



Obergericht Appenzell Ausserrhoden
3. Abteilung

Zirkular-Urteil vom 25. April 2021

Mitwirkende	Obergerichtspräsident E. Zingg Oberrichter H.P. Fischer, F. Windisch, M. Schneider, E. Ganz Obergerichtsschreiber M. Giger
Verfahren Nr.	O3V 20 13
Beschwerdeführerin	A. vertreten durch: RA AA.
Vorinstanz	IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden , Neue Steig 15, Postfach, 9102 Herisau
Gegenstand	Rente der Invalidenversicherung Beschwerde gegen die Verfügung der IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden vom 11. Februar 2020

Rechtsbegehren

a) der Beschwerdeführerin:

1. Die Verfügung vom 11. Februar 2020 sei aufzuheben.
2. Es sei der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. Juni 2017 eine volle Invalidenrente zuzusprechen.
3. Eventualiter sei in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes eine neue interdisziplinäre Begutachtung anzuordnen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.

b) der Vorinstanz

Die Beschwerde sei abzuweisen.

Sachverhalt

- A. Die am XX.XX.1977 geborene A. (nachfolgend: die Versicherte oder Beschwerdeführerin) meldete sich im April 2005 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (act. 7.2/1). Die IV-Stelle des Kantons Appenzell Ausserrhoden (nachfolgend: IV-Stelle oder Vorinstanz) sprach ihr nach Durchführung der erwerblichen und medizinischen Abklärungen mit Verfügung vom 26. Mai 2008 eine halbe Rente zu, dies mit Wirkung auf den 1. Januar 2007 (act. 7.2/62).
- B. Im Oktober 2008 bzw. Juli 2014 eingeleitete Revisionsverfahren endeten gemäss Verfügung vom 22. Juli 2010 bzw. vom 27. Oktober 2014 jeweils mit einem unveränderten Rentenanspruch (act. 7.2/102; act. 7.2/109).
- C. Im Juni 2017 erfolgte die Einleitung eines weiteren Revisionsverfahrens in Form eines Rentenerhöhungsgesuchs durch die Versicherte (act. 7.2/113 ff.). Dr. B. vom Regionalen Ärztlichen Dienst Ostschweiz (in der Folge: RAD) erachtete zunächst in einer Stellungnahme vom 29. Juni 2017 eine Veränderung des Gesundheitszustands als plausibel und regte die Einholung weiterer Unterlagen an (act. 7.2/115). Nachdem der IV-Stelle indes weitere Arztberichte zugegangen waren, gelangte Dr. B. in ihrer nächsten Stellungnahme vom 4. Dezember 2017 zum Schluss, eine Verschlechterung sei nicht objektivierbar (act. 7.2/128). Folglich stellte die IV-Stelle der Versicherten am 3. Januar 2018 in Aussicht, dass weiterhin (nur) Anspruch auf eine halbe Rente bestehe (act. 7.2/129). Auf einen Einwand der Versicherten hin, in welchem diese ergänzende medizinische Unterlagen einreichte, hielt Dr. B. alsdann am 19. März 2018 fest, der Gesundheitszustand sei noch als

instabil zu betrachten und die Arbeitsfähigkeit könne noch nicht beurteilt werden (act. 7.2/129). Im Zuge weiterer Abklärungen durch die IV-Stelle sah Dr. B. schliesslich am 21. Juni 2018 die Veranlassung eines polydisziplinären Gutachtens als angezeigt (act. 7.2/142). Dieses wurde in der Folge von der IV-Stelle in die Wege geleitet; der betreffende Auftrag ging an C. Gestützt auf ihre Untersuchungen im September 2018 erstattete die C. ihr Gutachten am 14. Dezember 2018 (act. 7.2/156). Am 16. Januar 2019 nahm Dr. D. vom RAD zu den Gutachtenergebnissen Stellung und hielt dabei fest, im Vergleich zur Referenzlage im Jahr 2010 liege eine unveränderte gesundheitliche Situation vor (act. 7.2/157). Hierauf erliess die IV-Stelle am 10. Mai 2019 einen Vorbescheid, in welchem sie der Versicherten die Beibehaltung der halben Rente in Aussicht stellte (act. 7.2/158). Diese liess am 24. Juni 2019 durch RA AA. Einwand erheben (act. 7.2/162). Es folgte eine weitere Stellungnahme durch den RAD-Arzt Dr. D., in welcher dieser nach wie vor von einem unveränderten gesundheitlichen Zustand ausging (act. 7.2/163). Die IV-Stelle gab der Versicherten folglich die Gelegenheit für eine 2. Anhörung (act. 7.2/164). RA AA. nahm diese am 16. September 2019 wahr (act. 7.2/170). Nachdem die RAD-Ärztin Dr. K. am 17. Oktober 2019 sich zu der betreffenden Eingabe geäussert hatte (act. 7.2/172), erliess die IV-Stelle schliesslich am 11. Februar 2020 eine Verfügung, in der sie gegenüber der Versicherten festhielt, es bestehe unverändert Anspruch auf eine halbe Rente (act. 7.2/173).

