Ausweis B (IV-Nr. 48 S. 1). Damit sind bei der Beurteilung des Anspruchs auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung grundsätzlich das FZA und die darin anwendbar erklärten Verordnungen zu beachten (vgl. vorstehend E. II. 6.2 hiervor). Für den hier streitigen Leistungsanspruch ist schweizerisches Recht anzuwenden (BGE 130 V 253 E. 2.4 S. 257; Urteil des Bundesgerichts 8C\_111/2020 vom 15. Juli 2020 E. 2).

## **E. 7**

7.1 Mit Blick auf die vorstehend dargelegten Rechtssätze (vgl. E. II. 6. hiervor) ist zur Beurteilung der vorliegend strittigen versicherungsmässigen Voraussetzungen demnach der Zeitpunkt des Eintritts der Invalidität entscheidend. Nicht massgebend ist hingegen der Eintritt des ihr zugrundeliegenden Gesundheitsschadens, sondern es kommt ■ wie die Beschwerdeführerin zu Recht vorbringt (vgl. E. II. 5.2 hiervor) ■ darauf an, wann dessen Auswirkungen auf das funktionelle Leistungsvermögen ein invalidisierendes Ausmass erreicht haben.

7.2 Die Beschwerdegegnerin hält in ihrer angefochtenen Verfügung vom 16. Januar 2024 (A.S. 1 ff.) zur Begründung fest, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass die notwendigen versicherungsmässigen Voraussetzungen für eine Invalidenrente nicht erfüllt seien, zumal die einzige IV-relevante Störung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits zum Einreisezeitpunkt in die Schweiz im Jahr 2012 bestanden habe. In dieser Hinsicht ist zu berücksichtigen, dass die IV-Stelle des Kantons [...] in der ursprünglichen leistungsabweisenden Verfügung vom 20. März 2015 (IV-Nr. 43) zum Schluss kam, dass kein andauernder invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege. Gestützt auf das veranlasste bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. B.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_ vom 21. Juni 2014 (vgl. IV-Nr. 36) legte sie dar, spätestens ab Februar 2012 sei der Beschwerdeführerin eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Exposition gegenüber atemwegsreizenden Stoffen und mit der Möglichkeit von vermehrten Pausen ganztags zumutbar. Dabei seien Arbeiten mit Heben und Ziehen von Lasten über 10 kg, in Zwangshaltungen wie kauern oder kniend, mit repetitivem Bücken, in repetitiven Rumpfrotationen oder mit repetitivem Treppensteigen zu vermeiden. Aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs betrage die Arbeitsfähigkeit 80 %. Dieser Entscheid blieb unangefochten und erwuchs in Rechtskraft. Die Frage, ob die versicherungsmässigen Voraussetzungen zum Zeitpunkt der ursprünglichen leistungsablehnenden Verfügung erfüllt waren, war jedoch im damaligen Verfahren nicht entscheidend. Die IV-Stelle des Kantons [...] hat sich dazu denn auch nicht explizit geäussert. Inhaltlich enthält der damalige Entscheid allerdings die Feststellung, es habe keine Invalidität bestanden. Ob infolgedessen eine nunmehr andere Beurteilung der versicherungsmässigen Voraussetzungen durch die Beschwerdegegnerin zulässig ist, muss vorliegend nicht

abschliessend beurteilt werden und kann im Hinblick auf die nachfolgenden Erwägungen (insbes. E. II. 9. hiernach) offen gelassen werden.

8. Es ist im Nachfolgenden zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 16. Januar 2024 (A.S. 1 ff.) im Vergleich zum letzten rechtskräftigen Entscheid der IV-Stelle des Kantons [...] vom 20. März 2015 (IV-Nr. 43) wesentlich verändert hat.

8.1 In der letzten leistungsablehnenden Verfügung vom 20. März 2015 stellte die IV-Stelle des Kantons [...] hauptsächlich auf das bidisziplinäre (rheumatologische und psychiatrische) Gutachten der Dres. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie FMH, [...], und C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, [...], vom 21. Juni 2014 ab (IV-Nr. 36). Darin wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Chronisches, vorwiegend lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit aktuell lumbospondylogener Exazerbation DD: Radikuläre Reizsymptomatik S1 links (ICD-10 M54.5)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Weiter führten die Gutachter aus, aus psychiatrischer Sicht zeige sich eine auffällige Anamnese schon seit der Kindheit mit möglicher Neurotisierung und Entwicklung akzentuierter Persönlichkeitszüge, die am ehesten im narzisstischen Bereich anzusiedeln seien und eine teilweise Unsicherheit und Rückzugstendenz erklärten. Die Beschwerdeführerin weise auch Schwierigkeiten im beziehungs-mässigen Bereich auf und sei beruflich nie richtig integriert gewesen, sie gebe Ängste und Verstimmungszustände an. Es sei anzunehmen, dass die Körperbeschwerden aufgrund des psychischen Zustandes akzentuiert würden. Die Beschwerdeführerin verhalte sich zudem ausgesprochen passiv, es falle auch eine eher negativistische Haltung auf, was allgemeine Massnahmen massiv erschwere. Obwohl sie einsehe, psychisch beeinträchtigt zu sein, habe sie bis anhin nie eine konsequente Therapie aufgesucht, was dringend erforderlich wäre. Aus rheumatologischer Sicht finde sich ein chronisches, vorwiegend lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit Kyphoskoliose, muskulärer Insuffizienz, Osteochondrosen und beginnenden Spondylarthrosen sowie Discushernien mit einer möglichen Neuroirritation von S1 links, welche Einschränkungen begründen liessen. Die subjektive Behinderungsüberzeugung könne allerdings nicht nachvollzogen werden. Ungünstig bemerkbar mache sich sicher die Adipositas per magna sowie die metabolische Situation.

Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführerin grundsätzlich jede Tätigkeit im vollen Umfang möglich, wobei nach der langjährigen Absenz von einem Arbeitsplatz eine Einarbeitungszeit von einem Monat notwendig sei, um die volle Leistung zu erreichen. Aus rheumatologischer Sicht seien der Beschwerdeführerin schwere, wie auch mittelschwere, insbesondere das Achsenskelett belastende Tätigkeiten nicht möglich. Tätigkeiten mit Heben und Ziehen von Lasten bis 10 kg, durchgeführt in Wechselbelastung seien mit mindestens 80%iger Leistung möglich, eine 20%ige Einschränkung begründe sich durch vermehrten Pausenbedarf (IV-Nr. 36 S. 19).

