

SO_GERICHTE VSBES.2024.36 vom 16. Januar 2024

SO Obergericht, 2024-01-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2024.36

FR: SO_GERICHTE VSBES.2024.36 du 16 janvier 2024

IT: SO_GERICHTE VSBES.2024.36 del 16 gennaio 2024

Erwägungen

E. 1

1.1 Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (fortan: Beschwerdegegnerin) wies das erste Leistungsbegehren der Versicherten A.____ (fortan: Beschwerdeführerin), geb. [...], mit Verfügung vom 8. Juni 2020 rechtskräftig ab, da mangels einer langdauernden Arbeitsunfähigkeit kein Anspruch auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente bestehe (IV-Akten / IV-Nr. 14). 1.2 Am 25. Januar 2023 meldete sich die Beschwerdeführerin erneut zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 16). Die Beschwerdegegnerin holte bei Dr. med. B.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein Gutachten vom 17. Mai 2023 ein und verneinte mit Verfügung vom 16. Januar 2024 einen Anspruch auf berufliche Massnahmen sowie auf eine Rente, da angesichts der bloss vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit keine Invalidität ausgewiesen sei (Aktenseite / A.S. 1 ff.).

E. 2

Die Streitsache sei in Gutheissung der Beschwerde an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zur Initiierung einer externen psychiatrischen Begutachtung.

E. 2.2

2.2.1 Anspruch auf eine Invalidenrente haben versicherte Personen, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Das einem Rentenanspruch vorausgehende Wartejahr gilt als eröffnet, sobald eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (Amanda Wittwer in: Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Zürich 2017, S. 109 Fn 615). Der Rentenanspruch wiederum könnte frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) entstehen (s. Art. 29 Abs. 1 IVG). Dies wäre hier angesichts der Anmeldung vom 25. Januar 2023 (s. E. I. 1.2 hiervor) im Juli 2023 der Fall. 2.2.2 Als Invalidität gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Arbeitsunfähigkeit wiederum ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen,

geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 6 Abs. 1 ATSG). Ob ein psychisches Leiden zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, beurteilt sich grundsätzlich bei allen solchen Erkrankungen nach einem normativen Prüfungsraster, dem sog. strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 (s. BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429 sowie 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416 f.). Anhand eines Kataloges von Indikatoren, welche sich auf den funktionellen Schweregrad des Leidens und die Konsistenz des Verhaltens beziehen, erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des (unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits) tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294 f. und E. 4.1.3 S. 297).

2.3 Tritt die IV-Stelle wie hier auf eine Neuanmeldung ein, so ist analog wie bei einem Revisionsfall vorzugehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_737/2019 vom 19. Juli 2020 E. 3.2.1), d.h. die IV-Stelle hat die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrads auch tatsächlich eingetreten ist. 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 darüber zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 125 V 368 E. 2 S. 369). Die Frage, ob eine erhebliche, d.h. mit Bezug auf den Invaliditätsgrad rentenwirksame Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, beurteilt sich aufgrund eines Vergleichs des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung – oder einer späteren, auf einer umfassenden Prüfung beruhenden Bestätigung oder Änderung – bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der streitigen Revisionsverfügung (BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.). Das Heranziehen eines Verwaltungsaktes als Vergleichsbasis setzt voraus, dass er auf den Abklärungen beruht, welche mit Blick auf die möglicherweise veränderten Tatsachen notwendig erscheinen (Urteil des Bundesgerichts 9C_162/2020 vom 16. September 2020 E. 4.1).

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen 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 (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.). Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und gerichtliche Beschwerdeverfahren 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (a.a.O.; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So darf von einem Gerichtsgutachten nur bei zwingenden Gründen abgewichen werden (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469, BGE 143 V 269 E. 6.2.3.2 S. 282). Ein solcher Grund kann vorliegen, wenn das Gerichtsgutachten widersprüchlich ist oder ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine divergierende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C_429/2017 vom 30. August 2017 E. 3.1.3).

2.5 Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz, d.h. die Verwaltung resp. das Gericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Grundsatz gilt jedoch nicht uneingeschränkt, sondern wird durch die Mitwirkungspflichten der versicherten Person relativiert (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen mithin im Sozialversicherungsverfahren in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheidung zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf dem Wege der Beweiserhebung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten. Gleiches gilt, wenn der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, nicht rechtserheblich erscheint (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1d S. 162). In einer solchen antizipierten Beweiswürdigung liegt kein Verstoss gegen das verfassungsmässig gewährleistete rechtliche Gehör (BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu

erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1). 3.

E. 3

Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin sämtliche Leistungen nach IVG nach Massgabe eines noch zu bestimmenden IV-Grades auszurichten.

E. 3.1

3.1.1 Die Beschwerdeführerin machte mit der Neuanmeldung vom 25. Januar 2023 eine gesundheitliche Verschlechterung geltend. Den massgeblichen Vergleichszeitpunkt hierfür bildet die vorhergehende Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 8. Juni 2020, worin ein Leistungsanspruch verneint worden war (E. I. 1.1 hiervor).

3.1.2 Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erstattete der E.____-Krankentaggeldversicherung am 15. November 2019 einen Bericht (IV-Nr. 9 S. 7 ff.), wonach eine akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie vorliege (ICD-10 F23.0). Die Beschwerdeführerin sei am 16. September 2019 in die F.____ eingetreten. Seit dem Austritt habe sich der psychische Zustand stabilisiert. Die Angstsymptomatik sowie die wahnhaften Vorstellungen, wie von ihrem Ehemann nicht respektiert und betrogen zu werden, seien zurückgegangen. In den letzten zwei Sitzungen berichte die Beschwerdeführerin über eine positive Energie und eine zunehmend bessere Konzentration mit verbessertem Durchhaltevermögen. Sie schlafe auch besser, wiewohl sie sich morgens immer noch müde fühle, vorübergehend misstrauisch sei und sich ängstige, dass ihrer Tochter etwas passieren könnte. In der Gesamtschau zeige sich ein immer noch beeinträchtigter Gesundheitszustand bei einer eher günstigen Prognose. Das ausgeprägte Störungsbild mit den entsprechenden Funktionsbeeinträchtigungen schränke die Adaptationsfähigkeit an neue Situationen immer noch sichtlich ein. Bis Mitte Dezember bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % sowohl für die angestammte Arbeit als Reinigungsmitarbeiterin als auch für Verweistätigkeiten. Im Verlaufsbericht vom 30. Januar 2020 erklärte Dr. med. C.____ (IV-Nr. 9 S. 4 ff.), seit November 2019 sei eine langsame kontinuierliche Stabilisierung zu beobachten. Die Positivsymptomatik habe sich deutlich reduziert, auch wenn weiterhin wiederkehrende instabile Phasen mit wahnhaften Symptomen auftreten würden. Antrieb, Motivation und Energie hätten sich tagsüber gebessert. Während den Konsultationen äussere die Beschwerdeführerin immer wieder Ratlosigkeit und Verzweiflung wegen der Tochter sowie Misstrauen gegenüber ihrem Ehemann. Sie imponiere als wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Konzentration und Auffassung seien leicht reduziert, das Gedächtnis grob geprüft unauffällig. Zu Hause sollen bereits nach vierstündiger Belastung Ermüdungserscheinungen auftreten. Das formale Denken sei leicht verlangsamt, sonst aber kohärent. Inhaltlich ergäben sich keine Anhaltspunkte für Zwänge, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen, jedoch Hinweise für wiederkehrende Wahngedanken mit unbegründetem Misstrauen. Affektiv wirke die Beschwerdeführerin zwischendurch unsicher und misstrauisch, sonst aber unauffällig. Intermittierend hinterlasse sie einen leicht leidenden und hilflosen Eindruck. Das Selbstwertgefühl präsentiere sich leicht beeinträchtigt, zudem beklage die Beschwerdeführerin eine innere Unruhe bei insgesamt auch objektiv erhöhtem Anspannungsniveau. Suizidalität werde glaubhaft verneint. Ab Februar 2020 attestierte Dr. med. C.____ eine Arbeitsfähigkeit von 50 %.