D. Gegen den nämlichen Entscheid richtet sich die vorliegende Beschwerde der durch RA AA. vertretenen Versicherten vom 11. März 2020 (Datum Posteingang) mit dem eingangszitierten Rechtsbegehren (act. 1). Die Vernehmlassung der Vorinstanz mit dem Antrag auf Beschwerdeabweisung folgte am 21. April 2020 (act. 6). Mit Replik vom 11. Juni 2020 liess die Beschwerdeführerin an ihrem Rechtsbegehren festhalten (act. 10). Die Vorinstanz machte von dem ihr eingeräumten Duplikrecht keinen Gebrauch.

E. Die Parteien verzichteten auf eine mündliche Verhandlung.

Erwägungen

1. 1.1

Der angefochtene Entscheid regelt einen Anspruch gegenüber der Invalidenversicherung, ist mithin in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) bestellt jeder Kanton ein Versicherungsgericht als einzige Instanz zur Beurteilung von Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung. Im Kanton

Appenzell Ausserrhoden beurteilt das Obergericht in seiner Eigenschaft als kantonales Versicherungsgericht Beschwerden gegen solche Entscheide (Art. 28 Abs. 1 lit. b des Justizgesetzes vom 13. September 2010 (bGS 145.31). Auf dem Rechtsgebiet der Invalidenversicherung ist sodann die Vorschrift von Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20] zu beachten, gemäss welcher Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle anzufechten sind. Da vorliegend eine Verfügung der IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden Gegenstand der Beschwerde bildet, ist die örtliche Zuständigkeit des ausserrhodischen Versicherungsgerichts gegeben.

1.2

Das Gesamtgericht des Obergerichts hat Beschwerden in Sozialversicherungssachen mit medizinischen Fragestellungen der 3. Abteilung zur Beurteilung zugewiesen (so publiziert im aktuellen Staatskalender des Kantons Appenzell Ausserrhoden [[https:// staatskalender.ar.ch/organizations/pdf](https://staatskalender.ar.ch/organizations/pdf)], Ziff. 2.6.1.2), weshalb diese zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerdesache zuständig ist.

1.3

Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der Prozessvoraussetzungen ergibt, dass letztere sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung als auch hinsichtlich der Form- und Fristerfordernisse erfüllt sind (Art. 1 Abs. 1 und Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG, Art. 60 Abs. 1 und Art. 61 lit. b ATSG, Art. 28 lit. b Justizgesetz sowie Art. 54, Art. 56 und Art. 59 des Gesetzes vom 9. September 2002 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG, bGS 143.1]). Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

1.4

Gestützt auf Art. 2 der Verordnung über COVID-19-Massnahmen: Gerichte (bGS 113.2) kann das Obergericht zur Bewältigung der aktuell ausserordentlichen Lage in allen Fällen auf dem Zirkularweg entscheiden, wenn das Gesetz keine Verhandlung vorschreibt. Entscheide, die auf dem Zirkularweg gefällt werden, bedürfen der Einstimmigkeit (Art. 52 Abs. 2 Justizgesetz). Da vorliegend keine Durchführung einer Verhandlung vorgeschrieben ist und die Parteien auf die Durchführung einer solchen verzichteten, hat das Obergericht den vorliegenden Entscheid im Zirkularverfahren gefällt.

2. 2.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Ände-

rung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

2.2

Gegenstand des Beweises ist demnach das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Seins-ebene zum früheren Zustand wiedergibt. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, fehlt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteile 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 6.1.2, in: SVR 2013 IV Nr. 44 S. 134, und 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.2, in: SVR 2012 IV Nr. 18 S. 81).

2.3

Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen

abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrads der Störungen geführt haben (Urteile 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 6.1.3, in: SVR 2013 IV Nr. 44 S. 134, und 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.3, in: SVR 2012 IV Nr. 18 S. 81; vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 9C_244/2017 vom 26. Oktober 2017 E. 4.2.1 f.).

2.4

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG).

2.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b). Das im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Gutachten von externen Spezialärzten, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, besitzt bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Insbesondere ist zu beachten, dass es die unterschiedliche Natur von Behand-

lungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten (BGE 124 I 175 E. 4) andererseits nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts I 514/06 vom 25. Mai 2007 E. 2.2.1 mit Hinweisen).

2.6

Art. 17 ATSG betrifft die «formell rechtskräftige» Entscheidung (vgl. diesen ausdrücklichen Bezug in Art. 17 Abs. 2 ATSG) und weist somit Berührungspunkte zu Art. 53 ATSG (Revision und Wiedererwägung) auf. Während letztere Bestimmung die Ausgangslage betrifft, dass der Entscheid anfänglich unrichtig war, bezieht sich Art. 17 ATSG auf eine nachträgliche Änderung des massgeblichen Sachverhalts; eine gegenseitige Abgrenzung des Anwendungsbereiches ist somit ohne Weiteres möglich (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N. 5 zu Art. 17 ATSG).