8.2 Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 16. Januar 2024 sind im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang:

8.2.1 Die Beschwerdegegnerin veranlasste bei der Gutachterstelle D.\_\_\_\_ (nachfolgend: D.\_\_\_\_), [...], ein polydisziplinäres (internistisches, neurologisches, psychiatrisches, endokrinologisches/diabetologisches und rheumatologisches) Gutachten, das am 3. April 2023 erstattet wurde (IV-Nrn. 70.1 ■ 70.9). Dem Gutachten lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (IV-Nr. 70.1 S. 6):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

Weiter führten die Gutachter aus, aus internistischer Sicht seien keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit vorhanden. Es habe auch zu keiner Zeit eine längerfristige Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bestanden (IV-Nr. 70.3). Aus neurologischer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, dass neurologische Behandlungen oder Rehabilitationen in der Vergangenheit nicht erforderlich gewesen seien und auch aktuell nicht notwendig seien. Eingliederungsmassnahmen seien auf neurologischem Gebiet uneingeschränkt möglich. Die Prognose sei gut. Ein Gesundheitsschaden liege auf neurologischem Gebiet nicht vor (IV-Nr. 70.4). Der psychiatrische Gutachter legte dar, ausgehend von der Diagnose einer "komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-11: 6B41)" bestehe derzeit keine Arbeitsfähigkeit für den ersten Arbeitsmarkt. Es sei grundsätzlich festzuhalten, dass bei der Beschwerdeführerin am ehesten seit mindestens Januar 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestehe (IV-Nr. 70.5). Von endokrinologischer Seite scheine die Beschwerdeführerin adäquat therapiert. Die Schilddrüsenhormonwerte sollten im Auge behalten werden. Bei Alopecia universalis und Hypothyreose sollte besondere Sorgfalt auf den definitiven Ausschluss eines Diabetes Typ 1 gelegt werden. Diesbezüglich werde eine Bestimmung der Autoantikörper und des C-Peptids empfohlen, sofern in der letzten Zeit nicht erfolgt. Dies sei allerdings ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in der aktuellen Situation. Von endokrinologischer Seite habe zu keinem Zeitpunkt eine längerfristige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden (IV-Nr. 70.6). Aus rheumatologischer Sicht wurde der Beschwerdeführerin für leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten eine 80%ige Arbeitsfähigkeit seit der letzten Begutachtung im Jahr 2014 attestiert (IV-Nr. 70.7).

In der Konsensbeurteilung kamen die D.\_\_\_\_-Gutachter zum Schluss, dass angesichts schwerwiegender psychischer Probleme eine Arbeitsfähigkeit nicht gegeben sei, während aus somatischer Sicht trotz mehrerer Erkrankungen eine durchaus verwertbare Restarbeitsfähigkeit bestünde. Unter Berücksichtigung der psychiatrischen Situation hätten in fachübergreifender Hinsicht keine die Einschätzung relativierende Inkonsistenzen gesehen werden können. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei unter optimierter psychiatrischer Therapie durchaus möglich. Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten liege seit Januar 2014 vor (IV-Nr. 70.1 S. 6 ff.).

8.2.2 Am 24. April 2023 nahm Dr. med. F.\_\_\_\_, Praktische Ärztin und Fachärztin für Arbeitsmedizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) Stellung zum polydisziplinären D.\_\_\_\_-Gutachten vom 3. April 2023 (IV-Nr. 73). Sie gelangte zum Schluss, dass die vom psychiatrischen Gutachter rückblickend bis 2014 zurückdatierte vollständige Arbeitsunfähigkeit aus Sicht des RAD nicht problemlos nachvollzogen werden könne und daher die Durchführung eines erneuten psychiatrischen Gutachtens empfohlen werde. Daraufhin veranlasste die Beschwerdegegnerin bei Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, [...], erneut ein psychiatrisches Gutachten, welches am

12. August 2023 erstattet wurde (IV-Nr. 82). Dem psychiatrischen Gutachten lassen sich folgende Diagnose entnehmen (IV-Nr. 82 S. 38):

Kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0) mit insbesondere schizoiden, ängstlich-vermeidenden, dann aber narzisstischen und emotional-instabilen Anteilen mit/bei

Der psychiatrische Gutachter führte im Weiteren aus, dass er von Seiten der Psychiatrie von einer leichten depressiven Störung und einer erheblichen kombinierten Persönlichkeitspathologie ausgehe. Einschränkungen von Seiten des depressiven Zustandsbildes allein dürften nicht in relevanter Form vorliegen, von Seiten des Hauptmorbus bzw. der kombinierten Persönlichkeitsstörung aber seien markante Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Alleine schon aufgrund des äusseren Erscheinungsbildes mit erheblicher Anspannung, einem fehlenden Selbstwert, einer erheblichen Unsicherheit, einer inneren und äusseren Verunsicherung, einer Ängstlichkeit, einem distalen sichtbaren und anhaltenden Tremor, sehe er die Beschwerdeführerin in einem Arbeitsprozess unter marktwirtschaftlichen Bedingungen nicht. Des Weiteren sehe er aufgrund eines rigid anmutenden ängstlich betonten Vermeidungsverhaltens eigentlich jegliche Art von Tätigkeiten nicht als realistisch an. Unter Bezug des Mini-ICF sehe er aufgrund der Befundlage von Seiten der Persönlichkeitsstörung in den Bereichen Flexibilität und Umstellfähigkeit, in den Bereichen Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, in der Durchhaltefähigkeit, dann aber auch in der Selbstbehauptungsfähigkeit, in der Gruppenfähigkeit, in der Teamfähigkeit, dann aber auch in den Bereichen Planung und Strukturierung von Aufgaben zumindest mittelgradige, wenn nicht schwere Beeinträchtigungen. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten, die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung familiärer Beziehungen wie auch die Fähigkeit zu Spontanaktivitäten dürften leicht- bis mittelgradig beeinträchtigt sein. Im Kontext dieser Funktionseinschränkungen sehe er die Beschwerdeführerin sowohl in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit derzeit unter marktwirtschaftlichen Bedingungen nicht als arbeitsfähig an. Rückwirkend gesehen gehe er von den heutigen Verhältnissen seit Jahren aus. Prognostisch gesehen dürften sich die aktuellen Verhältnisse angesichts doch recht eingeschränkter Behandlungsoptionen auch über die kommenden Jahre nicht in relevanter Art ändern lassen (IV-Nr. 82 S. 41 f.).

