

## **SO\_GERICHTE VSBES.2016.181 vom 8. März 2017**

SO Obergericht, 2017-03-08, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2016.181\\_d20170308](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.181_d20170308)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2016.181 du 8 mars 2017

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2016.181 del 8 marzo 2017

### **Regeste**

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

### **Erwägungen**

#### **E. 9**

S. 3 ff.) und einen Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 11. Mai 2015 (IV-Nr. 159) bei. Anschliessend gab sie bei Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein Gutachten in Auftrag, das am 17. September 2015 erstattet wurde (IV-Nr. 19.1). Med. B.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, nahm am 27. Oktober 2015 zum Gutachten Stellung (IV-Nr. 22). Die IV-Stelle holte eine Beurteilung von Dr. med. F.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vom 2. November 2015 (IV-Nr. 24) ein (diese erging in Unkenntnis der Stellungnahme von med. pract. B.\_\_\_\_, vgl. IV-Nr. 29 S. 2). 2. Mit Vorbescheid vom 16. November 2015 (IV-Nr. 25) stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin in Aussicht, sie werde einen Anspruch auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente verneinen. Die Beschwerdeführerin erhob am 23. Dezember 2015 Einwände (IV-Nr. 26). Auf Empfehlung des RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 19. Januar 2016 (IV-Nr. 29) wurde der Bericht von med. B.\_\_\_\_ vom 27. Oktober 2015 dem Gutachter Dr. med. E.\_\_\_\_ vorgelegt. Dieser äusserte sich dazu am 26. Januar 2016 (IV-Nr. 31). Dr. med. F.\_\_\_\_ vom RAD nahm am 16. Februar 2016 nochmals zur Sache Stellung (IV-Nr. 33). 3. Mit Verfügung vom 31. Mai 2016 lehnte es die Beschwerdegegnerin ab, der Beschwerdeführerin eine Invalidenrente oder berufliche Massnahmen zuzusprechen (Aktenseiten [A.S.] 1 ff.). Zur Begründung wurde erklärt, aus versicherungsmedizinischer Sicht liege keine Diagnose vor, welche eine Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermöge. 4. Mit Schreiben vom 29. Juni 2016 lässt die Beschwerdeführerin, vertreten durch die behandelnde Psychiaterin med. B.\_\_\_\_, beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn gegen die Verfügung vom 31. Mai 2016 Beschwerde erheben. Sie stellt sinngemäss den Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihr seien Leistungen der Beschwerdegegnerin zuzusprechen, eventuell sei ein gerichtliches Obergutachten einzuholen. 5. Die Beschwerdegegnerin verzichtet mit Eingabe vom 12. September 2016 (A.S. 31) auf eine ausführliche Beschwerdeantwort und schliesst auf Abweisung der Beschwerde. 6. Mit Verfügung vom 15. September 2016 (A.S. 32) wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege im Sinne der Befreiung von der Kostenvorschusspflicht und den Gerichtskosten gewährt. 7. Im Verlauf des Beschwerdeverfahrens holt der Präsident des Versicherungsgerichts Berichte des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes [...] vom 2. Juli 2008 (A.S. 37) und

#### **E. 12**

Juni 2007 (A.S. 39) sowie von Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, vom 10. Januar 2017 (A.S. 45, über eine Behandlung in der Zeit vom Februar 2008 bis Juni 2010) ein. 8. Auf die Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird in den folgenden Erwägungen, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

2. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf Leistungen der Beschwerdegegnerin in Form einer Rente oder beruflicher Eingliederungsmassnahmen hat.

3. 3.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. 3.2 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG). 3.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist der Versicherer (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 261 E. 4). 3.4 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder

in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1). 3.5 Die Rechtsprechung hat Richtlinien entwickelt, die bei der Würdigung der medizinischen Unterlagen zu beachten sind (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 f.). Danach ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch den Versicherer eingeholten 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, bei der Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). 3.6 Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Ihre Berichte verfolgen deshalb nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten. Zudem spricht die Gerichtspraxis von einer Erfahrungstatsache, wonach Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470). Hausärztliche Stellungnahmen bilden daher für sich allein genommen kaum je eine hinreichende Grundlage für den Rentenentscheid. Sie können jedoch unter Umständen geeignet sein, die Ergebnisse eines Gutachtens als zweifelhaft erscheinen zu lassen mit der Folge, dass ergänzende Abklärungen notwendig werden. Allerdings ist es nicht geboten, ein medizinisches Gutachten stets dann 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 klärende Ergänzung des medizinischen Dossiers aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_256/2012 vom 16. November 2012 E. 3.2). Weiter können aus Stellungnahmen der behandelnden Ärzte Anhaltspunkte für eine nach den gutachterlichen Untersuchungen eingetretene Veränderung hervorgehen. 4. Den medizinischen Unterlagen lassen sich im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen: 4.1 Im Austrittsbericht der Klinik C. \_\_\_ vom 26. März 2015 (IV-Nr. 9 S. 3 ff.), wo sich die Beschwerdeführerin vom 3. Februar 2015 bis 26. März 2015 aufhielt, werden folgende Diagnosen gestellt: 1. Bulimia Nervosa (ICD-10 F50.2) 2. Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) 3. Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) 4. Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) Zuweisungsgrund sei eine Exazerbation der seit dem 17. Lebensjahr bestehenden Bulimie. Nach dem Verdacht auf ein Cervix-Carcinom im August 2014 habe die Beschwerdeführerin aufgehört, Drogen zu konsumieren. Seither bestehe ein stark erhöhter Appetit und infolge dessen eine übermässige Nahrungsaufnahme mit anschliessendem Erbrechen. In der Anamnese wird ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe eine glückliche Kindheit gehabt. Bis zur 4. Klasse sei sie gerne zur Schule gegangen. Ab der 5. Klasse sei es jedoch schwierig gewesen, da sie die geforderten Leistungen nicht habe erbringen können. Die Lehrer hätten ihr zu verstehen gegeben, dass sie eine schlechte Schülerin sei. Sie sei hoffnungslos, verzweifelt, hilflos und massiv überfordert gewesen. Als sie während der 6./7. Klasse angefangen habe, in den Ausgang zu gehen, sei sie sich ihrer Wirkung auf Männer bewusst geworden. Sie habe sich das erste Mal erfolgreich gefühlt. Aufgrund dessen habe sie für kurze Zeit als Escortdame

gearbeitet und sei drei Wochen im Rotlichtmilieu tätig gewesen, wo einmalig Filmaufnahmen gemacht worden seien, die im Internet kursierten. Sie habe die 8. Klasse wiederholen müssen, aber auch beim zweiten Mal nicht bestanden, und dann von der Schule gehen müssen. Nach der Schule habe sie eine einjährige Ausbildung zur Kosmetikerin und Fusspflegerin in Deutschland absolviert. Danach sei sie in die Schweiz zurückgekommen und habe 2010 eine Kunstausbildung begonnen, diese aber nach zwei Jahren wieder abgebrochen. Seitdem sei sie arbeitslos und werde von den Eltern finanziell unterstützt. Es zeige sich eine 24-jährige, normalgewichtige Patientin. Es bestehe ein Grübeln und Gedankenkreisen um Essen und Figur sowie um ihren Platz im Leben. Affektiv bestünden ein gestörtes Vitalgefühl, ein Gefühl der Gefühllosigkeit, Schuldgefühle gegenüber den Eltern, die Patientin sei innerlich unruhig und hoffnungslos. Bei Klinikeintritt ergebe sich im Becks Depressionsinventar ein Wert von 42, bei Klinikaustritt ein solcher von 15. Die Beschwerdeführerin sei in gebessertem Zustand entlassen worden. Das Essverhalten habe sich normalisiert (keine Ess-Brechanfälle während des Aufenthalts). Des Weiteren habe eine deutliche depressive Aufhellung erzielt werden können. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis 30. März 2015. Ab diesem Datum sei ein dreiwöchiges Schnuppern im Wohn- und Arbeitszentrum [...] vorgesehen. Die Nachbehandlung erfolge bei med. pract. B.\_\_\_\_. 4.2 Dr. med. D.\_\_\_\_ diagnostiziert in seinem Bericht vom 11. Mai 2015 (IV-Nr. 15 S. 3 ff.) eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0), bei der es sich um ein Geburtsgebrechen handle, und eine unreife Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8), bestehend seit fortgeschrittener Adoleszenz. Die Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit betrage seit 13. März 2012 20 %. Die Behandlung dauere seit dem 2. Februar 2011, die letzte Untersuchung habe am 24. April 2015 stattgefunden. Nach fast zwei Jahren habe sich die Beschwerdeführerin mit ihrer Mutter zur Konsultation vom 24. April 2015 gemeldet. Zur Anamnese verweist Dr. med. D.\_\_\_\_ auf den Bericht der Klinik C.\_\_\_\_ und ergänzt, seit der Adoleszenz seien zunehmend psychosoziale Belastungsfaktoren aufgetreten, die eine gesunde Entwicklung zur Erwachsenen mehr und mehr erschwert hätten. Im Gegensatz zu den beiden Geschwistern sei die Beschwerdeführerin von der Mittelstufe an eine schlechte Schülerin gewesen. Nach Schulabschluss seien ihr weder eine Berufsausbildung noch die Festigung in eine stabile Lebenssituation gelungen. Es sei zu Substanzabus, Drogenmissbrauch und einem sozialen «minimal life» gekommen. Als erhobene Befunde gibt der Arzt an, die Beschwerdeführerin erscheine jünger, weniger reif, als es ihrem Alter entsprechen würde. Sie wirke verloren, ratlos, was ihre berufliche und private Zukunft anbelange. Die Gegenwart und Vergangenheit würden als sinn- und freudlos erlebt. Im Übrigen sei der Befund psychopathologisch bland. Die Therapie erfolge bei med. B.\_\_\_\_. Zur Arbeitsfähigkeit führt Dr. med. D.\_\_\_\_ aus, das defizitäre Selfmanagement und die Unreife bestünden im Kontext der einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung einerseits und der unreifen Persönlichkeitsstörung. U.a. deshalb verfüge die Beschwerdeführerin (noch) nicht über die Voraussetzungen, eine Berufsausbildung zu absolvieren. Die Beschwerdeführerin sei weit überdurchschnittlich auf eine Tätigkeit angewiesen, die sie interessiere und die sie gerne ausführe. Allerdings hätten weder die Beschwerdeführerin noch ihre Mutter eine konkrete Vorstellung von einer Tätigkeit, die diese Grundvoraussetzungen erfülle. Die Zumutbarkeit betrage abhängig von der Tätigkeit zwei bis vier Stunden pro Tag. In diesem zeitlichen Rahmen sei die Leistungsfähigkeit um 50 % reduziert. Es bestehe die Gefahr, dass die Beschwerdeführerin ihre eigentlichen Bedürfnisse zu wenig erkenne, die Erwartungen ihrer Umgebung erfüllen wolle und daran