3. Streitig ist im vorliegenden Verfahren betreffend eine Rentenerhöhung, ob seit dem massgebenden Vergleichspunkt, das heisst seit dem letzten einschlägigen Rentenentscheid, eine erhebliche Sachverhaltsänderung eingetreten ist. Vergleichszeitpunkt bildet hier die IV-Verfügung vom 22. Juli 2010 (act. 7.2/102). Letztere fusste damals auf einer umfassenden medizinischen Abklärung, konkret auf dem Gutachten der L. vom 18. März 2010 (act. 7.2/88). Die Revisionsverfügung vom 27. Oktober 2014 kann demgegenüber nicht als Vergleichsbasis dienen, da die damalige Überprüfung keine umfassende materielle Prüfung zum Gegenstand hatte, sondern letztlich einfach mit einer blossen Bestätigung der bisherigen Rentenverfügung endete (vgl. dazu UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N. 49 zu Art. 17 ATSG mit Verweisen).
4. Das allgemein-internistische/psychiatrische Gutachten der L. vom 18. März 2010 (act. 7.2/88), welches der Verfügung vom 22. Juli 2010 zugrunde lag, nannte als Diagnosen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit: Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und histrionischen Anteilen; anhaltende somatoforme Schmerzstörung; chronisches weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom, vorwiegend panvertebral, zum Teil fibromyalgiform, mit vielen vegetativen Begleitbeschwerden. In ihrer zusammenfassenden Beurteilung hielten die Gutachter fest, in einem psychiatrischen Gutachten 01/06 sei eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und histrionischen Anteilen diagnostiziert worden, mit Auswirkungen auf die Arbeitskonstanz und Belastbarkeit

insbesondere in Stresssituationen, wobei die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf 30 - 50 % geschätzt worden sei. Mit IV-Verfügung von 05/08 sei ein IV-Grad von 50 % ab 01/07 festgestellt worden. 03/09 sei ein 2-wöchiger stationärer Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik E. wegen Suizidalität mit daran anschliessender ambulanter psychiatrischer Nachbetreuung erfolgt. In einem Arztbericht des behandelnden Psychiaters von 07/09 sei unter der psychiatrischen Diagnose „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % geschätzt worden, seit ungefähr 2007. Aus dem Aktenauszug gehe eine hohe Inanspruchnahme des medizinischen Systems in den letzten 10 Jahren hervor. Die Versicherte habe aktuell an erster Stelle ihrer Beschwerden Nacken- und Kreuzschmerzen sowie Periarthralgien aller grösseren Gelenke in wechselnder Lokalisation und Intensität genannt. Entsprechend den Beschwerdeangaben werde eine panvertebrale Druckempfindlichkeit angegeben. Ein MRI der LWS 08/08 habe diskrete Spondylarthrosen der unteren LWS gezeigt, ein cranio-cerebrales MRI von 10/09 sei unauffällig gewesen. Der aktuelle psychiatrische Konsiliargutachter komme wie die vorbeurteilenden Fachärzte zur Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und histrionischen Anteilen. Betont werde ausserdem ein iatrogenes Opioid-Abhängigkeits-syndrom. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten werde als unverändert eingeschätzt gegenüber dem gutachterlichen Bericht von Dr. F. vom Psychiatrischen Zentrum G.

Bezüglich Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit/Arbeitsfähigkeit bei anderer Tätigkeit erklärten die Gutachter der L., die Arbeitsfähigkeit der Versicherten werde seit Jahren vordergründig eingeschränkt durch diffuse wechselnde panvertebrale und periartikuläre weichteilrheumatische Beschwerden, welche somatisch wenig objektivierbar seien. Von entscheidender Bedeutung seien stets die aufgeführten psychischen Probleme im Sinne einer kombinierten Persönlichkeitsstörung sowie auch einer somatoformen Schmerzstörung gewesen. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten (kleine, übersichtliche Teams oder alleine) werde weiterhin auf 50 % geschätzt (act. 7.2/88, S. 11 f.).

5. 5.1 a) Die C. stellte im vorliegenden Revisionsverfahren die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Persönlichkeitsachse

- a. Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline Typus ICD-10 F60.31
 - i. Häufige Suizidversuche in der Anamnese seit dem 7. Lebensjahr, zuletzt 2015 mit Zolpidemintoxikation und 2016 mit Tablettenintoxikationen
 - ii. Mit wiederholten kurzen depressiven Einbrüchen

- b. Paranoide Persönlichkeitsstörung ICD-10 F 60.0, teilweise erfüllt
- c. Schwere, nicht näher bezeichnete dissoziative Störung ICD-10 F44.9
 - i. Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS) mit hohen Werten für Amnesie, Absorption, Derealisation und Konversion
- d. Leichte Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung ICD-10 F43.9 (nicht näher bezeichnete Reaktion auf schwere Belastung)
 - i. nach wiederholten sexuellen Übergriffen und Gewalterfahrungen
- 2. Anhaltend somatoforme Schmerzstörung mit psychischen und physischen Faktoren ICD-10 F 45.41
- 3. Chronische Migräne ohne Aura
 - Medikamenteninduzierte Komponente möglich

b) Als Diagnosen mit (qualitativer) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nannte die C.: Chronisches thorakolumbales Schmerzsyndrom seit Jahrzehnten [...]; chronisches cervikovertebrales Schmerzsyndrom [...]; Chronische Trochanter-Bursitis und Trochanter-Insertionstendopathie bds. [...]