Auf das Ersuchen der Beschwerdegegnerin hin (IV-Nr. 86) nahm der psychiatrische Gutachter Dr. med. E. \_\_\_ am 22. August 2023 zum Gutachten Stellung und beantwortete die gestellten Fragen (IV-Nr. 87). Er führte aus, die Persönlichkeitspathologie (F61.0) der Beschwerdeführerin dürfte sich spätestens seit der Adoleszenz bemerkbar gemacht haben bzw. spätestens seit diesem Zeitpunkt virulent gewesen sein. Spätestens seit dem Jahre 2006 mit der Beendigung ihrer Tätigkeit in der Pflege dürften sich die Beschwerden auch in relevanter Art in der Arbeitsfähigkeit gezeigt haben, zumal ab diesem Zeitpunkt keine Arbeitstätigkeit mehr habe realisiert werden können. Mit der Ausreise in die Schweiz im Jahr 2012 und im Kontext ihrer nicht einfachen familiären Situation (Krankheit eines der Kinder) dürfte eine gewisse Akzentuierung eines mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits zuvor virulent gewesenen Leidens stattgefunden haben. Mehr lasse sich leider nicht sagen.

## **E. 8**

St. n. möglichen rezidivierenden depressiven Störungen (ICD-10 F33.4)

## E. 9

9.1 In der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 16. Januar 2024 (A.S. 1 ff.) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle D.\_\_\_\_ vom 3. April 2023 (vgl. E. II. 8.2.1 hiervor) und das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 12. August 2023 (vgl. E. II. 8.2.2 hiervor), weshalb nachfolgend deren Beweiswert zu prüfen ist. Das polydisziplinäre Gutachten der D.\_\_\_\_ und das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ geniessen vollen Beweiswert, entsprechen sie doch sämtlichen Anforderungen der Rechtsprechung (s. dazu E. II. 4.3 hiervor): Sie stammen von unabhängigen Fachärzten der einschlägigen medizinischen Disziplinen, welche fachlich qualifiziert sind, die gesundheitliche Situation und die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu beurteilen. Weiter haben die Experten die Beschwerdeführerin zu ihren subjektiven Beschwerden, ihren Lebensumständen sowie ihrer Vorgeschichte befragt, die objektiven Befunde erhoben und die wesentlichen Akten zur Kenntnis genommen. Auf dieser Grundlage befassten sich die einzelnen Experten sodann mit dem Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. In der interdisziplinären Besprechung gelangten die Experten sodann zu einer Beurteilung, welche vor dem Hintergrund der objektivierbaren Befunde nachvollziehbar ist. Die Gutachten werden damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme gerecht.

9.1.1 Im Zusammenhang mit dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 12. August 2023 rügt die Beschwerdeführerin einzig, dass es sich bei diesem Gutachten um eine unzulässige «second opinion» handle (Beschwerde N. 15 Ziff. VII S. 6; A.S. 9).

9.1.1.1 Gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG ist die IV-Stelle verpflichtet, von Amtes wegen die notwendigen Abklärungen vorzunehmen und die erforderlichen Auskünfte einzuholen. Auch wenn ihr bei der Beurteilung der Frage, ob die Abklärungen vollständig sind, ein erheblicher Ermessensspielraum zusteht, darf die Einholung eines Zweitgutachtens («second opinion») nicht beliebig erfolgen. Sofern offene Fragen oder Zweifel an den gutachterlichen Schlussfolgerungen bestehen, soll dies in erster Linie mit den Verfasserinnen und Verfassern des betreffenden Gutachtens geklärt werden (BGE 137 V 210 E. 3.3.1 mit Hinweisen). Die Verfahrensgrundsätze des ATSG verleihen dem Versicherungsträger somit nicht das Recht, eine «second opinion» zum bereits in einem Gutachten festgestellten Sachverhalt einzuholen, wenn ihm dieser nicht gefällt. Abgesehen davon, dass die Einholung eines entbehrlichen Zweitgutachtens eine unzulässige Verfahrensverzögerung darstellen kann, ist die versicherte Person nicht verpflichtet, sich einer weiteren Begutachtung zu unterziehen, wenn der Sachverhalt bereits hinreichend geklärt ist (BGE 136 V 156 E. 3.3 mit weiteren Hinweisen).

9.1.1.2 Aus der Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 24. April 2023 haben sich Umstände ergeben, welche die Beschwerdegegnerin veranlassten, ein neues psychiatrisches Gutachten in Auftrag zu geben. Die RAD-Ärztin gelangte zum Schluss, dass die vom psychiatrischen Gutachter rückblickend bis 2014 zurückdatierte vollständige Arbeitsunfähigkeit aus Sicht des RAD nicht problemlos nachvollzogen werden könne. Die im vorangegangenen psychiatrischen Gutachter durch Dr. med. C.\_\_\_\_ beschriebene Symptomatik mit verminderter affektiver Schwingungsfähigkeit bei leicht zum depressiven Pol verschobener Affektlage und anamnestischem Vermeidungsverhalten (nicht in der Untersuchungssituation!) reichten aus RAD-Sicht nicht aus für die Diagnose einer komplexen PTBS, zumal der emotionale Missbrauch in der Kindheit zwar nicht

ausgeschlossen, der sexuelle Missbrauch durch einen Therapeuten aber rein hypothetisch sei. Von 2015 bis 2018 sei eine ambulante Psychotherapie erfolgt, danach nicht mehr. Unter der Einnahme von Cipralext ab 2018 fühle sich die Beschwerdeführerin zudem "psychisch leidlich stabil" (Aussage gegenüber dem Gutachter). Im September 2020 hätten die G. \_\_\_ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig, festgehalten. Aus RAD-Sicht könne somit ab dem Zeitpunkt September 2020 eine gewisse Verschlechterung der psychischen Situation nachvollzogen werden. Die vom aktuellen Gutachter postulierte vollständige Arbeitsunfähigkeit retrospektiv bis 2014 sei aus Sicht des RAD nicht zwanglos nachvollziehbar und auch in Zusammenhang mit den diversen zwischenzeitlich erst im Verlauf zusätzlich beeinflussenden psychosozialen Kontextfaktoren (Geburt von drei Kindern, Kind mit Autismus) nicht spezifisch diskutiert worden. Der aktuelle Gutachter beschreibe zudem einen Mini ICF, der nicht umfänglich nachvollziehbar und in Einklang mit dem beschriebenen Psychostatus sei. Es werde auch nicht klar, wie die Graduierung des Mini ICF erfolgt sei. Es würden nur teilweise Beispiele und Erklärungen dargeboten (bspw. sei die Beurteilung der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit nicht nachvollziehbar). Ebenso werde nicht klar, weshalb ein Drogenkonsum im Mini ICF erwähnt werde (12: Selbstpflege und Selbstfürsorge), der sonst nirgendwo diskutiert worden sei. Der RAD empfehle daher die Durchführung eines erneuten psychiatrischen Gutachtens. Die von der RAD-Ärztin erhobenen Diskrepanzen sind ohne Zweifel Gründe genug, dass die Beschwerdegegnerin im Rahmen ihres Ermessensspielraums eine weitere Begutachtung anordnen durfte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_725/2016 vom 9. Februar 2017 E. 5.2.2 mit Hinweisen). Eine medizinische Abklärung war daher angezeigt. Die Beschwerdeführerin erhob in der Folge denn auch keine Einwände gegen die von der Beschwerdegegnerin mit Mitteilung vom 25. April 2023 (IV-Nr. 76) angekündigte psychiatrische Begutachtung. Nach Gesagtem wurde das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_ nicht zwecks Einholung einer unzulässigen Zweitmeinung veranlasst. Die diesbezügliche Rüge erweist sich daher als unbegründet.