3.1.3 Die Beschwerdeführerin erklärte in der Erstanmeldung vom 19. Februar 2020, sie sei von September 2017 bis Januar 2018 sowie vom 13. September 2019 bis 4. Februar 2020

gesundheitlich beeinträchtigt gewesen (IV-Nr. 2 S. 6 Ziff. 6.1). Per 5. Februar 2020 habe sie sich für ein Pensum von 100 % bei der Arbeitslosenversicherung angemeldet (IV-Nr. 2 S. 4 Ziff. 4.4, s.a. IV-Nr. 5). Dies bestätigte sie im Telefonat vom 7. April 2020 und gab an, dass sie seit dem 5. Februar 2020 wieder voll arbeitsfähig sei. Sie gehe weiterhin zu Dr. med. C.____ und nehme regelmässig ihre Medikamente (s. Protokolleintrag in den IV-Akten). Im Übrigen geht aus der Abrechnung in den Akten der E.____-Versicherung hervor, dass die Beschwerdeführerin vom 13. September 2019 bis 3. Februar 2020 wegen einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit Krankentaggelder bezog (IV-Nr. 9 S. 2). Vor diesem Hintergrund ging die Beschwerdegegnerin von einer Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit noch vor dem Ablauf des Wartejahrs aus und verneinte am 8. Juni 2020 einen Leistungsanspruch.

E. 3.2

3.2.1 In der Neuanmeldung vom 25. Januar 2023 brachte die Beschwerdeführerin vor, sie leide seit 2017 unter einer Schizophrenie und sei seit dem 16. September 2019 bis auf weiteres vollständig arbeitsunfähig (IV-Nr. 16 S. 5 Ziff. 4.3 und S. 8 Ziff. 6.1).

3.2.2 Gemäss dem Bericht der F.____ vom

E. 3.2.3

hiervor) und schliesslich ■ ohne genauen Beginn ■ von 70 % (E. II. 3.4.1). Dies hinterlässt keinen verlässlichen Eindruck. Andererseits spricht der Umstand, dass die Beschwerdeführerin keine Krankentaggelder mehr bezog, sondern sich stattdessen für ein Vollzeitpensum bei der Arbeitslosenversicherung anmeldete und damit als arbeitsfähig einschätzte (E. II. 3.1.3 hiervor), gegen eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab Februar 2020. Letztlich räumt Dr. med. D.____ auch selber ein, dass die echtzeitlichen Angaben fehlen, um die Arbeitsfähigkeit zwischen 2020 bis Ende 2022 beurteilen zu können (E. II. 3.5.5 hiervor). Ist aber nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisbar, ob und wann von Juni 2020, dem Zeitpunkt der ersten Verfügung der Beschwerdegegnerin, bis Dezember 2022 eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % bestand, so liegt diesbezüglich Beweislosigkeit vor, zumal von weiteren Abklärungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind. Dies wirkt sich zu Lasten der Beschwerdeführerin als Leistungsansprecherin aus, d.h. es ist erst ab Dezember 2022 von einer Arbeitsunfähigkeit auszugehen, welche 100 % beträgt.

3.7 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades und damit des Rentenanspruchs wird in der Regel 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 (Invalideneinkommen) in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Ein solcher Einkommensvergleich erübrigt sich hier jedoch. Da die Beschwerdeführerin nicht in der Lage ist, irgendeine Art von Arbeit ausüben, also auch keine angepasste Tätigkeit in Frage kommt, entspricht der Invaliditätsgrad der Arbeitsunfähigkeit von 100 % und es besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Dieser Anspruch kann, wie bereits erwähnt, frühestens im Juli 2023 entstehen (E. II. 2.2.1 hiervor). Das Wartejahr, welches mit dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit im Dezember 2022 zu laufen begann, endete indes erst im Dezember 2023, so dass die Rente ab dann auszurichten ist.

3.8 Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und der Beschwerdeführerin ab 1. Dezember 2023 eine ganze Rente zuzusprechen. Die Akten gehen an die Beschwerdegegnerin, damit sie die Höhe der Rente festsetzt und den Anspruch auf Kinderrenten prüft.

E. 3.3

3.3.1 Dr. med. B.____ stellte in ihrem Gutachten vom 17. Mai 2023 folgende Diagnosen (IV-Nr. 38 S. 12):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Keine

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

3.3.2 Die Beschwerdeführerin gab an, sie nehme die Medikamente jetzt regelmässig ein, weshalb sie nicht mehr in die Klinik habe gehen müssen. Die erste Hospitalisation sei 2017 erfolgt, weil sie wegen eines Vorgesetzten nicht mehr habe schlafen können (S. 6). Die zweite Hospitalisation 2019 wiederum habe ihren Grund darin gehabt, dass die Verwandten des Ehemannes häufig in der kleinen Wohnung gewesen seien, und weil man ihr vorgeworfen habe, dass sie zu langsam arbeite. Die Medikamente dämpften die Gedanken, stoppten sie aber nicht. Mit ihrem Ehemann habe sie keinerlei Probleme mehr, da sie inzwischen eine grössere Wohnung hätten und die Verwandten nicht mehr so häufig zu Besuch kämen. Sie habe jetzt aber Angst um ihre Tochter und ihren Sohn; auf Nachfrage hin schwieg die Beschwerdeführerin, bis die Expertin das Thema wechselte (S. 7). Die Beschwerdeführerin deponierte weiter, sie habe in der Schweiz eine Freundin, die sie wöchentlich für eine Stunde treffe und mit der sie mehrmals pro Woche telefoniere. Sonst beschränkten sich die Kontakte auf die Familie (S. 8). Sie stehe um ca. 7:00 Uhr auf, kümmere sich um ihren Sohn (geb. 2021), gehe oft für Spaziergänge und Einkäufe nach draussen und bereite für ihre Tochter (geb. 2008) das Mittagessen vor. Tagsüber schlafe sie nicht. Sobald der Ehemann nach Hause komme, ziehe sie sich ins Zimmer zurück, sodass er die Aufgaben übernehme. Sie gehe um ca. 21:00 Uhr zu Bett und versuche zu schlafen, wobei ihr das oft nicht gleich gelinge (S. 8 f.).

3.3.3 Zu den objektiven Befunden hielt die Expertin fest, die Beschwerdeführerin gebe je nach Thema offen und kohärent Auskunft, sodass die Kooperation nur teilweise gegeben sei. Das Schweigen imponiere als Verweigerung (S. 9). Die Beschwerdeführerin erzähle konzentriert und lebendig aus ihrem Leben, etwa über konkrete Probleme am Arbeitsplatz. Angaben zu den Beschwerden, vor allem den vorhandenen Ängsten sowie den «negativen Gedanken», seien dagegen auffallend vage. Trotz mehrfacher Nachfrage erweise es sich hier als unmöglich, detailliertere Angaben zu erhalten. Sobald nicht mehr nachgefragt werde, wirke und spreche die Beschwerdeführerin wieder frei. Sie sei bewusstseinsklar und allseits orientiert. Für Störungen von Aufmerksamkeit, Konzentration oder Gedächtnis sowie des formalen Denkens fehle es an Hinweisen. Die Beschwerdeführerin klage, dass negative Gedanken sie müde machten. Es bestünden keine Anhaltspunkte für inhaltliche Denkstörungen wie Wahn oder Zwang sowie für Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Affektiv präsentiere sich die Beschwerdeführerin euthym und insgesamt schwingungsfähig. Spreche sie über konflikthafte Themen, wirke sie vergleichsweise angespannt. Ängste oder Angstsymptome würden dabei aber keine auftreten, auch als detailliert nach vorhandenen Problemen gefragt werde. Ausser Angaben zur Angst um den Sohn gebe es keine spezifischen Aussagen zu vorhandenen Ängsten. Eine Störung des Antriebs im eigentlichen

Sinn sei nicht eruierbar; die Beschwerdeführerin kümmere sich tagsüber um den zweijährigen Sohn und gebe an, viele Aufgaben würden vom Ehemann übernommen. Für Schlafstörungen im eigentlichen Sinn lägen keine Hinweise vor; die Beschwerdeführerin gehe relativ früh zu Bett und könne dann nicht gleich einschlafen. Appetitmangel oder ein sozialer Rückzug seien nicht feststellbar, regelmässige soziale Kontakte seien unverändert vorhanden. Fremd- oder Eigengefährdung sei nicht ersichtlich (S. 10). Die Beschwerdeführerin habe eigentlich kein zweites Kind gewollt, sich aber auf Wunsch der Tochter und des Ehemannes dafür entschieden, als sie schwanger geworden sei. Seit der Geburt des Sohnes mache sie sich grosse Sorgen, ob sie sich ausreichend um ihn kümmern könne. Deswegen könne sie sich auch nicht vorstellen, wieder zu arbeiten (S. 11).