5.2

a) Betreffend Herleitung/Begründung der aktuellen Diagnosen (act. 7.2/156, S. 6 ff.) führte die C. aus, der Verlauf des Gesundheitszustandes im Vergleich zur letzten L.-Beurteilung 2010 sei aus muskuloskelettaler Sicht nicht als signifikant verschlechtert anzusehen.

b) Aus neurologischer Sicht erfüllten die geschilderten Kopfschmerzattacken die Kriterien einer chronischen Migräne ohne Aura. Nach Angaben der Explorandin habe sich bezüglich der Kopfschmerzen seit dem Zeitpunkt der letzten Begutachtung keine wesentliche Änderung ergeben.

c) Massgeblich für die Arbeitsfähigkeit respektive die Einschränkung der Leistungsfähigkeit sei weiterhin die psychiatrische Beurteilung.

Führend sei wie vordiagnostiziert eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typus auf dem Hintergrund einer hoch belasteten Kindheit und Jugendzeit. Die Explorandin sei nach der Geburt zur Adoption freigegeben worden und in einer Adoptivfamilie aufgewachsen, was sie als belastend erlebt habe. Sie habe schon in der Kindheit und Jugend Störungen des Sozialverhaltens und psychiatrische Auffälligkeiten seit dem Primarschulalter gezeigt, was schliesslich zu einer Heimplatzierung geführt habe. Gemäss behandelndem Psychiater sei der erste Suizidversuch bereits 7-jährig erfolgt, weitere Suizidversuche seien in der Pubertät erfolgt, und am Ende der Adoleszenz sei sie nach

Suizidversuchen in der Klinik H. psychiatrisch hospitalisiert worden, die letzten Suizidversuche seien 2015 und 2016 dokumentiert.

Die Lehre zur LKW-Chauffeuse habe sie abgebrochen und eine stabile berufliche Integration habe sie auch nachher nie geschafft. Seit 2007 gehe sie keiner Erwerbstätigkeit mehr nach.

In einem ersten psychiatrischen Gutachten vom 27. Januar 2006 sei bei ausführlicher Persönlichkeitsdiagnostik eine Borderline-Störung und eine paranoide Störung auf der Persönlichkeitsachse festgehalten, im L.-Gutachten vom 18. März 2010 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung. Diese Diagnosen könnten aus aktueller Sicht bestätigt werden.

Die Eingangskriterien für eine spezifische Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 seien erfüllt. Die Versicherte zeige charakteristische und dauerhaft innere Verhaltensmuster, die deutlich von der kulturell erwarteten Norm abwichen. Sie sehe das Leben als dauernden Kampf an. Sie sei hochgradig affektlabil, habe Probleme mit der Impulskontrolle und Bedürfnisbefriedigung. Diese Aspekte beeinflussten die zwischenmenschlichen Beziehungen. Im privaten und beruflichen Bereich komme es zu sozialen Schwierigkeiten. Beruflich habe sie nie stabil Tritt fassen können. Es bestehe ein ausgeprägter persönlicher Leistungsdruck. Der Nachweis der Abweichung sei über die Zeit stabil und habe bereits in der Kindheit begonnen. Seit dem Klinikaufenthalt 2015 nehme sie Unterstützung von aussen in der Kindererziehung in Anspruch. Aufgrund der Persönlichkeitsstörung bestehe eine deutliche Tendenz, unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln, was sich in der ganzen Lebensgeschichte anhand wiederholt gefährlicher Suizidversuche nachweisen lasse. Sie habe eine affektlabile Stimmung. In den Akten werde immer wieder dokumentiert, dass sie Schwierigkeiten habe in der Aufrechterhaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt würden. Nachdem sie Mutter geworden sei, werde im Bericht der psychiatrischen Klinik E. vom 27. März 2009 beschrieben, dass es Probleme gegeben habe, wenn die Wünsche nicht unmittelbar erfüllt worden seien. Sie berichte kongruent mit ihrem Therapeuten, dass diese Aspekte im Verlauf seit 2015 etwas besser geworden seien. Sie erfülle Teilkriterien der paranoiden Persönlichkeitsstörung mit der übertriebenen Empfindlichkeit auf Rückschläge und Zurücksetzungen. Sie zeige auch ein andauerndes Misstrauen der Welt gegenüber. Handlungen anderer könnten missdeutet werden. Im familiären Kontext könne sie auch ein beharrliches und teilweise situationsunangemessenes Verhalten zeigen. Sie erfülle somit 3 der 4 geforderten Verhaltensweisen.