9.1.2 Im übrigen blieb der Inhalt bzw. Beweiswert des polydisziplinären wie auch des psychiatrischen Gutachtens unter den Parteien unbestritten. Zusammenfassend kann somit auf das beweismässige Gutachten der Gutachterstelle D. \_\_\_ vom 3. April 2023 und das beweismässige psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_ vom 12. August 2023 abgestellt werden.

9.2 Da sich die IV-Stelle des Kantons [...] im Rahmen der Verfügung vom 20. März 2015 im Wesentlichen auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. B. \_\_\_ und C. \_\_\_ vom 21. Juni 2014 (vgl. E. II. 8.1 hiervor) gestützt hat, sind für den nachfolgenden Vergleich insbesondere die rheumatologischen und psychiatrischen Beurteilungen heranzuziehen. Es ist zunächst auf den somatischen Gesundheitszustand (vgl. E. II. 9.2.1 hiernach) und dann auf die psychische gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin (vgl. E. II. 9.2.3 hiernach) einzugehen:

9.2.1 Der rheumatologische D. \_\_\_-Gutachter stellte in seinem Teilgutachten die Diagnose eines «chronischen cerviko- und lumbovertebralen Schmerzsyndroms mit thorakal betonter Kyphoskoliose, muskulärer Insuffizienz und Osteochondrose sowie bilateraler Spondylarthrose L5/S1, paramedian linksseitiger Diskushernie mit möglicher Neuroirritation S1 links sowie nicht neurokompromittierenden kleineren medianen Diskushernien L3/4 und L4/5 und generalisierten Spondylarthrosen C3 ■ C7» als solche mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Diese Diagnose deckt sich weitgehend mit jener im

rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 21. Juni 2014 (vgl. E. II. 8.1 hiervor). So hielt der D.\_\_\_\_-Gutachter denn auch fest, den Einschätzungen im rheumatologischen Teilgutachten vom 21. Juni 2014 könne gefolgt werden, insbesondere, dass in der Tätigkeit als Verwaltungsfachangestellte keine wesentlichen Einschränkungen von rein rheumatologischer Seite her zu begründen seien. Die zugestandene 20%ige Leistungsminderung für Pausen und Entlastungsstellen sei grosszügig und werde den degenerativen Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule mehr als gerecht (IV-Nr. 70.7 S. 10). Sodann attestierte der rheumatologische Gutachter der D.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin eine seit der letzten Begutachtung im Jahr 2014 bestehende 80%ige Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten (IV-Nr. 70.7 S. 14). Dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht in rechtlich relevanter Weise verändert hätte, ist demnach nicht ersichtlich.

9.2.2 Da auf dem medizinischen Fachgebiet der Allgemeinmedizin, der Neurologie und der Endokrinologie weder in der Vergangenheit noch aktuell entsprechende Diagnosen oder Gesundheitsstörungen ausgewiesen werden, ist sowohl aus internistischer als auch neurologischer und endokrinologischer Sicht nicht von einem veränderten Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin auszugehen. So stellten der Internist in seinem Teilgutachten vom 11. Januar 2023 (IV-Nr. 70.3 S. 9 f.), die Neurologin im Rahmen ihres neurologischen Teilgutachtens (IV-Nr. 70.4 S. 8 f.) und der Experte in seinem endokrinologischen Teilgutachten vom

## **E. 10**

Tendinitis calcarea rechts ED Januar 2023 Weiter führten die Gutachter aus, aus internistischer Sicht seien keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit vorhanden. Es habe auch zu keiner Zeit eine längerfristige Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bestanden (IV-Nr. 70.3). Aus neurologischer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, dass neurologische Behandlungen oder Rehabilitationen in der Vergangenheit nicht erforderlich gewesen seien und auch aktuell nicht notwendig seien. Eingliederungsmassnahmen seien auf neurologischem Gebiet uneingeschränkt möglich. Die Prognose sei gut. Ein Gesundheitsschaden liege auf neurologischem Gebiet nicht vor (IV-Nr. 70.4). Der psychiatrische Gutachter legte dar, ausgehend von der Diagnose einer "komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-11: 6B41)" bestehe derzeit keine Arbeitsfähigkeit für den ersten Arbeitsmarkt. Es sei grundsätzlich festzuhalten, dass bei der Beschwerdeführerin am ehesten seit mindestens Januar 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestehe (IV-Nr. 70.5). Von endokrinologischer Seite scheine die Beschwerdeführerin adäquat therapiert. Die Schilddrüsenhormonwerte sollten im Auge behalten werden. Bei Alopecia universalis und Hypothyreose sollte besondere Sorgfalt auf den definitiven Ausschluss eines Diabetes Typ 1 gelegt werden. Diesbezüglich werde eine Bestimmung der Autoantikörper und des C-Peptids empfohlen, sofern in der letzten Zeit nicht erfolgt. Dies sei allerdings ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in der aktuellen Situation. Von endokrinologischer Seite habe zu keinem Zeitpunkt eine längerfristige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden (IV-Nr. 70.6). Aus rheumatologischer Sicht wurde der Beschwerdeführerin für leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten eine 80%ige Arbeitsfähigkeit seit der letzten Begutachtung im Jahr 2014 attestiert (IV-Nr. 70.7). In der Konsensbeurteilung kamen die D.\_\_\_\_-Gutachter zum Schluss, dass angesichts schwerwiegender psychischer Probleme eine Arbeitsfähigkeit nicht gegeben sei, während aus somatischer Sicht trotz mehrerer

Erkrankungen eine durchaus verwertbare Restarbeitsfähigkeit bestünde. Unter Berücksichtigung der psychiatrischen Situation hätten in fachübergreifender Hinsicht keine die Einschätzung relativierende Inkonsistenzen gesehen werden können. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei unter optimierter psychiatrischer Therapie durchaus möglich. Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten liege seit Januar 2014 vor (IV-Nr. 70.1 S. 6 ff.).