erneut scheitern werde. Zur Frage nach dem Bestehen einer Sucht führt Dr. med. D. \_\_\_ aus, nach anamnestischen und fremdanamnestischen Angaben bestehe seit der Südamerika-Reise [diese fand nach Lage der Akten Ende 2013/Anfang 2014 statt] kein Substanzabusus mehr. Die Sucht dauere somit nicht an. Sie sei im Zusammenhang mit der einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung und der unreifen Persönlichkeitsstörung gestanden. Sie habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Es bestehe Abstinenz. Soweit ersichtlich gebe es keine bleibenden Folgen des Substanzgebrauchs.

4.3 Der von der Beschwerdegegnerin beauftragte psychiatrische Gutachter Dr. med. E. \_\_\_ hält in seinem Gutachten vom 17. September 2015 (IV-Nr. 19.1) nach einer kurzen Einleitung zunächst den zusammengefassten Inhalt der Vorakten fest. Bei der Beschreibung der Befunde führt er aus, die Beschwerdeführerin sei modisch gekleidet. Auffallend sei, dass sie barfuss gehe, obwohl herbstliches Wetter herrsche. Sie sei freundlich, kooperativ, gehe bereitwillig auf die gestellten Fragen ein. Innerlich wirke sie etwas unruhig, leicht angetrieben. Die Stimmung sei ausgeglichen, die Psychomotorik lebhaft, der affektive Kontakt zum Untersucher gut. Die Beschwerdeführerin mache einen wachen Eindruck, sei bewusstseinsklar. Sie sei zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person gut orientiert. Sie drücke sich differenziert aus. Die im Rahmen der Untersuchung gemachten Feststellungen und Beobachtungen wiesen auf durchschnittliche Intelligenzleistungen hin. Während der ganzen Untersuchung zeigten sich keine Zeichen von Konzentrationsschwäche. Merkfähigkeit und Gedächtnisleistungen seien intakt. Die Beschwerdeführerin habe einen klaren und guten Bezug zur Realität und zu ihrer Person. In der Beurteilung führt Dr. med. E. \_\_\_ aus, in der Primarschulzeit habe sich die Beschwerdeführerin etwas als Aussenseiterin gefühlt, weil sie Vegetarierin gewesen sei, während die anderen Kindern mehrheitlich aus Bauernfamilien gekommen seien. Im Progymnasium habe sie sich überfordert gefühlt, sie habe Mühe gehabt, sich zu konzentrieren. Sie habe damals mit dem Konsum von Drogen begonnen und sei zwischen ihrem 18. und 22. Lebensjahr mit Ritalin behandelt worden, das sie missbräuchlich verwendet habe. Zusätzlich habe sie mehr oder weniger regelmässig Kokain, LSD und Ecstasy konsumiert. Sie habe die Schule vorzeitig abgebrochen und eine Ausbildung als Kosmetikerin absolviert, diesen Beruf jedoch nie ausgeübt. Später habe sie eine private Kunstschule besucht, aber nur wenig am Unterricht teilgenommen und diese Schule vorzeitig abgebrochen. Die Beschwerdeführerin sei in ihrem Leben noch nie einer geregelten Tätigkeit nachgegangen und verfüge auch nicht über eine Berufsausbildung. Während zwei Jahren habe sie mit ihrem Freund zusammengelebt, der drogenabhängig gewesen sei. Vorgängig habe sie sich einige Wochen als Escort-Dame betätigt und sei zu Fotoaufnahmen gedrängt worden, die im Internet kursiert hätten. Deswegen sei sie von den Kolleginnen und Kollegen abgelehnt und kritisiert worden. Sie schäme sich noch heute für diese Episode. Die Beschwerdeführerin könne sich nicht vorstellen, ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Sie berichte, dass Freiheit für sie wichtig sei, dass sie maximal während vier Stunden arbeiten könne, wobei auch dann diese Arbeit ihren Vorstellungen und Interessen entsprechen müsse. So habe sie auch ein Arbeitstraining in der Stiftung [...] nach vier Wochen abgebrochen. Dort sei sie während vier Stunden pro Tag mit einfachen Garten- und Unterhaltsarbeiten betraut gewesen, die sie gelangweilt hätten. Bei der Untersuchung habe die Beschwerdeführerin einen gepflegten Eindruck hinterlassen. Sie habe etwas kindlich und innerlich unruhig gewirkt. Am Ende der Stunde habe sie berichtet, dass sie unter dem Einfluss von Amphetaminen stehe. Im Vordergrund stehe eine ausgeprägte Abhängigkeit von psychotropen Substanzen. Die Beschwerdeführerin konsumiere seit Jahren Amphetamine, Kokain, Ecstasy, LSD.