Um das Gesamtbild der Persönlichkeitsstörung nachvollziehbarer schildern zu können, sei das diagnostische Konstrukt der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung hilfreich. Anamnestisch sei die Versicherte in der Adoleszenz Opfer von wiederholten sexuellen Übergriffen geworden. Sie äussere neben den Aspekten der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung und den Teilaspekten der paranoiden Persönlichkeitsstörung auch die Symptome einer posttraumatischen Störung. Sie erfülle das Bild einer posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10 jedoch nicht. Sie habe aber eine schwere, nicht näher bezeichnete dissoziative Störung, im FDS, der aufgrund der anamnestischen Angaben von dissoziativen Symptomen durchgeführt worden sei, stark erhöhte Werte. Dazu kongruent sei, dass in der Schmerzabklärung im M. vom 10. Februar 2017 dissoziative Symptome beschrieben worden seien. Bei der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung komme es zu Veränderungen in der Affektregulation wie bei der Borderline-Störung. Es kämen dissoziative Elemente vor. Die Veränderungen der Selbstwahrnehmung mit ausgeprägten Insuffizienzgefühlen würden bei diesem Störungsbild gesehen und deckten sich teilweise mit Symptomen der paranoiden Persönlichkeitsstörung.

Somatisierungs-Symptome seien bei diesem Störungsbild typisch. Seit 2007 sei ein dysfunktionaler Umgang mit Schmerzen dokumentiert, die Schmerzen seien gemäss Akten und gemäss aktueller rheumatologischer Beurteilung zwar teilweise organisch nachvollziehbar (schwere Arbeiten ungeeignet), aber das Ausmass der Schmerzen und der Beeinträchtigung könne mit den organischen Befunden alleine nicht vollständig erklärt werden. Bei dauernd vorhandenen emotionalen Konflikten und psychosozialen Belastungen trete der Schmerz zwangsläufig in Verbindung mit diesen Faktoren auf. Diese Faktoren seien schwerwiegend genug, um ein entscheidender ursächlicher Faktor für die Schmerzverarbeitungsstörung sein zu können. Ein grosser Fokus liege auf dem Schmerzerleben. In diesem Rahmen sei es auch zu einem ärztlich verordneten andauernden Opiatkonsum gekommen.

Im Rahmen ihrer Verlaufsbeurteilung hielten die Gutachter fest, die Auswirkung respektive der Umgang mit der Persönlichkeitsstörung habe sich in der Tendenz seit 2014 leicht gebessert. Allerdings primär im Hinblick auf die Lebensqualität und nicht im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit. Die dissoziativen Symptome seien bisher nie gefasst worden. Aufgrund der Akten und des gesamten Verlaufs sei aus gutachterlicher Sicht schwer verständlich, dass die Versicherte nicht schon früher als letztlich im ersten Arbeitsmarkt nicht arbeitsfähig eingestuft worden sei. Eine stabile soziale und berufliche Integration sei nie möglich gewesen. Eine dauerhafte Anstellung sei nie möglich gewesen. Die Verhaltensauffälligkeiten seien im Kern keinem Arbeitgeber auf Dauer zumutbar. Die Versicherte habe deutliche Defizite auch im privaten Bereich. Die KESB sei involviert. Sie habe eine

Familienbegleitung. Rückblickend habe der erste Gutachter von einer Arbeitsunfähigkeit in einem Spektrum von „30 – 70 %“ gesprochen. Der Zustand auf der Persönlichkeitsachse selber habe einen sehr ähnlichen Charakter wie in den Vorgutachten. Es sei davon auszugehen, dass die bisherige Einschätzung einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt (angepasste Tätigkeit) nicht realistisch umsetzbar gewesen sei und entsprechend auch nie ein stabiler Integrationsversuch gelungen sei.

Bezüglich Verlauf hielt die C. des Weiteren fest, durch die therapeutischen Fortschritte mit einer etwas verbesserten Impulskontrolle komme es faktisch zu paradoxen Situation, dass die Verbesserung zu einer realistischen Einschätzung des eigenen Funktionsniveaus geführt habe, wodurch die Versicherte sich selber nicht mehr in der Lage sehe, den Versuch einer dauerhaften Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt in Angriff zu nehmen, weil das Scheitern und die eigene Belastung vorprogrammiert seien. Dies decke sich mit ihrer Arbeitsanamnese und sei aus gutachterlicher Sicht eine realistische Einschätzung aus medizinischer (psychiatrischer) Sicht.

Zugenommen habe die Einschränkung durch die somatoforme Schmerzstörung, die auch zu einem verstärkten Vermeidungsverhalten geführt habe (act. 7.2/156, S. 13).

Betreffend Arbeitsfähigkeit erklärte die C., eine solche sei nur in einem geschützten Arbeitsumfeld möglich, eine stabile Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt sei nicht möglich. Spätestens mit dem aktuellen Erhöhungsgesuch vom Juni 2017 sei von einer vollen Arbeitsunfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt auszugehen (act. 7.2/156, S. 12 und 14).