8.2.2 Am 24. April 2023 nahm Dr. med. F. \_\_\_\_, Praktische Ärztin und Fachärztin für Arbeitsmedizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) Stellung zum polydisziplinären D. \_\_-Gutachten vom 3. April 2023 (IV-Nr. 73). Sie gelangte zum Schluss, dass die vom psychiatrischen Gutachter rückblickend bis 2014 zurückdatierte vollständige Arbeitsunfähigkeit aus Sicht des RAD nicht problemlos nachvollzogen werden könne und daher die Durchführung eines erneuten psychiatrischen Gutachtens empfohlen werde. Daraufhin veranlasste die Beschwerdegegnerin bei Dr. med. E. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, [...], erneut ein psychiatrisches Gutachten, welches am 12. August 2023 erstattet wurde (IV-Nr. 82). Dem psychiatrischen Gutachten lassen sich folgende Diagnose entnehmen (IV-Nr. 82 S. 38): Kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0) mit insbesondere schizoiden, ängstlich-vermeidenden, dann aber narzisstischen und emotional-instabilen Anteilen mit/bei - rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischem Syndrom (F33.01) Der psychiatrische Gutachter führte im Weiteren aus, dass er von Seiten der Psychiatrie von einer leichten depressiven Störung und einer erheblichen kombinierten Persönlichkeitspathologie ausgehe. Einschränkungen von Seiten des depressiven Zustandsbildes allein dürften nicht in relevanter Form vorliegen, von Seiten des Hauptmorbus bzw. der kombinierten Persönlichkeitsstörung aber seien markante Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Alleine schon aufgrund des äusseren Erscheinungsbildes mit erheblicher Anspannung, einem fehlenden Selbstwert, einer erheblichen Unsicherheit, einer inneren und äusseren Verunsicherung, einer Ängstlichkeit, einem distalen sichtbaren und anhaltenden Tremor, sehe er die Beschwerdeführerin in einem Arbeitsprozess unter marktwirtschaftlichen Bedingungen nicht. Des Weiteren sehe er aufgrund eines rigid anmutenden ängstlich betonten Vermeidungsverhaltens eigentlich jegliche Art von Tätigkeiten nicht als realistisch an. Unter Bezug des Mini-ICF sehe er aufgrund der Befundlage von Seiten der Persönlichkeitsstörung in den Bereichen Flexibilität und Umstellfähigkeit, in den Bereichen Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, in der Durchhaltefähigkeit, dann aber auch in der Selbstbehauptungsfähigkeit, in der Gruppenfähigkeit, in der Teamfähigkeit, dann aber auch in den Bereichen Planung und Strukturierung von Aufgaben zumindest mittelgradige, wenn nicht schwere Beeinträchtigungen. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten, die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung familiärer Beziehungen wie auch die Fähigkeit zu Spontanaktivitäten dürften leicht- bis mittelgradig beeinträchtigt sein. Im Kontext dieser Funktionseinschränkungen sehe er die Beschwerdeführerin sowohl in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit derzeit unter marktwirtschaftlichen Bedingungen nicht als arbeitsfähig an. Rückwirkend gesehen gehe er von den heutigen Verhältnissen seit Jahren aus. Prognostisch gesehen dürften sich die aktuellen Verhältnisse angesichts doch recht eingeschränkter Behandlungsoptionen auch über die kommenden Jahre nicht in relevanter Art ändern lassen (IV-Nr. 82 S. 41 f.). Auf das Ersuchen der Beschwerdegegnerin hin (IV-Nr. 86) nahm der psychiatrische Gutachter Dr. med. E. \_\_\_\_, am 22. August 2023 zum Gutachten Stellung und beantwortete die gestellten Fragen (IV-Nr. 87). Er führte aus, die Persönlichkeitspathologie (F61.0) der Beschwerdeführerin dürfte sich spätestens seit der Adoleszenz bemerkbar gemacht haben bzw. spätestens seit diesem Zeitpunkt virulent gewesen sein. Spätestens seit

dem Jahre 2006 mit der Beendigung ihrer Tätigkeit in der Pflege dürften sich die Beschwerden auch in relevanter Art in der Arbeitsfähigkeit gezeigt haben, zumal ab diesem Zeitpunkt keine Arbeitstätigkeit mehr habe realisiert werden können. Mit der Ausreise in die Schweiz im Jahr 2012 und im Kontext ihrer nicht einfachen familiären Situation (Krankheit eines der Kinder) dürfte eine gewisse Akzentuierung eines mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits zuvor virulent gewesenen Leidens stattgefunden haben. Mehr lasse sich leider nicht sagen.

9. 9.1 In der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 16. Januar 2024 (A.S. 1 ff.) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle D. \_\_\_ vom 3. April 2023 (vgl. E. II. 8.2.1 hiervor) und das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_ vom 12. August 2023 (vgl. E. II. 8.2.2 hiervor), weshalb nachfolgend deren Beweiswert zu prüfen ist. Das polydisziplinäre Gutachten der D. \_\_\_ und das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_ geniessen vollen Beweiswert, entsprechen sie doch sämtlichen Anforderungen der Rechtsprechung (s. dazu E. II. 4.3 hiervor): Sie stammen von unabhängigen Fachärzten der einschlägigen medizinischen Disziplinen, welche fachlich qualifiziert sind, die gesundheitliche Situation und die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu beurteilen. Weiter haben die Experten die Beschwerdeführerin zu ihren subjektiven Beschwerden, ihren Lebensumständen sowie ihrer Vorgeschichte befragt, die objektiven Befunde erhoben und die wesentlichen Akten zur Kenntnis genommen. Auf dieser Grundlage befassten sich die einzelnen Experten sodann mit dem Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. In der interdisziplinären Besprechung gelangten die Experten sodann zu einer Beurteilung, welche vor dem Hintergrund der objektivierbaren Befunde nachvollziehbar ist. Die Gutachten werden damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme gerecht.

9.1.1 Im Zusammenhang mit dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_ vom 12. August 2023 rügt die Beschwerdeführerin einzig, dass es sich bei diesem Gutachten um eine unzulässige «second opinion» handle (Beschwerde N. 15 Ziff. VII S. 6; A.S. 9).