3.3.4 Im Rahmen ihrer Beurteilung erklärte die Expertin, die anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin seien insgesamt konsistent und plausibel, während die geschilderten Beschwerden im Vergleich sehr vage blieben und kaum fassbar seien. Es liessen sich verschiedene Belastungssituationen erkennen, die jeweils zu einer Verschlechterung der Befindlichkeit geführt hätten. Im Arztbericht zur Hospitalisation von 2019 würden keinerlei psychotische oder wahnhaftige Symptome im engeren Sinn beschrieben. Die erwähnten Symptome würden nicht detailliert dargelegt und seien daher nicht nachvollziehbar. Dasselbe gelte für die Hospitalisation von 2023 (S. 12). Der Umstand, dass sich die Befindlichkeit dank einer neuroleptischen Medikation verbessere, deute nicht per se auf eine Störung aus dem schizophrenen Formenkreis hin, denn eine Angststörung im Sinne einer Panikattacke würde ebenfalls gut auf eine solche Medikation ansprechen (S. 13). In der aktuellen Untersuchung könnten keine psychopathologischen Symptome im eigentlichen Sinne erhoben werden. Auf die Frage nach Beschwerden reagiere die Beschwerdeführerin auffällig vage und gar mutistisch, bis das Thema gewechselt werde. Im Gesprächsfluss sei dies sonst nicht der Fall. Dabei wirke die Befindlichkeit auch viel gedrückter, dies im Widerspruch zum sonstigen euthymen Eindruck während des Gespräches. Insofern sei von einer Verdeutlichungstendenz auszugehen. Das mutistische Verhalten sei kein Ausdruck einer psychotischen Symptomatik, sondern als Zurückhalten von Informationen zu verstehen. Die Hauptbeschwerde «einer schweren Last» lasse sich am ehesten als Ausdruck der von der Beschwerdeführerin verbalisierten Schuldgefühle gegenüber ihrem Sohn resp. sich selbst werten (S. 13). Diagnostisch bestehe kein eindeutiges psychiatrisches Krankheitsbild mehr. Aufgrund der Akten sei zu vermuten, dass das auffällige Verhalten im Rahmen der vorhandenen psychosozialen Belastungssituationen Ausdruck einer Panikstörung gewesen sei, die aus nicht nachvollziehbaren Gründen als Ausdruck einer psychotischen Symptomatik betrachtet worden sei. Seither habe man diese Diagnose beibehalten. Eine Störung aus dem schizophrenen Formenkreis lasse sich nicht nachvollziehen. Die Akten und die Angaben der Beschwerdeführerin enthielten keine fassbaren Symptome wie wahnhaftige Störungen oder schwere Verhaltensstörungen. Weder das Denken noch die Stimmung würden in den vorliegenden Berichten als entsprechend abweichend geschildert. Zudem gebe es dort keinerlei Angaben zu verschiedenen psychosozialen schweren Belastungen, sei es im Berufs- oder Privatleben, welche die Beschwerdeführerin in der aktuellen Untersuchung im Zusammenhang mit den psychischen Krisen berichte. Diese schwerwiegenden psychosozialen Belastungen in Form von Arbeitsplatzkonflikten, Ehekrise resp. ungewollter Mutterschaft würden in den vorliegenden Berichten in auffälliger Weise gar nicht gewürdigt. Aus heutiger Sicht sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bei besonders schweren psychosozialen Belastungen psychisch dekomponiert sei, am ehesten im Sinne einer Anpassungsstörung

mit einer depressiven Symptomatik. Vermutlich habe sie unter einer Panikattacke gelitten, wie dies im letzten Bericht von 2023 erwogen worden sei (S. 14). Da derzeit kein eindeutiges psychiatrisches Krankheitsbild mehr vorliege, scheine die Beschwerdeführerin von den letzten Beschwerden trotz ihrer Unzufriedenheit mit der Medikation erfolgreich geheilt zu sein. Hauptbelastungen seien aktuell erneute psychosoziale Faktoren wie die Betreuung eines Kleinkindes. Sowohl in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Die Beschwerdeführerin wolle vorerst keiner erneuten Erwerbstätigkeit nachgehen, sondern sich um die Kinder kümmern (S. 15).

E. 3.4

3.4.1 Dr. med. C. ___ nahm am 2. Oktober 2023 zum Gutachten Stellung (IV-Nr. 49 S. 3 ff.). Wenn die Expertin keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stelle, so sei dies angesichts der fortbestehenden Symptome nicht schlüssig. Sie bezeichne die Beziehungsschwierigkeiten und die Betrugsvorwürfe seitens der Beschwerdeführerin sowie die Angstbeschwerden resp. Panikattacken aufgrund der Kinder ohne vertiefte Exploration als Beziehungs- / Eheprobleme, obwohl es sich offensichtlich um Wahnvorstellungen und Beziehungswahnideen handle.

Was den psychopathologischen Befund angehe, so sei die Beschwerdeführerin in der Sitzung sichtlich erschöpft, verunsichert und durchwegs nachdenklich. Den Aufmerksamkeitsfokus vermöge sie nicht lange zu halten. Sie sei wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Das Konzentrations-, Durchhalte- und Auffassungsvermögen sei leicht vermindert und während den Konsultationen nach ca. 30 Minuten objektivierbar. Die Konzentrationsstörung zeige sich in einer geschwächten Aufmerksamkeitsfokussierung und damit Vergesslichkeit. Die Auffassungsstörung manifestiere sich in einem verminderten Verständnis für Mitteilungen resp. Vereinbarungen, meistens begleitet von Unsicherheit etc. Das Kurzzeitgedächtnis sei insoweit leicht eingeschränkt, als oft Gegenstände wie Schlüssel verlegt würden. Formalgedanklich sei die Beschwerdeführerin deutlich eingeeengt auf die Betrugsvorwürfe und die Angst, dass ihre Kinder entführt würden, sowie auf die Erschöpfung infolge Leidensdruck und Angst wegen der ungewissen Zukunftsperspektive. Inhaltlich ergäben sich Anhaltspunkte für Beeinträchtigungs- und Eifersuchtswahnideen, jedoch keine Hinweise auf Zwänge, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Affektiv wirke die Beschwerdeführerin innerlich bedrückt und affektlabil. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei herabgesetzt. Es seien Insuffizienzgefühle zu beobachten. Das psychomotorische Aktivitätsniveau und der Antrieb präsentierten sich reduziert. Suizidalität werde glaubhaft verneint, obwohl die Beschwerdeführerin oft und vor allem in Überforderungssituationen an Lebensüberdruß leide.

Die Konsultationen und die systemischen Interventionen mit dem Ehemann fänden alle 14 Tage statt, wobei die Beschwerdeführerin die vereinbarten Termine wahrnehme. Seit der Übernahme der Behandlung beobachte er eine bereits chronische psychische Erkrankung mit deutlichen Schwankungen und wiederholt vorkommendem Misstrauen mit Angst- und Panikattacken. Es bestehe ein erheblicher Leidensdruck. In seiner Beurteilung berücksichtige er neben den objektiven Befunden auch den Verlauf anhand der Querschnittsbefunde und der Längsbeurteilung sowie die Berichte zu den stationären Aufenthalten in der F. ___ vom 7. November 2019, 23. Dezember 2022 und 4. Januar 2023. Diese bestätigten die Diagnose einer Schizophrenie, nicht näher bezeichnet (F20.9), hauptsächlich mit wahnhaften Symptomen und psychotischen Angstattacken. In den letzten vier Jahren sei eine anhaltende und massgebliche Verschlechterung des psychischen