Während Jahren habe sie auch missbräuchlich Ritalin konsumiert. In Phasen, in denen sie nur wenig Drogen konsumiere, leide sie unter vermehrtem Appetit, was dann in der Folge zu induziertem Erbrechen führe. Das Gewicht bewege sich aber in normalem Rahmen, die Beschwerdeführerin sei nie übergewichtig und auch nie stark untergewichtig gewesen. Sie habe aber Mühe, ihren Körper zu akzeptieren. Sie habe auch etwas das Gefühl, dass die Umgebung sie nur wegen ihres Körpers schätze, womit sie Mühe habe umzugehen. Der früher behandelnde Psychiater habe eine Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung diagnostiziert. Es sei schwierig zu beurteilen, ob eine solche Störung vorliege, da die Beschwerdeführerin schon stimulierende Drogen konsumiert habe, bevor der behandelnde Psychiater die Behandlung mit Ritalin eingeleitet habe. Gemäss ihren Schilderungen habe die Beschwerdeführerin aber in der Schule unter Konzentrationsproblemen gelitten und Mühe gehabt, sich für den Schulstoff zu motivieren. Es lasse sich erst mit Sicherheit feststellen, ob sie tatsächlich unter einem ADHS leide, wenn sie mindestens während drei Monaten auf die Einnahme psychoaktiver Substanzen verzichtet habe. Es falle auch auf, dass sie während des sechswöchigen stationären Aufenthalts keinerlei Probleme mit dem Essen gehabt und sich dort sehr gut integriert habe. Dies sei ein Hinweis darauf, dass sie sich doch gut einordnen könne, auch nicht besonders unter ihrer Hyperaktivität leide, wenn sie auf den Konsum von Drogen verzichte. Die Prognose werde davon abhängen, ob es der Beschwerdeführerin gelinge, auf den Konsum psychoaktiver Substanzen zu verzichten. Eine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lasse sich nicht stellen. Ohne solche Auswirkung bestünden eine Kokainabhängigkeit (ICD-10 F14.25), eine Amphetaminabhängigkeit (ICD-10 F15.25), ein Verdacht auf eine Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) sowie ein Verdacht auf eine atypische Bulimie (ICD-10 F50.3). Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit liege nicht vor. Ob nun tatsächlich ein Hyperaktivitätssyndrom vorliege, sei schwierig zu beurteilen, da die Beschwerdeführerin während Jahren in ausgeprägtem Mass, beinahe täglich, stimulierende Substanzen konsumiert habe. Erst nach einer längeren Entzugsbehandlung und einer allfälligen Testung könne festgestellt werden, ob sie nun tatsächlich an einem ADHS leide oder ob die innere Unruhe und die Schwierigkeit, sich zu konzentrieren, durch den Konsum psychoaktiver Substanzen ausgelöst würden. Auch die Diagnose einer Bulimie sei fraglich. Sie trete nur dann auf, wenn die Beschwerdeführerin vorübergehend keine Drogen konsumiere. Weiter zeige die Beschwerdeführerin unreife Persönlichkeitszüge. Sie sei wenig bereit, Verantwortung für sich zu übernehmen, lebe lieber ihren Bedürfnissen gemäss, könne sich nicht vorstellen, sich in den Arbeitsprozess zu integrieren. Eine eigentliche Persönlichkeitsstörung lasse sich aber nicht diagnostizieren. 4.4 Med. B.\_\_\_\_ führt in ihrer Stellungnahme vom 27. Oktober 2015 (IV-Nr. 22) aus, aus ihrer Sicht habe der Gutachter Dr. med. E.\_\_\_\_ die persönliche Anamnese, die aktuelle Symptomatik und die von den vorbehandelnden Ärzten gestellten Diagnosen nicht angemessen in seine Überlegungen einbezogen. Nach ihrer Einschätzung sei davon auszugehen, dass die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung bereits in der Kindheit vorgelegen habe. Im Alter von ca. 17 Jahren habe die Beschwerdeführerin zudem eine Bulimie entwickelt. Beide Störungen seien über Jahre hinweg unerkannt und unbehandelt geblieben. Die Einnahme von psychoaktiven Substanzen in solchen Situationen im Sinne eines Selbstbehandlungsversuchs sei nicht ungewöhnlich. Auf diesem Hintergrund sei es diagnostisch zu kurz gegriffen und werde der Beschwerdeführerin nicht gerecht, von einer primären Substanzabhängigkeit auszugehen, wie dies der Gutachter tue. In der Therapie erlebe sie, med. B.\_\_\_\_, die Beschwerdeführerin als differenziert, reflexions- und