9.1.1.1 Gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG ist die IV-Stelle verpflichtet, von Amtes wegen die notwendigen Abklärungen vorzunehmen und die erforderlichen Auskünfte einzuholen. Auch wenn ihr bei der Beurteilung der Frage, ob die Abklärungen vollständig sind, ein erheblicher Ermessensspielraum zusteht, darf die Einholung eines Zweitgutachtens («second opinion») nicht beliebig erfolgen. Sofern offene Fragen oder Zweifel an den gutachterlichen Schlussfolgerungen bestehen, soll dies in erster Linie mit den Verfasserinnen und Verfassern des betreffenden Gutachtens geklärt werden (BGE 137 V 210 E. 3.3.1 mit Hinweisen). Die Verfahrensgrundsätze des ATSG verleihen dem Versicherungsträger somit nicht das Recht, eine «second opinion» zum bereits in einem Gutachten festgestellten Sachverhalt einzuholen, wenn ihm dieser nicht gefällt. Abgesehen davon, dass die Einholung eines entbehrlichen Zweitgutachtens eine unzulässige Verfahrensverzögerung darstellen kann, ist die versicherte Person nicht verpflichtet, sich einer weiteren Begutachtung zu unterziehen, wenn der Sachverhalt bereits hinreichend geklärt ist (BGE 136 V 156 E. 3.3 mit weiteren Hinweisen).

9.1.1.2 Aus der Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. F. \_\_\_ vom 24. April 2023 haben sich Umstände ergeben, welche die Beschwerdegegnerin veranlassten, ein neues psychiatrisches Gutachten in Auftrag zu geben. Die RAD-Ärztin gelangte zum Schluss, dass die vom psychiatrischen Gutachter rückblickend bis 2014 zurückdatierte vollständige Arbeitsunfähigkeit aus Sicht des RAD nicht problemlos nachvollzogen werden könne. Die im vorangegangenen psychiatrischen Gutachter durch Dr. med. C. \_\_\_ beschriebene Symptomatik mit verminderter affektiver

Schwingungsfähigkeit bei leicht zum depressiven Pol verschobener Affektlage und anamnestischem Vermeidungsverhalten (nicht in der Untersuchungssituation!) reichten aus RAD-Sicht nicht aus für die Diagnose einer komplexen PTBS, zumal der emotionale Missbrauch in der Kindheit zwar nicht ausgeschlossen, der sexuelle Missbrauch durch einen Therapeuten aber rein hypothetisch sei. Von 2015 bis 2018 sei eine ambulante Psychotherapie erfolgt, danach nicht mehr. Unter der Einnahme von CipraleX ab 2018 fühle sich die Beschwerdeführerin zudem "psychisch leidlich stabil" (Aussage gegenüber dem Gutachter). Im September 2020 hätten die G.\_\_\_\_ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig, festgehalten. Aus RAD-Sicht könne somit ab dem Zeitpunkt September 2020 eine gewisse Verschlechterung der psychischen Situation nachvollzogen werden. Die vom aktuellen Gutachter postulierte vollständige Arbeitsunfähigkeit retrospektiv bis 2014 sei aus Sicht des RAD nicht zwanglos nachvollziehbar und auch in Zusammenhang mit den diversen zwischenzeitlich erst im Verlauf zusätzlich beeinflussenden psychosozialen Kontextfaktoren (Geburt von drei Kindern, Kind mit Autismus) nicht spezifisch diskutiert worden. Der aktuelle Gutachter beschreibe zudem einen Mini ICF, der nicht umfänglich nachvollziehbar und in Einklang mit dem beschriebenen Psychostatus sei. Es werde auch nicht klar, wie die Graduierung des Mini ICF erfolgt sei. Es würden nur teilweise Beispiele und Erklärungen dargeboten (bspw. sei die Beurteilung der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit nicht nachvollziehbar). Ebenso werde nicht klar, weshalb ein Drogenkonsum im Mini ICF erwähnt werde (12: Selbstpflege und Selbstfürsorge), der sonst nirgendwo diskutiert worden sei. Der RAD empfehle daher die Durchführung eines erneuten psychiatrischen Gutachtens. Die von der RAD-Ärztin erhobenen Diskrepanzen sind ohne Zweifel Gründe genug, dass die Beschwerdegegnerin im Rahmen ihres Ermessensspielraums eine weitere Begutachtung anordnen durfte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_725/2016 vom 9. Februar 2017 E. 5.2.2 mit Hinweisen). Eine medizinische Abklärung war daher angezeigt. Die Beschwerdeführerin erhob in der Folge denn auch keine Einwände gegen die von der Beschwerdegegnerin mit Mitteilung vom 25. April 2023 (IV-Nr. 76) angekündigte psychiatrische Begutachtung. Nach Gesagtem wurde das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ nicht zwecks Einholung einer unzulässigen Zweitmeinung veranlasst. Die diesbezügliche Rüge erweist sich daher als unbegründet.

9.1.2 Im übrigen blieb der Inhalt bzw. Beweiswert des polydisziplinären wie auch des psychiatrischen Gutachtens unter den Parteien unbestritten. Zusammenfassend kann somit auf das beweismässige Gutachten der Gutachterstelle D.\_\_\_\_ vom 3. April 2023 und das beweismässige psychiatrische Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 12. August 2023 abgestellt werden.

9.2 Da sich die IV-Stelle des Kantons [...] im Rahmen der Verfügung vom 20. März 2015 im Wesentlichen auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. B.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_ vom 21. Juni 2014 (vgl. E. II. 8.1 hiervor) gestützt hat, sind für den nachfolgenden Vergleich insbesondere die rheumatologischen und psychiatrischen Beurteilungen heranzuziehen. Es ist zunächst auf den somatischen Gesundheitszustand (vgl. E. II. 9.2.1 hiernach) und dann auf die psychische gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin (vgl. E. II. 9.2.3 hiernach) einzugehen:

9.2.1 Der rheumatologische D.\_\_\_\_-Gutachter stellte in seinem Teilgutachten die Diagnose eines «chronischen cerviko- und lumbovertebralen Schmerzsyndroms mit thorakal betonter Kyphoskoliose, muskulärer Insuffizienz und Osteochondrose sowie bilateraler Spondylarthrose L5/S1, paramedian linksseitiger Diskushernie mit möglicher Neuroirritation S1 links sowie nicht neurokompromittierenden kleineren medianen Diskushernien L3/4 und L4/5 und generalisierten Spondylarthrosen C3 – C7» als solche mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit.