6. 6.1

a) Unter Würdigung des von der C. erstatteten Gutachtens ist festzustellen, dass dieses auf eigenständigen polydisziplinären Abklärungen, mithin auf allseitigen Untersuchungen beruht und damit für die streitigen Belange umfassend ist. Die Vorakten wurden verwertet und die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden berücksichtigt und gewürdigt. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Vor diesem Hintergrund erscheinen auch die darin enthaltenen Schlussfolgerungen, namentlich die Beurteilung des Gesundheitszustands sowie die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit plausibel. Bezüglich der Fachdisziplin der Psychiatrie überzeugt das Gutachten sodann insoweit, als sich anhand des betreffenden Konsiliums eine schlüssige Beurteilung der gemäss der neueren bundesgerichtlichen Rechtsprechung grundsätzlich bei allen psychischen Erkrankungen zu prüfenden Standardindikatoren vornehmen lässt (BGE 141 V 281; BGE 143 V 418). Soweit der RAD in seinen Stellungnahmen vom 4. Juli 2019 bzw. 17. Oktober 2019 (act. 7.2/163 und 172) auf bestimmte von der Versicherten ausgeübte Tätigkeiten hinwies und anhand derselben

gar schon eine halbe Rente als wohlwollend erachtete, ist dem nicht zu folgen. Letztlich waren die betreffenden Umstände ja auch der C. bekannt und es hatte diese eben gleichwohl auf eine volle Arbeitsfähigkeit erkannt. Dies leuchtet aus Sicht des Rechtsanwenders auch ohne weiteres ein. Die C. beschrieb die bei der Beschwerdeführerin bestehende Problematik ja gerade sehr anschaulich dahingehend, dass die Versicherte aufgrund ihrer Instabilität im Hinblick auf Impulskontrolle, Affektivität und Leistungsfähigkeit einem Arbeitgeber auf Dauer nicht zumutbar sei. Davon abgesehen ergibt sich anhand der Ausführungen der C. aber auch klar, dass die Auswirkungen der Persönlichkeitsstörung nicht nur bezüglich einer Erwerbstätigkeit, sondern auch im privaten Rahmen zu Tage treten würden. So könne die Explorandin namentlich im familiären Bereich ein beharrliches und teilweise situationsunangemessenes Verhalten zeigen (act. 7.2/156, S. 8). Sie brauche auch im Haushalt und in der Familienbetreuung Hilfe. In den aktuellen Beschäftigungen in der Gemeinde habe sie eine hohe Flexibilität, die ihr entgegenkomme (act. 7.2/156, S. 13). Im Sinne dieser Erwägungen kann entgegen der Vorinstanz kaum die Rede davon sein, dass sich die psychische Erkrankung nicht gleichermassen in allen Bereichen des Lebens auswirken soll.

b) Immerhin sei noch erwähnt, dass im Zuge der C.-Begutachtung der behandelnde Arzt Dr. I. Kritik äusserte an den diagnostischen Ausführungen der Gutachterstelle. Namentlich erklärte dieser, es verwundere die Einschätzung der begutachtenden Kollegen, die ausserordentliche Schwere der F60.3 emotional instabilen Persönlichkeitsstörung seit mindestens dem 18. Lebensjahr der Patientin ausser Acht zu lassen (act. 2.3). Eine nähere Auseinandersetzung mit dieser Meinung von Dr. I. erübrigt sich vorliegend aber, da es hier nur auf eine erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse im Sinne von Art. 17 ankommt; diese vermag die C.-Beurteilung ohnehin schlüssig darzutun (vgl. dazu nachstehend E. 5.5 f.). Seitens Dr. I. wurde diesbezüglich nichts Gegenteiliges geltend gemacht.

c) Im Sinne der vorstehenden Ausführungen ist gesamthaft davon auszugehen, dass im Begutachtungszeitpunkt bei der Versicherten die Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt gänzlich aufgehoben war.

6.2

Ginge es um die Frage einer Erstberentung, so könnte dem C.-Gutachten nach Massgabe der vorstehenden Erwägungen ohne weiteres der Stellenwert einer zuverlässigen Grundlage für den Rentenentscheid beigemessen werden. Die Fragestellung ist hier freilich eine andere. Es geht darum, ob aufgrund der C.-Beurteilung im Sinne der Anforderungen von Art. 17 ATSG eine erhebliche Änderung des IV-Grades nachgewiesen ist; dies gegenüber dem massgebenden Vergleichszeitpunkt im Jahr 2010, aus welchem das Gutachten

der L. stammt (vgl. oben E. 3). Der angefochtene Entscheid stellt eine solche Veränderung in Abrede, weil die Schlussfolgerungen der C. letztlich nur eine andere Würdigung eines grundsätzlich gleich gebliebenen medizinischen Sachverhalts darstellten.