Zustandsbildes eingetreten. Er habe nur die kurzen, höchstens ein- bis dreiwöchigen Verbesserungsphasen nach den Hospitalisationen beobachten können. Während der gesamten Behandlungsperiode bei ihm habe sich eine verunsicherte, misstrauische und innerlich angespannt wirkende Patientin mit ständig gereizter Stimmung gezeigt. Die Beschwerdeführerin wirke antriebslos und besorgt um ihre unklare Zukunftsperspektive. Das Denken erscheine eingengt auf die Überzeugungen von Betrug und Angst vor einer Kindesentführung. Zudem bestehe ein anhaltendes Grübeln mit Gedankenblockade. Durch die bedrückt-dysphorische Stimmungslage mit Verlust an Energie und Initiative sei der Erholungswert nicht mehr gegeben. Die verminderte Stresstoleranz im Rahmen der Affektlabilität mit daraus resultierender Dysphorie führe wiederholt zu einem unangemessenen aggressiven Verhalten gegenüber dem Ehemann. Dieser beklage sich u.a. über eine verminderte Frustrationstoleranz mit Neigung zu verbalen Ausbrüchen und Phasen mit deutlicher Verwehrlosungsstendenz. Hinzu komme auch der Verlust von Selbstvertrauen, eine deutliche Beeinträchtigung des Konzentrationsvermögens mit vermindertem Durchhaltevermögen, welche als eine mangelnde Erholung infolge des bestehenden Energiemangels geschildert werde. Diagnostisch handle es sich aus seiner Sicht um eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3), mit ausgeprägten hypochondrischen Ängsten und Misstrauen sowie mit dysfunktionaler Krankheitsverarbeitung (Z73). Differentialdiagnostisch seien eine Schizophrenie, nicht näher bezeichnet (F20.9), sowie eine anhaltend wahnhaftige Störung (F22.0) zu erwähnen. Die Symptome seien Freudlosigkeit, Energieverlust, Antriebsminderung mit Tageserschöpfungszuständen und vermindertem Durchhaltevermögen, emotionale Instabilität, Schlafstörungen mit Morgentief, sozialer Rückzug, Phasen innerer Anspannung und impulsiver Reaktionen sowie starke Angst, dass der Ehemann mit anderen Frauen Aussenbeziehungen habe und ihre Kinder, insbesondere ihre Tochter, entführt würden. Es seien auch vermehrt Episoden mit psychotischem Erleben wie Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahnideen mit erheblichen Angstzuständen aufgetreten. Angesichts der schweren Symptomatik trotz drei stationärer Behandlungen mit unterschiedlicher Dauer und dabei psychopharmakologischer Behandlung mit Neuroleptika, habe keine längerdauernde Stabilisierung der bestehenden Symptomatik beobachtet werden können. Die bisherigen Therapien seien adäquat durchgeführt worden, weshalb von einer Chronifizierung auszugehen sei. Er gehe mindestens von einer Arbeitsunfähigkeit von 70 % sowohl für die angestammte Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin wie auch für Verweistätigkeiten aus. Aufgrund der objektivierbaren Wahnsymptomatik in Kombination mit der depressiven und Angstsymptomatik und folglich störungsbedingten Funktionsdefiziten in allen Alltagsbereichen sowie der ausgeprägten mangelnden Krankheits- und Behandlungseinsicht seien bis zum jetzigen Zeitpunkt berufliche Massnahmen nicht erfolgversprechend. Die Beschwerdeführerin sei auch in der Umsetzung ihrer Ressourcen und der Kommunikationsfähigkeit durch die depressive Störung beeinträchtigt. Aufgrund des heterogenen und ausgeprägten Störungsbildes mit erheblich eingeschränkter Adaptationsfähigkeit an neue Situationen sei die Prognose sehr ungünstig. Als wichtiger Therapiebaustein erweise sich die Psychopharmakotherapie. Es bestünden aus seiner Sicht keine Hinweise auf Aggravation oder Simulation.

3.4.2 Nachdem die Expertin Dr. med. B. ___ den Bericht von Dr. med. C. ___ vom 2. Oktober 2023 eingesehen hatte, hielt sie an ihrem Gutachten fest (A.S. 65 ff.). Der Bericht enthalte keine neuen Symptome oder Befunde, namentlich was eine Störung aus

dem schizophrenen Formenkreis angehe. Die Symptome aus den früheren Akten liessen sich noch immer nicht einer schweren depressiven Episode zuordnen. Die psychosozialen Belastungen würden erneut nicht mitdiskutiert; sie führten zwar zu einer Beeinträchtigung der Befindlichkeit, was aber nicht zwingend als psychiatrisches Krankheitsbild aufzufassen sei. Die Feststellung im Bericht vom 2. Oktober 2023, die Situation sei seit Jahren chronifiziert und die psychiatrischen Behandlungen hätten keine Veränderung bewirkt, sei dadurch erklärbar, dass die psychosozialen Belastungsfaktoren die Befindlichkeit massgeblich bestimmten.

3.4.3 Dr. med. C. ___ hielt am 26. September 2024 an seinem Bericht vom 2. Oktober 2023 fest (A.S. 80 ff.). Mit dem vorliegenden Krankheitsbild manifestierten sich wiederholt akute affektive Krisen, die das familiäre Umfeld zunehmend belasteten und zu einem hohen Leidensdruck sowie Beziehungsschwierigkeiten führten. Deshalb sei die Beschwerdeführerin auch drei Mal für einige Wochen in die psychiatrische Klinik eingewiesen worden, um ihren Zustand zu stabilisieren. Die Beschwerden seien objektiv validiert durch die Verlaufsbeobachtung seit Oktober 2019, die psychopathologischen Befunde, die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin, die Berichte zu den stationären Behandlungen, die fremdanamnestischen Auskünfte durch Ehemann und Tochter sowie ergänzend die Testungen mit MADRS und BDI. Das Gutachten habe den Verlauf der Erkrankung nicht beachtet, sondern sich nur mit den aktuellen Untersuchungsbefunden befasst, was nicht der ICD entspreche. Es wäre sehr wichtig gewesen, weitreichendere fremdanamnestische Auskünfte bei den behandelnden Ärzten einzuholen. Den Psychostatus und die Gesamtbeurteilung der Expertin könne er nicht bestätigen. Ohne regelmässige Einnahme der Psychopharmaka Reagila, Escitalopram und Trittico in Reserve hätte keine Stabilität des psychischen Zustandes erreicht werden können. Aus seiner Sicht seien die psychopathologischen Befunde keineswegs Symptome einer psychosozialen oder familiären Belastungssituation, sondern entsprächen einer schweren depressiven Störung mit wahnhaften Symptomen seit über sechs Jahren. Die chronifizierte und schwerwiegende Krankheitsentwicklung beeinträchtigte das familiäre Zusammenleben, was wiederum in negativer Wechselwirkung mit der Depression stehe. Die Beschwerdeführerin lebe in der andauernden Befürchtung, dass nicht nur ihr, sondern allen umstehenden Personen etwas Schlimmes passieren könne, z.B. dass die Tochter entführt, der Sohn sich nicht normal entwickeln oder der Ehemann sie betrügen könnte. Es handle sich um eine wahnhafte Verarbeitungsstörung, die psychosozialen Belastungsfaktoren könnten die Befindlichkeit einer Person in so einer Situation zwar beeinflussen, aber nicht massgeblich determinieren. Die Beschwerdeführerin beschreibe die Symptomatik seit der Erstkonsultation in gleicher Art und Weise, insbesondere die verzweifelte Haltung aufgrund der permanenten psychischen Schwankungen und der kontinuierlichen Symptomverschlechterung, trotz mehrmaliger medikamentöser Umstellungen. Ihre Darstellungsweise sei am ehesten als Merkmal des individuellen Kommunikationsstils und des wahnhaften Denkens zu interpretieren und nicht als Verhalten zur Bestärkung der Beschwerden im Sinne einer Aggravation oder gar Simulation. Aus seiner Sicht bestünden keine invaliditätsfremden Faktoren, es handle sich einzig um eine schwere psychiatrische Erkrankung. Die Beschwerdeführerin bekräftige regelmässig in den Sitzungen, dass sie sich eingeschränkt fühle, was er bestätigen könne. Ihr Misstrauen sei völlig grundlos und im Rahmen der wahnhaften Erkrankung zu interpretieren. Das Durchhaltevermögen erscheine aufgrund der Antriebsminderung herabgesetzt, mit zunehmenden Ermüdungserscheinungen im Gesprächsverlauf. Affektiv wirke die Beschwerdeführerin sehr verunsichert, verzweifelt

und besorgt um ihre ungewisse Zukunft. Sie sei aufgrund der Erkrankung im ersten wie im zweiten Arbeitsmarkt vollumfänglich arbeitsunfähig.