Diese Diagnose deckt sich weitgehend mit jener im rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. B. \_\_\_ vom 21. Juni 2014 (vgl. E. II. 8.1 hiervor). So hielt der D. \_\_\_-Gutachter denn auch fest, den Einschätzungen im rheumatologischen Teilgutachten vom 21. Juni 2014 könne gefolgt werden, insbesondere, dass in der Tätigkeit als Verwaltungsfachangestellte keine wesentlichen Einschränkungen von rein rheumatologischer Seite her zu begründen seien. Die zugestandene 20%ige Leistungsminderung für Pausen und Entlastungsstellen sei grosszügig und werde den degenerativen Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule mehr als gerecht (IV-Nr. 70.7 S. 10). Sodann attestierte der rheumatologische Gutachter der D. \_\_\_ der Beschwerdeführerin eine seit der letzten Begutachtung im Jahr 2014 bestehende 80%ige Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten (IV-Nr. 70.7 S. 14). Dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht in rechtlich relevanter Weise verändert hätte, ist demnach nicht ersichtlich. 9.2.2 Da auf dem medizinischen Fachgebiet der Allgemeinmedizin, der Neurologie und der Endokrinologie weder in der Vergangenheit noch aktuell entsprechende Diagnosen oder Gesundheitsstörungen ausgewiesen werden, ist sowohl aus internistischer als auch neurologischer und endokrinologischer Sicht nicht von einem veränderten Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin auszugehen. So stellten der Internist in seinem Teilgutachten vom 11. Januar 2023 (IV-Nr. 70.3 S. 9 f.), die Neurologin im Rahmen ihres neurologischen Teilgutachtens (IV-Nr. 70.4 S. 8 f.) und der Experte in seinem endokrinologischen Teilgutachten vom

### **E. 13**

Februar 2023 (IV-Nr. 70.6 S. 10 f.) fest, das Belastungsprofil sei nicht eingeschränkt und es habe zu keinem Zeitpunkt eine längerfristige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden.

9.2.3 Ein Vergleich des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. E. \_\_\_ vom 12. August 2023 mit dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_ vom 21. Juni 2014 ergibt sodann, dass der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen gleich geblieben ist. So führte Dr. med. C. \_\_\_ folgende Untersuchungsbefunde auf (IV-Nr. 36 S. 15): Die Beschwerdeführerin sei von adipöser Statur gewesen, habe äusserlich ordentlich gewirkt, das Bewusstsein sei klar gewesen, die Orientierung allseits erhalten. Es habe sich keine Störung der kognitiven Funktionen gefunden. Der Gedankengang sei formal unauffällig gewesen, auf die Fragen eingehend, wobei sich eine negativistische Haltung bemerkbar gemacht habe. Sie fühle sich schnell nicht verstanden und reagiere teilweise gekränkt, sie ziehe sich dann auch schnell zurück. Es hätten sich keine Hinweise auf Zwänge, Wahn und psychotische Phänomene gefunden. Der Affekt sei euthym, freundlich gewesen, es sei aufgefallen, wie die Beschwerdeführerin teilweise den Blickkontakt gemieden und gehemmt gewirkt habe. Sie denke manchmal an Suizid, sie habe Verstimmungszustände, manchmal weine sie, dann gehe es wieder besser. Sie habe Ängste unter grossen Menschenmengen angegeben, die schon seit Jahren persistierten und auch in der Dunkelheit, weswegen sie eine Begleitung benötige. Die affektive Modulation sei erhalten gewesen, ebenfalls die gestische und mimische Mitbeteiligung. Psychomotorisch sei sie unauffällig gewesen. Dem Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_ (IV-Nr. 82 S. 28 ff.) ist ein im Wesentlichen ähnlicher Untersuchungsbefund zu entnehmen. So führte der Gutachter aus, dass die Beschwerdeführerin einfach gekleidet, doch aber gepflegt erschienen sei. Sie präsentiere sich ohne Kopfhaar, wirke deutlich angespannt, leicht verlangsamt, vor allem aber zittrig. Sie habe sich deutlich verunsichert, durchgängig sehr, sehr unsicher gezeigt,

wie unter Druck. Das Bewusstsein habe sich klar und wach präsentiert, die Orientierung sei in allen vier Ebenen gegeben gewesen. Die Konzentrationsfähigkeit, die Aufmerksamkeitsfähigkeit wie auch die Aufmerksamkeitsspanne und die mnestischen Funktionen hätten im klinischen Interview keine relevanten Einschränkungen gezeigt, auch seien keine Wortfindungsstörungen auszumachen gewesen. Das formale Denken habe sich umständlich, leicht verlangsamt, ansonsten aber unauffällig präsentiert. Insbesondere sei keine Sprunghaftigkeit, kein Abschweifen, keine Inkohärenz, keine Zerfahrenheit, keine Verwirrt- oder Verworrenheit auszumachen gewesen. Denkinhaltlich sei auffällig gewesen, dass sie redundant über ihre Ängste, ihre Angstzustände, ihre Ängste unter die Leute zu gehen usw. berichtet habe, was auf ein Gedankenkreisen verweisen dürfte. Denkinhaltliche Auffälligkeiten im Sinne von Wahrnehmungsstörungen, Wahnwahrnehmungen, Wahnhaltungen oder Ich-Störungen seien nicht auszumachen gewesen. Energetisch und antriebsmässig habe sie leicht reduziert gewirkt. Psychovegetativ habe sie über Schlafprobleme im Sinne von Ein- und Durchschlafstörungen berichtet. Die Suizidalität bzw. Suizidgedanken im aktiven Sinne seien verneint worden, selbstverletzende Tendenzen im Sinne von sich kneifen und kratzen seien bejaht worden. Psychomotorisch habe sie innerlich wie äusserlich unruhig, deutlich angespannt gewirkt, auch habe sie einen dauernden Tremor an beiden unteren Schenkeln und den Füßen präsentiert. Zur Beurteilung führte Dr. med. E. \_\_\_ aus, in seiner Untersuchung habe er eine leicht depressive Beschwerdeführerin vorgefunden, weiter eine leichte Antriebsproblematik, eine Beschwerdeführerin mit Schlafstörungen, einer Appetitproblematik, einer fehlenden Libido. Des Weiteren eine Beschwerdeführerin, mit einem deutlich eingeschränkten Selbstwert, wahrscheinlich auch einer erheblichen Schuld- und Schamproblematik, welche sie allerdings nicht habe artikulieren können. Diese Befunde könnten im Rahmen eines depressiven Zustandsbildes verstanden werden, der Ausprägungsgrad allerdings dürfte nicht all zu relevanter Art sein. So gesehen gehe er diagnostisch von einer leichten depressiven Episode mit somatischem Syndrom (F32.10) aus. Unter Annahme, bereits anamnestisch wiederholt aufgetretener depressiver Episoden, wahrscheinlich bereits in der Kinder- und Jugendzeit, gehe er zusammenfassend von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischem Syndrom (F33.01) aus. Einschränkungen von Seiten des depressiven Zustandsbildes allein dürften nicht in relevanter Form vorliegen (IV-Nr.82 S. 41). Dr. med. C. \_\_\_ legte in seiner Beurteilung (IV-Nr. 36 S. 17) dar, dass aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin angenommen werden könne, dass sie möglicherweise in der Vergangenheit unter zeitweisen depressiven Verstimmungen gelitten habe. Aktuell würden je nach Umständen noch Verstimmungen auftreten, die offensichtlich nicht dauerhaft vorhanden seien und dadurch auch nicht die Kriterien für eine depressive Störung erfüllten. Diesbezüglich bestehe eine weitgehende Remission. Der stimmungsmässige Verlauf hänge von verschiedenen Umgebungsfaktoren ab. Die Störung sei aus rein psychiatrischer Sicht zu gering, um dadurch eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen zu können, die Beschwerden seien überwindbar und könnten mit entsprechenden Therapiemassnahmen auch verbessert werden. Ein Vergleich der dargelegten Untersuchungsbefunde, der gestützt darauf gestellten Diagnosen wie auch die sich daraus ergebenden Schlussfolgerungen der beiden Experten führen zum Schluss, dass vorliegend nicht von einer rechtlich relevanten Veränderung des medizinischen Sachverhalts ausgegangen werden kann. Ein weiterer Vergleich der von Dr. med. E. \_\_\_ gestellten Diagnose einer "kombinierten Persönlichkeitsstörung (F61.0) mit insbesondere schizoiden, ängstlich-vermeidenden, dann