6.3

Die Vorinstanz lehnt sich bei ihrem Entscheid offenbar an jene Ausführungen der C. an, in welchem die Gutachterstelle ausführte, es sei aus ihrer Sicht schwer verständlich, dass die Explorandin nicht schon früher als letztlich im ersten Arbeitsmarkt nicht arbeitsfähig eingestuft worden sei (mit dadurch resultierender voller Rente). Eine stabile soziale oder berufliche Integration sei nie möglich gewesen (act. 7.2/156, S. 13). Die C. hat somit die Arbeitsfähigkeit der Versicherten für das Jahr 2010 in der Tat anders eingeschätzt als damals die L. (vgl. oben E. 3). Dass die C. die Arbeitsfähigkeit für die massgebenden beiden Vergleichszeitpunkte (2010 und 2018) gleich einschätzt, schliesst eine erhebliche tatsächliche Änderung im Sinne von Art. 17 ATSG aber nicht aus. Nebst der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit als solchen gibt es noch weitere Konstellationen, die einen Revisionstatbestand im Sinne der betreffenden Bestimmungen begründen können. Die Lehre nennt diesbezüglich namentlich eine Änderung des Gesundheitszustands, der massgebenden Vergleichseinkommen oder einen Statuswechsel (vgl. dazu UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N. 33 ff. zu Art. 17 ATSG).

6.4

Im vorliegenden Fall stellt sich die Frage nach einer Veränderung bzw. Verschlechterung des Gesundheitszustands seit der Begutachtung im Jahr 2010. Diesbezüglich ist gemäss den klaren Feststellungen der C. zunächst darauf hinzuweisen, dass eine signifikante Änderung sowohl aus muskuloskelettaler wie auch aus neurologischer Sicht zu verneinen ist. Massgebend für die Arbeitsfähigkeit resp. die Einschränkung der Leistungsfähigkeit sei laut der C. weiterhin die psychiatrische Beurteilung (act. 7.2/156, S. 6 f.). Bezüglich der Fachdisziplin der Psychiatrie legte die Gutachterstelle ausserdem ebenso unmissverständlich dar, dass sich diagnostisch keine relevante Veränderung ergeben habe (act. 7.2/156, S. 111). In diesem Zusammenhang ist freilich zu betonen, dass im Rahmen von Art. 17 ATSG nicht verlangt ist, dass immer eine neue Diagnose gestellt wird; vielmehr reicht es beispielsweise aus, wenn eine Verschlechterung des auf die gleiche medizinische Ursache zurückzuführenden Gesundheitsschadens vorliegt. Es müssen also neue Elemente tatsächlicher Natur vorliegen, welche nach der ursprünglichen Rentenverfügung eingetreten und zu dem damals gegebenen Sachverhalt hinzugekommen sind oder diesen verändert haben (vgl. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N. 34 zu Art. 17 ATSG mit Verweisen).

6.5

Die Frage, ob eine Veränderung des Gesundheitszustands anzunehmen sei, hatte die C. letztlich bejaht, mit ihrer Feststellung, spätestens seit dem aktuellen Erhöhungsgesuch vom 13. Juni 2017 sei von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen im ersten Arbeitsmarkt (act. 7.2/156, S. 111). Als Grund dafür scheint sie zunächst die somatoforme Schmerzstörung zu sehen, deren Einschränkungen zugenommen hätten, was auch zu einem verstärkten Vermeidungsverhalten geführt habe (act. 7.2/156, S. 13). Näher ausgeführt wurde dies grundsätzlich nicht. Die betreffende Beurteilung ist dennoch nicht anzuzweifeln, da die C. sie in voller Berücksichtigung der Vorakten und ihrer eigenen Erkenntnisse aus der gutachterlichen Untersuchung vornahm. Generell liegt bei der Versicherten laut der C. anscheinend ein grosser Fokus auf dem Schmerzerleben, in dessen Rahmen es sogar zu einem ärztlich verordneten andauernden Opiatkonsum gekommen ist (act. 7.2/156, S. 108; vgl. dazu auch den Bericht von Dr. J. vom 31. Mai 2017; act. 7.2/111). Dass sich die C. bei ihrer Einschätzung offenbar massgeblich an die eigenen Angaben der Beschwerdeführerin (Gutachten, S. 41) angelehnt hat, diese mithin als glaubhaft qualifiziert hatte, erscheint auch insoweit sachgerecht, als die Gutachter Inkonsistenzen bei der Beschwerdeführerin ausdrücklich verneint hatten; Diskrepanzen zwischen radiologischen Befunden und geltend gemachten Beschwerden bzw. Funktionseinschränkung seien auf dem Hintergrund der psychiatrischen Grunderkrankung zu sehen (act. 7.2/156, S. 12). Im Übrigen kam die Verschlechterung bezüglich der Schmerzsituation eben auch bereits in den Berichten der behandelnden Ärzte hinreichend zur Sprache, wie die Beschwerdeführerin namentlich mit Blick auf die Beurteilung von Dr. J. vom 31. Mai 2017 zurecht darauf hinweist (vgl. act. 7.2/111). Schliesslich ist noch zu erwähnen, dass die C. von dissoziativen Symptomen sprach, die bisher nie gefasst worden seien. Es hätten diese einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (act. 7.2/156, S. 106). Es liegt diesbezüglich also ein weiterer Aspekt vor, der vor dem Hintergrund von Art. 17 ATSG für eine gesundheitliche Verschlechterung spricht.