3.4.4 Sowohl das Gutachten von Dr. med. B.____ als auch die davon abweichende Beurteilung durch Dr. med. C.____ sind jeweils in sich schlüssig. Gegenüber der Expertin machte die Beschwerdeführerin auch auf Nachfrage hin keine näheren Angaben zu ihren Ängsten, weshalb das Gutachten davon ausging, dass sie Informationen zurückhielt, und die wahnhaften Symptome als nicht nachvollziehbar einstufte. Im Gegensatz dazu bejahte Dr. med. C.____ eine gesundheitliche Verschlechterung seit 2020. Dabei ging er von anderen, gravierenderen objektiven Befunden als das Gutachten aus. Seine Beurteilung lässt sich daher nicht mit dem Hinweis auf seine Stellung als behandelnder Arzt abtun, zumal seine Berichte vom 2. Oktober 2023 und 26. September 2024 relativ ausführlich ausgefallen sind. Vor diesem Hintergrund musste das Gericht ein Gutachten einzuholen, um den Widerspruch zwischen den beiden Beurteilungen auflösen zu können.

E. 3.5

3.5.1 Dr. med. D.____ gelangte in seinem Gerichtsgutachten vom 27. Februar 2025 (A.S. 95 ff.) zu folgender Diagnose (A.S. 107):

3.5.2 Die Beschwerdeführerin gebe an, sie nehme weiterhin Medikamente und fühle sich nicht so wohl. Sie leide die ganze Zeit unter Ängsten, auch um die ganze Familie, etwa dass die Kinder entführt werden könnten, obwohl kein besonderer Grund dafür vorhanden sei (A.S. 98). Sie sorge sie auch um den Ehemann; die Beziehung sei gut, er helfe ihr sehr viel und sie liebe ihn. Um sich selber habe sie keine Angst. Sie wisse nicht so recht, ob die Medikamente wirken würden, andererseits denke sie, ohne ginge es ihr schlechter. Sie habe viele Gedanken, die sie nicht stoppen könne, sei abgelenkt und bekomme nicht mit, was im Fernsehen gezeigt werde. Freude empfinde sie, wenn sie daran denke, in die Ferien zu fahren; sobald sie jedoch dort sei, verspüre sie doch keine richtige Freude. Sie freue sich auch an den Kindern. Weitere Freude empfinde sie nicht. Sie wisse nicht so recht, ob noch andere Dinge nicht richtig stimmten, es sei schwierig für sie, dies zu benennen. Der Ehemann chauffiere sie alle zwei Wochen am Abend zur Therapie bei Dr. med. C.____; sie könne nicht selbst mit dem Auto fahren (A.S. 99).

Der Ehemann wecke sie um 05:45 Uhr, wenn er zur Arbeit gehe. Sie bereite einen Kaffee zu und frühstücke mit dem Sohn, sobald er aufwache. Die Zeit verbringe sie meist daheim und kümmere sich um den Sohn. Sie esse zusammen mit den Kindern. Die Tochter komme regelmässig mittags heim, helfe beim Kochen und Aufräumen der Küche. Sie, die Beschwerdeführerin, sei langsam und vergesse viele Dinge. Der Appetit sei sehr unterschiedlich. Mittags lege sie sich hin und ruhe sich aus; wenn der Sohn wieder wach sei, gebe sie sich mit ihm ab (A.S. 99) und gehe sporadisch kurz mit ihm hinaus. Im Haushalt helfe der Ehemann bei der Wäsche und beim Putzen und er wickle nachts den Sohn. Die Einkäufe erledigten sie zusammen; alleine gingen höchstens kleinere Besorgungen wie Brot oder Milch. Das Abendessen nähmen sie zusammen ein. Sie schaue nur wenig fern, allenfalls mit dem Sohn zusammen ein Kinderprogramm. Seit 2019 lese sie nicht mehr, sie könne sich nicht konzentrieren und habe zu viele Gedanken im Kopf. Etwa um 23:00 Uhr gehe sie zu Bett. Nachts wache sie zwei- bis dreimal auf und müsse dann schauen, wie es den Kindern gehe, wobei sie Mühe habe, wieder einzuschlafen. Allgemein fühle sie sich nicht übermässig nervös oder gereizt, doch sehr müde und kraftlos, es fehle ihr anders als früher an Energie. Sie sei generell sehr passiv und spreche kaum, obwohl die

Tochter gerne mehr mit ihr diskutieren würde. Meist sei sie, die Beschwerdeführerin, nachdenklich und lache sehr selten. Sie lebe noch wegen der Kinder. Sie habe schon an Suizid gedacht, doch bisher nie einen Versuch unternommen. Eine ehemalige Arbeitskollegin, die sie als Freundin bezeichnen würde, besuche sie einmal monatlich. Ansonsten bestünden zur Familie Kontakte, d.h. zu ihren Geschwistern und der Familie des Ehemannes. Die zwei Brüder in der Schweiz kämen regelmässig vorbei. Die restlichen Familienmitglieder sehe sie, wenn sie in die Heimat reise, und sie telefoniere sporadisch mit ihnen. Im Gespräch sei sie meist ruhig und zurückhaltend, früher sei sie viel aktiver gewesen. Die Tochter befinde sich in der Lehre, mit ihr laufe es gut. Sie, die Beschwerdeführerin, Sorge sich dauernd und schaue z.B. nach, wenn die Tochter zu lange im Bad bleibe. Sie mache sich auch Sorgen um den Sohn, sie denke, man wolle ihn ihr wegnehmen, weil sie nicht genug schauen könne. Seit ca. 2013 wohnten sie in der jetzigen 3 1/2-Zimmerwohnung. Sie lebten vom Lohn des Ehemannes, Schulden bestünden keine (A.S. 100).

Geboren und aufgewachsen sei sie in einem Dorf im [...], wo sie eine schöne und problemlose Kindheit erlebt habe. Ihre Schwester und fünf Brüder seien zwischen 1977 und 1994 zur Welt gekommen. Zu ihnen bestehe regelmässiger Kontakt. Ihr Vater sei 2009 und ihre Mutter 2020 verstorben. Sie reise ein- bis zweimal jährlich in die Heimat, meist mit dem Auto. Nach acht Jahren Grundschule habe sie Kurse zur Verkäuferin, Coiffeuse und Kosmetikerin absolviert. Nach Kosmetikarbeiten zuhause habe sie in zwei Fabriken in [...] und einige Zeit als Verkäuferin gearbeitet. 2005 habe sie ihren Mann geheiratet und sei 2013 mit ihm in die Schweiz gezogen. 2014 habe sie begonnen im Vollpensum in Reinigungsfirmen zu arbeiten, ohne dass es wesentliche Probleme gegeben hätte. 2017 sei sie erstmals erkrankt, indem sie ■ wohl wegen eines Mitarbeiters ■ unter Schlafstörungen gelitten habe. Nach dem Klinikaufenthalt habe sie im September 2018 wieder begonnen in der Reinigung zu arbeiten. Am letzten Arbeitsplatz habe man ihr gesagt, sie sei zu langsam. Nach dem ersten Klinikaufenthalt habe sie die Medikamente abgesetzt, bis es ihr 2019 wieder schlecht gegangen sei und sie erneut hospitalisiert werden müssen (A.S. 101). Seither nehme sie Medikamente, wobei es ihr mit der Geburt des Sohns wieder schlechter gegangen sei. Seit 2017 leide sie unter der Müdigkeit, die bis heute anhalte. Einer Arbeit sei sie seit 2019 nicht mehr nachgegangen. Sie fühle sie sich nicht dazu in der Lage, sie benötige schon Hilfe im Haushalt und im Alltag (A.S. 102).