aber narzisstischen und emotional-instabilen Anteilen" mit jener Diagnose von Dr. med. C.\_\_\_\_ ("mögliche akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstischen Elementen (ICD-10 Z73.1") ergibt wiederum lediglich eine nicht relevante unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleichgebliebenen medizinischen Sachverhalts. So führte Dr. med. E.\_\_\_\_ aus, im Vordergrund stehend, habe er eine deutlich alterierte, wenn nicht verschrobene, im Kontakt nicht spürbare, zittrige, deutlich verunsicherte, soziale Kontakte meidende, besorgte, zeitweise narzisstisch anmutende, vor allem aber angstgeplagte, ängstlich meidende, zurückgezogene und völlig auf ihre drei Kinder bezogene bzw. fixierte Beschwerdeführerin vorgefunden, welche vom sozialen Gefüge her ausser ihrer Kernfamilie kaum soziale Kontakte pflegen dürfte. Diese auffällige Befundlage lasse sich mit einem depressiven Zustandsbild allein nicht erklären. Vielmehr würden diese Befunde auf relevante Auffälligkeiten von Seiten der Persönlichkeit verweisen. Im Kontext bereits früh aufgetretener Auffälligkeiten des ängstlich-meidenden Formenkreises und einer sozialen Isolation im Verbund mit traumatisierenden Erfahrungen von Seiten der Peergroup, im Verbund möglicherweise auch sexuell traumatisierenden Erlebnissen, einer beeinträchtigten Entwicklung, auffälligen Beziehungsgestaltung bis dato und einer noch deutlich auffälligeren Arbeitsbiographie, dies alles anhaltend bis dato, und der aktuellen Befundlage gehe er von einer Persönlichkeitsstörung (F60) aus (IV-Nr. 82 S. 36 f.). Rückwirkend gehe er von den heutigen Verhältnissen seit Jahren aus (IV-Nr. 82 S. 42). In seinem Ergänzungsschreiben vom 22. August 2023 (IV-Nr. 87) führte er zur retrospektiven Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit der Beschwerdeführerin aus, die Persönlichkeitspathologie (F61.0) der Beschwerdeführerin dürfte sich spätestens seit der Adoleszenz bemerkbar gemacht haben bzw. spätestens seit diesem Zeitpunkt virulent gewesen sein. Spätestens seit dem Jahre 2006 mit der Beendigung ihrer Tätigkeit in der Pflege dürften sich die Beschwerden auch in relevanter Art in der Arbeitsfähigkeit gezeigt haben, zumal ab diesem Zeitpunkt keine Arbeitstätigkeit mehr habe realisiert werden können. Mit der Ausreise in die Schweiz 2012 und im Kontext ihrer nicht einfachen familiären Situation (Krankheit eines der Kinder) dürfte eine gewisse Akzentuierung eines mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits zuvor virulent gewesenen Leidens stattgefunden haben. Dr. med. C.\_\_\_\_ legte in seiner Beurteilung dar, dass zusammenfassend angenommen werden müsse, dass bei der Beschwerdeführerin möglicherweise eine neurotische Fehlentwicklung stattgefunden habe, die sicher massgeblich beeinflusst gewesen sei durch die totale Alopezie. Ungünstig beeinflusst worden sei der psychische Zustand sicher auch durch die Adipositas. Es falle auf, dass die Beschwerdeführerin kaum tragende Beziehungen gepflegt habe, schon seit der Kindheit eher einzelgängerisch gewesen sei. Sie habe ein gestörtes Essverhalten mit teilweisen gefährlichen Ausmassen im Rahmen des Diabetes mellitus entwickelt, in dem es zu Blutzuckerentgleisungen gekommen sei, wie sie heute angebe. Beruflich sei sie auch nie richtig integriert gewesen. Sie weise mittlerweile zwei Ausbildungen auf, eine in der Altenpflege, wo sie sich aufgrund der Rückenbeschwerden nicht in der Lage gefühlt habe, diese weiter auszuüben, dann noch im kaufmännischen Bereich, wobei sie in diesem Bereich nie beruflich erwerbstätig gewesen sei. Sie sei schon seit Jahren arbeitslos, mittlerweile sei sie verheiratet und lebe mit dem Mann zusammen, wobei sie sozial recht isoliert sei (IV-Nr. 36 S. 16).

9.3 Nach dem Dargelegten ist somit zusammenfassend festzuhalten, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der letzten Rentenabweisung vom 20. März 2015 im Wesentlichen unverändert geblieben ist. Bei der im Vergleich zum psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 21. Juni 2014 (vgl. E. II. 8.1 hiavor)

teilweise abweichenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. med. E.\_\_\_\_ handelt es sich demnach um eine vorliegend nicht relevante unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleichgebliebenen medizinischen Sachverhalts. Eine lediglich andere Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts ist jedoch nicht geeignet, eine revisionsweise Änderung des Leistungsanspruches oder eine Neuanschuldung zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_281/2015 vom 24. September 2015 E. 4.3.1 mit Hinweisen). Nachdem eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes zu verneinen ist, kann demnach auf die Durchführung einer Invaliditätsberechnung verzichtet werden.

10. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

10.2 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 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

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

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

|                 |                         |
|-----------------|-------------------------|
| Die Präsidentin | Die Gerichtsschreiberin |
| Weber-Probst    | Yalcin                  |

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