6.6

Es ist nicht zu verkennen, dass die C. auch bestimmte Aspekte benannt hat, die im Verlauf an sich als positiv zu würdigen sind. So könne sich die Versicherte etwa in Drucksituationen seit 2015 etwas besser abgrenzen (act. 7.2/156, S. 11). Die Auswirkung der respektive der Umgang mit der Persönlichkeitsstörung habe sich in der Tendenz seit 2014 leicht gebessert. Diesbezüglich hielten die Gutachter aber einschränkend fest, die nämliche Verbesserung betreffe primär die Lebensqualität und nicht die Arbeitsfähigkeit (act. 7.2/156, S. 8). An anderer Stelle hielt die C. ausserdem fest, durch die therapeutischen Fortschritte mit einer etwas verbesserten Impulskontrolle komme es faktisch zur paradoxen Situation, dass die Verbesserung zu einer realistischen Einschätzung des eigenen Funktionsniveaus

geführt habe. Durch diese Einschätzung sei es ihr nicht mehr möglich, den Versuch einer dauerhaften Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt in Angriff zu nehmen (act. 7.2/156, S. 110). In gleicher Weise hatte anscheinend auch der von der C. telefonisch konsultierte behandelnde Psychiater der Versicherten angegeben, es habe diese besser gelernt, mit Stress umzugehen. Das Funktionsniveau sei dadurch aber in der Tendenz noch schlechter, weil sie nicht mehr in die Überlastung hineingehe, die früher noch zu einer verwertbaren Arbeitsfähigkeit geführt habe (act. 7.2/156, S. 105). Aus erwerbsbezogener, also IV-rechtlich entscheidender Sicht scheint hier also statt der scheinbaren Verbesserung vielmehr eine Verschlechterung der Situation eingetreten zu sein.

6.7

Zusammenfassend muss vorliegend gestützt auf das C.-Gutachten von einer massgeblichen Verschlechterung des Gesundheitszustands seit dem Referenzjahr 2010 ausgegangen werden. Es liegt eine erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse im Sinne von Art. 17 ATSG vor. Im Sinne der Beurteilung der C. ist die Beschwerde insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufgehoben und ab dem Datum des Rentenerhöhungsgesuchs vom 13. Juni 2017 eine volle Arbeitsunfähigkeit angenommen wird. Hinzuweisen ist dabei noch auf die Vorschrift des Art. 88a Abs. 2 IVV, wonach eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit erst zu berücksichtigen ist, wenn sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat. Auf diesen Grundlagen wird die IV-Stelle die neue Rentenberechnung vorzunehmen haben. Anzumerken bleibt, dass eine allfällige Veränderung der Einschränkungen im Haushaltsbereich weder streitig noch ersichtlich ist.

7. 7.1

Nach Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung kostenpflichtig. Dem Verfahrensausgang entsprechend sind vorliegend keine Kosten zu erheben, da die Beschwerdeführerin letztlich als vollständig obsiegend zu betrachten ist und der IV-Stelle in Anwendung von Art. 22 Abs. 1 VRPG keine Gerichtskosten auferlegt werden.

7.2

Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. In diesem Sinne hat die Vorinstanz der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung auszurichten. Letztere ist vom Versicherungsgericht festzusetzen, wobei die Bemessung ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache sowie nach der Schwierigkeit des Prozesses erfolgt (Art. 61 lit. g ATSG). Im Übrigen ist die Bemessung der Parteientschädigung dem kantonalen Recht überlassen (Urteil des Bundesgerichts 8C_11/2016 vom 22. Februar 2016 E. 3.1). In Sozialversicherungsverfah-

ren vor Obergericht ist das anwaltliche Honorar pauschal zu bemessen (Art. 13 Abs. 1 lit. c der Verordnung vom 14. März 1995 über den Anwaltstarif [AT; bGS 145.53]). Vorliegend handelt es sich um einen durchschnittlich leichten Fall. Unter diesen Umständen ist das Honorar der beschwerdeführerischen Rechtsvertreterin RA AA. als Grundlage der Parteientschädigung auf Fr. 2'500.--, zuzüglich Barauslagen von 4 % und Mehrwertsteuer von 7.7 %, total Fr. 2'800.20 festzulegen.

Das Obergericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung aufgehoben wird. Die IV-Stelle wird verpflichtet, gestützt auf die von der C. per 13. Juni 2017 attestierte volle Arbeitsunfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt die neue Rentenberechnung vorzunehmen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Der Beschwerdeführerin wird zulasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.20 zugesprochen.
4. **Rechtsmittel:**
Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit der Zustellung Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Zulässigkeit einer solchen Beschwerde richtet sich nach Art. 82 ff. Bundesgerichtsgesetz (BGG, SR 173.110). Die Beschwerde ist beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, schriftlich einzureichen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind - soweit vorhanden - beizulegen (Art. 42 BGG). Die Beschwerde hat in der Regel keine aufschiebende Wirkung (Art. 103 BGG).
5. Zustellung an die Beschwerdeführerin über deren Anwältin, die Vorinstanz und das Bundesamt für Sozialversicherungen.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtspräsident:

Der Obergerichtsschreiber:

lic. iur. Ernst Zingg

lic. iur. Marc Giger

versandt am: 27. April 2021