3.5.3 Der Experte hält fest, das gesamte Gespräch werde von einer Dolmetscherin übersetzt, wodurch die Verständigung problemlos gelinge. Die Beschwerdeführerin sei bewusstseinsklar und allseits orientiert. Sie spreche mit gut verständlicher, modulierter Stimme. Die Antworten kämen teilweise schnell und teilweise deutlich verzögert, namentlich wenn es darum gehe, den psychischen Zustand und die Gefühlslage detaillierter zu beschreiben, womit die Beschwerdeführerin ausserordentliche Mühe habe. Sie gebe an, dass sie unter einer Müdigkeit leide und die gesamte Untersuchung sie ermüde. Weiterhin klage sie über dauernd vorhandene Gedanken, wobei es ihr schwergefallen sei, diese näher zu schildern. Die Beschwerdeführerin mache sich dauernd Sorgen und habe Ängste bezüglich ihrer Angehörigen, insbesondere der Kinder, die sie dann teilweise kontrolliere. Es zeigten sich Hinweise auf Aufmerksamkeitsstörungen, und auch die Auffassung wirke leicht eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin erkläre, unter Konzentrationsschwierigkeiten zu leiden, weswegen sie auch nicht lese und Probleme habe, im Fernsehen einem Film zu folgen. Allgemein sei sie vergesslich. Der formale Gedankengang sei teilweise gebremst,

vor allem wenn die Beschwerdeführerin ihren Zustand beschreiben müsse (A.S. 102). Hinweise auf einen umständlichen Gedankengang oder Perseverationen fehlten. Die Beschwerdeführerin bestätige eine Grübeltendenz und Gedankendrängen. Sie sei nicht ideenflüchtig und zeige weder eine Inkohärenz noch Neologismen. Misstrauen gegenüber anderen Menschen werde verneint. Es könnten keine hypochondrischen Ängste gefunden werden, keine Phobien und keine Zwänge. Klare Hinweise auf Wahn liessen sich nicht finden, doch wiederhole die Beschwerdeführerin mehrmals, dass sie unter der Angst leide, es könnte den Kindern und dem Ehemann etwas geschehen oder sie könnten entführt werden. Hinweise auf Sinnestäuschungen, Stimmenhören, optische oder Körperhalluzinationen fänden sich keine, hingegen bestünden Anhaltspunkte für fragliche Ich-Störungen mit Gefühl von Depersonalisation und Gedankeneingebung. Der Affekt wirke ratlos, durchwegs besorgt und affektarm, eine affektive Kontaktaufnahme sowie Hinweise auf Trauer oder Freude fehlten. Die Beschwerdeführerin beklage eine Energielosigkeit und Störung der Vitalgefühle. Sie wirke gebremst und bestätige eine Antriebsstörung. Gestik setze sie kaum ein, mimisch sei sie teilweise lebhaft, mit durchwegs besorgtem Gesichtsausdruck. Zirkadiane Besonderheiten liessen sich nicht eruieren. Soziale Kontakte bestünden zwar, doch die Initiative gehe immer vom Gegenüber aus, die Beschwerdeführerin selbst kontaktiere nie jemanden. Es bestehe ein Krankheitsgefühl. Dr. med. C. ___ erkläre anlässlich des Telefonats vom 3. Februar 2025, nach der Hospitalisation im Jahr 2017 sei für kurze Zeit eine erste ambulante Behandlung erfolgt. Die Beschwerdeführerin habe die Medikamente schnell abgesetzt. Während der zweiten Behandlungsphase sei es wiederholt zu krisenhaften Zuspitzungen gekommen. Zweimal habe die Beschwerdeführerin mit Hilfe der Polizei hospitalisiert werden müssen. Es seien wahnhaftige Verkennungen gegenüber Ehemann und Tochter aufgetreten, indem die Beschwerdeführerin gemeint habe, man hintergehe sie und wolle ihr etwas Schlechtes antun. Auffallend sei, dass die Symptomatik sich akzentuiere, sobald die Medikation mit Neuroleptika reduziert werde. Er, Dr. med. C. ___, habe im letzten Bericht dennoch die Möglichkeit einer schweren depressiven Störung mit psychotischen Symptomen in Betracht gezogen, da die depressive Symptomatik durchgehend anhalte. Es sei jedoch nicht ausgeschlossen, dass eine schizophrenieartige Erkrankung bestehe (A.S. 103).

3.5.4 In seiner Beurteilung führte Dr. med. D. ___ im Wesentlichen aus, der Bericht von Dr. med. C. ___ vom 15. November 2019 (E. II. 3.1.2 hiervor) sei bezüglich einer psychotischen Symptomatik nicht ganz klar. Es würden zwar wahnhaftige Symptome angedeutet, aber nicht ausformuliert. Damals sei eine medikamentöse neuroleptische Therapie durchgeführt worden, was zu einer Veränderung eines allfälligen psychotischen Zustandes geführt haben dürfte (A.S. 104). Der Austrittsbericht der F. ___ vom 4. Januar 2023 (E. II. 3.2.2 hiervor) reiche nicht aus, um eine Schizophrenie zu bestätigen, auch wenn die beschriebene Symptomatik darauf hingedeutet habe; es könnte sich um eine vorübergehende psychotische Symptomatik gehandelt haben. Was das psychiatrische Gutachten von Dr. med. B. ___ (E. II. 3.3 hiervor) angehe, so werde dort nicht hinterfragt, dass die Beschwerdeführerin teilweise Mühe gehabt habe, Angaben zu machen. Auch die erwähnten Ängste um den Sohn blieben unberücksichtigt. Die Diskrepanz, dass einerseits keine Antriebsstörung vorliege und die Beschwerdeführerin andererseits bei den Haushaltsarbeiten viel Hilfe durch den Ehemann benötige, werde ebenfalls nicht diskutiert. Zudem werde gar die Meinung vertreten, dass eine Verdeutlichungstendenz bestehe. Dieses Gutachten sei demnach nicht ganz widerspruchsfrei. Mit dem Bericht von Dr. med. C. ___ vom 2. Oktober 2023 (E. II. 3.4.1 hiervor) liege erstmals eine detailliertere Beschreibung

des Zustandes vor. Der dortige psychopathologische Befund decke sich nicht mit demjenigen, der von Dr. med. B. ___ beschrieben worden sei. Dr. med. C. ___ spreche von einer etwas komplexeren Symptomatik, die sich in den Vorberichten nicht finde. Etwas unklar sei der Grund für den Diagnosewechsel; immerhin könnte eine depressive Symptomatik auch als Negativentwicklung im Rahmen einer behandelten Schizophrenie interpretiert werden. So wie Dr. med. C. ___ die Symptomatik beschreibe, zeigten sich doch deutliche Hinweise auf psychotische Zustände, die nicht nur mit einer depressiven Störung erklärt werden können. Die geschilderten wahnhaften Überzeugungen entsprächen auch nicht einer synthymen Wahrnehmung, wie sie bei depressiven Störungen vorgefunden werde (A.S. 105). Hinweise darauf, dass die psychosoziale Situation entscheidend sei, um den Verlauf seit 2017 zu erklären, liessen sich nicht finden, würden doch weder die Angaben der Beschwerdeführerin noch die fremdanamnestischen Angaben massive Belastungen aufzeigen, welche eine solche Entwicklung begründen könnten. Es seien keine Hinweise auf eine Simulation zu finden. Auch für eine ausgesprochene Persönlichkeitsproblematik bestünden keine Anhaltspunkte (A.S. 106).

Zusammenfassend müsse davon ausgegangen werden, dass bei der Beschwerdeführerin am ehesten eine schizophrenieartige Störung bestehe. Es ergäben sich Hinweise auf eine deutliche Verkennung von Umständen und ein Fehlverhalten entsprechend ihrer Wahrnehmung mit massiven Ängsten. Das gestörte Erleben von alltäglichen Situationen führe zu Schwierigkeiten am Arbeitsplatz sowie in der Beziehung und Familie. Dr. med. C. ___ beschreibe wahnhafte Verkennungen, die in der heutigen Untersuchung nicht mehr bestätigt werden können, allerdings müsse festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin neuroleptisch behandelt werde, was die psychotische resp. wahnhafte Symptomatik in den Hintergrund dränge. Es bestünden aber Ängste, Hinweise auf Ich-Störungen, eine starke Antriebslosigkeit und mangelnde Motivation sowie eine emotionale Abflachung und Einschränkung des Freudempfindens. Die Beschwerdeführerin sei verlangsamt und brauche im Alltag bei einfachen Routinetätigkeiten Hilfe. Die Tochter beklage sich, dass die Beschwerdeführerin sich zu wenig mit ihr beschäftige und zu wenig rede. Sie müsse begleitet und auch angeleitet werden. Von ihr gehe kein Impuls mehr aus, soziale Kontakte aufzunehmen. Die Beschwerdeführerin gehe keinen Interessen nach, ziehe sich innerlich zurück und sei absorbiert von ihren Gedanken. Die depressive Symptomatik müsse als Folgeproblem dieser Störung interpretiert werden und nicht als primäre Ursache. Es zeichne sich eine Negativsymptomatik ab. Zudem stehe auch nicht die Angst- oder Paniksymptomatik im Vordergrund. Eine derartige Symptomatik würde die Verhaltensweisen, wie sie während des Klinikaufenthalts oder nachträglich von Dr. med. C. ___ beschrieben worden seien, nicht erklären. Die Beschwerdeführerin werde bei Bedarf stationär behandelt. Es finde eine konsequente und adäquate ambulante Therapie mit Einsatz von Neuroleptika und Antidepressiva statt. Laut Laborkontrolle würden die Medikamente in ausreichender Dosierung eingenommen. Bezüglich der Medikation bestehe eine etwas ambivalente Haltung, doch habe die Beschwerdeführerin mittlerweile die Erfahrung gemacht, dass es ihr schlechter gehe, wenn sie die Medikamente absetze. Immerhin könne damit ein Grossteil der Ängste und der Verhaltensauffälligkeiten angegangen werden. Die Beschwerdeführerin sei allerdings stark gebremst und habe Mühe, sich um ihren Sohn zu kümmern; sie befürchte, dass die KESB ihn ihr wegnehme. Mittlerweile bestehe ein prolongierter Verlauf über mehrere Jahre. Eine durchgehende Besserung, indem die Beschwerdeführerin wieder fähig wäre, sich problemlos am sozialen Leben zu beteiligen und die Verantwortung im Alltag zu übernehmen (A.S. 106), habe

bisher nicht erreicht werden können, weshalb insgesamt von einer schwerwiegenden Störung auszugehen sei. Die Beschwerdeführerin habe Schwierigkeiten, Termine wahrzunehmen und müsse daran erinnert werden. Es falle ihr schwer, ihren Alltag zu strukturieren; alltägliche Routineaufgaben könne sie nicht mehr selbstständig genug erledigen, sie benötige immer wieder Unterstützung. Sie sei in keiner Weise anpassungsfähig und flexibel. Es falle der Beschwerdeführerin schwer, fachliche Kompetenzen anzuwenden. Sie sei nicht genügend in der Lage, eine Entscheidung zu treffen und sich ein Urteil zu bilden. Die Durchhaltefähigkeit müsse ebenfalls als eingeschränkt eingestuft werden. Die Beschwerdeführerin könne sich nicht mehr ausreichend selbst behaupten, da sie stark verunsichert sei und mit Ängsten kämpfe. Die Gruppenfähigkeit sei eingeschränkt, sie ziehe sich zurück, und auch die Beziehungsfähigkeit sei stark beeinträchtigt, da sie sich nicht mehr genügend auf das Gegenüber einzustellen vermöge. Die Beschwerdeführerin aktiviere sich kaum mehr, die Selbstpflege scheine knapp erhalten. Die Verkehrs- und Wegefähigkeit sei stark eingeschränkt, sie müsse begleitet werden (A.S. 107).

3.5.5 Es sei unklar, worauf sich die Verfügung vom 8. Juni 2020 gestützt habe, wonach die Beschwerdeführerin wieder vollumfänglich in der Lage sei, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen (s. E. II. 3.1.3 hiervor). Im Vorfeld sei einzig der Bericht von Dr. med. C.____ vom 30. Januar 2020 ergangen (E. II. 3.1.2 hiervor), der eine Besserung des psychischen Zustandes angebe und die Meinung vertrete, ab Februar 2020 sei eine Arbeitsfähigkeit von 50 % möglich. Aufgrund der zur Verfügung stehenden Angaben sei aber in der Folge keine berufliche Tätigkeit aufgenommen worden. Zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit lägen unterschiedliche Angaben vor, die schwierig zu interpretieren seien. Dr. med. C.____ erkläre am 24. Januar 2023 (E. II. 3.2.3 hiervor), dass seit 8. Oktober 2019 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorliege, was im Gegensatz zu seinem Bericht vom 30. Januar 2020 stehe, wonach die Arbeitsfähigkeit ab Februar 2020 bei 50 % liege, und auch zur Tatsache, dass die Beschwerdeführerin Arbeitslosenunterstützung bezogen habe. Deshalb sei nicht ganz klar, wie sich der Zustand entwickelt habe. Zwischen Januar 2020 und der Hospitalisation im Dezember 2022 lägen keine detaillierten Berichte vor, welche den Verlauf beschreiben würden. Die Stellungnahme von Dr. med. C.____ vom 2. Oktober 2023 wiederum (E. II. 3.4.1 hiervor) gebe einen pauschalen Verlauf wieder. Heute könne zumindest angenommen werden, dass aufgrund des vorzufindenden Zustandes eine Arbeitsfähigkeit als eher undenkbar eingestuft werden müsse und der Zustand daher nicht mehr dem entspreche, wie er im Januar 2020 bestanden habe, wo von einer Verbesserung und der Fähigkeit ausgegangen worden sei, wenigstens teilweise einer Arbeit nachzugehen. In der zweiten, hier angefochtenen Verfügung vom 16. Januar 2024 sei auf das Gutachten von Dr. med. B.____ abgestellt worden, welche keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt habe. Dieses Gutachten sei allerdings zu hinterfragen, einerseits aufgrund des heute erhobenen Befundes und der Angaben der Beschwerdeführerin, die nicht mit den Feststellungen im Gutachten korrelierten, sowie andererseits durch die Stellungnahme von Dr. med. C.____ vom 2. Oktober 2023, der ebenfalls einen anderen Zustand beschreibe als im Gutachten. Aus heutiger Sicht müsse von einer chronifizierten schizophrenieartigen Störung ausgegangen werden. Bei psychischen Störungen sei der Verlauf oft wechselhaft und es könnten teilweise bessere Phasen auftreten. Nicht zu unterschätzen sei auch die Schwangerschaft, welche sich möglicherweise kurzzeitig positiv auf den Gesamtzustand ausgewirkt, doch keine anhaltende Besserung bewirkt habe. Daher sei anzunehmen, dass seit der ersten Verfügung vom Juni 2020 bis zur zweiten Verfügung

im Januar 2024 ein wellenförmiger Verlauf bestanden habe, ohne dass je eine Remission erreicht worden sei. Die Symptomatik, wie sie das Gutachten von Dr. med. B.____ beschrieben habe, könne einem knapp kompensierten Zustand entsprochen haben, allerdings sei davon auszugehen, dass sich die Beschwerdeführerin dennoch in einem sehr vulnerablen Zustand befunden habe. Eine Remission könne aufgrund der heutigen Befunde und Erkenntnisse sowie des Verlaufs nicht bestätigt werden (A.S. 108). Der Verlauf zwischen 2020 bis Ende 2022 sei äusserst schwierig zu beurteilen, da keine detaillierten Berichte zur Verfügung stünden. Es sei anzunehmen, dass mit der Hospitalisation im Dezember 2022 eine deutliche Verschlechterung eingetreten sei, weswegen von diesem Zeitpunkt auszugehen sei (A.S. 109).

3.5.6 Die Beschwerdeführerin sei zurzeit nicht in der Lage, eine verwertbare Leistung in der freien Wirtschaft zu erbringen. Sie sei deutlich verlangsamt und es fehlten die kognitiven Voraussetzungen, sich genügend auf eine Arbeit zu konzentrieren. Zudem müsse man annehmen, dass die Beschwerdeführerin nicht zuverlässig erscheinen würde. Sie könne sich nicht problemlos auf neue Begebenheiten umstellen und müsse aufgrund der Gefahr, Tätigkeiten falsch zu verrichten, dauernd überwacht werden. Die Beschwerdeführerin sei in keiner Weise belastbar und müsse Pausen einlegen, sodass höchstens noch eine Tätigkeit an einem geschützten Arbeitsplatz mit stark verminderter Leistung möglich sei. In diesem Sinne sei in der freien Wirtschaft von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit für jede Tätigkeit auszugehen. Mangels Ressourcen könne keine angepasste Arbeit genannt werden, welche die Beschwerdeführerin in verwertbarem Ausmass über einen genügenden Zeitraum verrichten könnte (A.S. 109). Aufgrund der Akten sei anzunehmen, dass ab Februar 2020 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % sowohl in der bisherigen wie auch angepassten Tätigkeiten bestanden habe und ab Dezember 2020 (recte: 2022, s. E. II. 3.5.5 in fine hiervor) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (A.S. 110).

3.5.7 Die Therapiemassnahmen würden ausgeschöpft. Bei Bedarf werde die Beschwerdeführerin hospitalisiert. Es sei fraglich, ob mit einer neuen Hospitalisation eine weitere Stabilisierung mit einer höheren Leistungsfähigkeit erreicht werden könne. Mittlerweile liege ein mehrjähriger Verlauf vor und es zeichne sich eine Negativsymptomatik ab, was auf eine Chronifizierung hindeute. Die Beschwerdeführerin sei zurzeit nicht in der Lage, nutzbringend an beruflichen Massnahmen teilzunehmen, es bestehe eher die Gefahr, dass sich der psychische Zustand wegen der Belastung verschlechtern würde (A.S. 110). Die Prognose sei schlecht und innerhalb absehbarer Zeit keine Besserung zu erwarten (A.S. 111).

3.6 Das Gutachten von Dr. med. D.____, einem gerichtlich bestellten Sachverständigen, genießt grundsätzlich vollen Beweiswert, erfüllt es doch sämtliche Anforderungen der Rechtsprechung (s. dazu E. II. 2.4 hiervor): Es stammt von einem unabhängigen Facharzt für Psychiatrie, welcher qualifiziert ist, die gesundheitliche Situation und die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu beurteilen. Weiter hat der Sachverständige die Beschwerdeführerin lege artis zu den subjektiven Beschwerden, zu ihren Lebensumständen sowie zur Vorgeschichte befragt (A.S. 98 ■ 102), die objektiven Befunde erhoben (A.S. 102 f.) und die wesentlichen Vorakten zur Kenntnis genommen (A.S. 95 ■ 98). Auf dieser Grundlage befasste sich Dr. med. D.____ sodann eingehend mit dem Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (A.S. 103 ■ 111), wobei er vor dem Hintergrund der objektivierbaren Befunde, die er bei der Exploration erhoben hatte, sowie der Aktenlage zu nachvollziehbaren Schlussfolgerungen

gelangte. Dabei ging er auch auf das Gutachten von Dr. med. B.____ sowie die übrigen Arztberichte ein (A.S. 104 f.) und legte überzeugend dar, warum er dem besagten Gutachten nicht folgte. Zwar nahm Dr. med. D.____ keine ausdrückliche Überprüfung der Standardindikatoren vor (s. dazu E. II. 2.2.2 hiervor). Dies schadet aber nichts, denn bei einer Schizophrenie kann von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wenn eine Arbeitsunfähigkeit wie hier schlüssig begründet wird und Hinweise auf Inkonsistenzen, Aggravation oder Simulation fehlen (s. Urteil des Bundesgerichts 8C_97/2025 vom 14. November 2025 E. 4.2.3, unter Hinweis auf BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429). Somit besteht kein triftiger Grund vom Gerichtsgutachten abzuweichen, soweit dieses eine gesundheitliche Verschlechterung seit dem 8. Juni 2020 und eine umfassende Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert, zumal auch die Parteien keine Einwände erheben (E. I. 2.4 in fine hiervor). Näherer Betrachtung bedarf lediglich der Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Nachvollziehbar ist, dass der Sachverständige ab Dezember 2022, also seit der erneuten Hospitalisation der Beschwerdeführerin, von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgeht. Soweit er sich hingegen der Auffassung von Dr. med. C.____ anschliesst und ab Februar 2020 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % annimmt, überzeugt dies nicht. Einerseits äusserte sich Dr. med. C.____ widersprüchlich, indem er seinerzeit ab Februar 2020 von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % ausging (E. II. 3.1.2 hiervor), im Januar 2023 hingegen ab 8. Oktober 2019 durchgehend von 100 % (E. II.

E. 4

4.1 Da die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin obsiegt hat, steht ihr eine Parteientschädigung zu. Diese bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache sowie der Schwierigkeit des Prozesses (Art. 61 lit. g ATSG). Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich bei Verrichtungen ab 1. Januar 2023, wie sie hier einzig in Frage stehen, in einem Rahmen von CHF 250.00 bis 350.00 (s. § 160 Abs. 4 Kantonaler Gebührentarif / GT, BGS 615.11, i.V.m. Beschluss der Gerichtsverwaltungskommission GVB.2022.111).

4.2 Die Vertreterin macht in ihrer Kostennote vom 2. Mai 2025 (A.S. 126 ff.) einen Zeitaufwand von 16,37 Stunden geltend, der wie folgt zu kürzen ist:

Damit verbleibt ein Aufwand von 13,23 Stunden, der wie beantragt mit einem Stundenansatz von CHF 260.00 zu vergüten ist. Was die Auslagen über insgesamt CHF 216.20 betrifft, so sind die 164 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Die Auslagen reduzieren sich so auf CHF 134.20. Einschliesslich CHF 289.50 Mehrwertsteuer (8,1 % seit 1. Januar 2024) beläuft sich die Entschädigung demnach auf insgesamt CHF 3'863.50.

E. 5

5.1 Das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht ist kostenpflichtig, sofern es sich wie hier um Streitigkeiten betreffend die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung handelt. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1bisIVG). In casu hat die unterlegene Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu tragen.

5.2 Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind grundsätzlich vom Sozialversicherungsträger zu übernehmen (s. Art. 45 Abs. 1 ATSG, BGE 143 V 269 E.

6.2.1 S. 279 f.), sofern zwischen seiner unzureichenden Sachverhaltsabklärung und der Notwendigkeit eines Gerichtsgutachtens ein Zusammenhang besteht (BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502). Dies ist namentlich dann der Fall, wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen besteht, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet hat, oder wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt hat, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfüllt (BGE 140 V 70 E. 6.1 und 6.2 S. 75 und 139 V 496 E. 4.4 S. 502).

Da das Gutachten von Dr. med. B.____ vom 17. Mai 2023 sowie die Stellungnahme von Dr. med. C.____ vom 2. Oktober 2023 diametral voneinander abweichende Beurteilungen enthielten und sich dieser Widerspruch nicht ohne weitere Abklärungen auflösen liess, hätte dieses Gutachten der Beschwerdegegnerin nicht als Grundlage dafür dienen dürfen, einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin zu verneinen (s. dazu E. II. 3.4.4 hiervor). In dieser Situation hätte die Beschwerdegegnerin, wie es das Gericht getan hat, entweder bei Dr. med. B.____ nachhaken oder gleich ein psychiatrisches Obergutachten einholen müssen, bevor sie über den Leistungsanspruch befand. Sie hat daher sowohl die Kosten des Gerichtsgutachtens als auch der Ergänzung des Gutachtens von Dr. med. B.____ vom 14. August 2024 über insgesamt CHF 8'616.55 (7'266.55 + 1'350.00) zu tragen (vgl. BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502 und 143 V 269 E. 2 S. 271 f. und E. 8 S. 285). Gegen die Höhe dieser Kosten hat die Beschwerdegegnerin keine Einwände erhoben, nachdem sie die fraglichen Rechnungen zugestellt erhielt (A.S. 71 + 121). Es kann auch nicht von einem Betrag gesprochen werden, der das bei einem monodisziplinären Gutachten üblicherweise zu Erwartende übersteigt (s. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C_529/2024 vom 27. März 2025 E. 3.2), zumal es hier das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten zu überprüfen galt.

Demnach wird erkannt:

3. Die Beschwerdegegnerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

4. Die Kosten des Gerichtsgutachtens von Dr. med. D.____ vom 27. Februar 2025 sowie der Ergänzung zum Gutachten von Dr. med. B.____ vom 14. August 2024, insgesamt CHF 8'616.55, werden der IV-Stelle des Kantons Solothurn auferlegt und sind der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zurückzuerstatten.

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

Haldemann

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