introspektionsfähig. Sie weise deutliche Zeichen einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeit auf, die bestrebt sei, es allen recht zu machen, eigene Bedürfnisse zurückstellen und Angst habe vor Überforderung. In diesem Zusammenhang beurteile sie auch die Haltung der Beschwerdeführerin, sich aktuell keine Vollzeittätigkeit in der freien Wirtschaft zuzutrauen.

4.5 Der Gutachter Dr. med. E. \_\_\_ hält in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 26. Januar 2016 (IV-Nr. 31) fest, im Rahmen seiner Untersuchung vom 11. September 2015 habe die Beschwerdeführerin nicht berichtet, dass sie in der Primarschule Schwierigkeiten gehabt hätte. Einzig im Progymnasium habe sie Mühe gehabt, für Fächer zu lernen, die sie nicht interessiert hätten. Schliesslich habe sie das Progymnasium verlassen müssen. Es sei denkbar, dass die Beschwerdeführerin Amphetamine und Kokain benutzt habe, um ihre Bulimie zu behandeln. Es fänden sich aber keine Hinweise auf eine ausgeprägte Bulimie, die Beschwerdeführerin sei auch nicht massiv über- oder untergewichtig gewesen. Daher könne nicht von einer sekundären Abhängigkeitserkrankung gesprochen werden. Bezüglich einer beruflichen Eingliederung sei es allerdings nicht entscheidend, ob die Beschwerdeführerin nun an einer primären oder an einer sekundären Drogenabhängigkeit leide. Es fänden sich keine Zeichen irreversibler Schäden und es sei der Beschwerdeführerin ohne weiteres zumutbar, auf den Konsum psychoaktiver Substanzen zu verzichten.

4.6 Med. pract. B. \_\_\_ äussert sich in der Beschwerdeschrift vom 29. Juni 2016 (A.S. 4 ff.) wie folgt: Als psychiatrische Grunderkrankung bestehe bei der Beschwerdeführerin eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) bzw. ein Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom des vorwiegend unaufmerksamen Typs (DSM V 314.03). Es sei bekannt, dass insbesondere Mädchen mit diesem Störungsbild, gekoppelt mit guten kognitiven Fähigkeiten und einer hohen Anpassungsleistung, als Kinder wenig auffielen und so die Diagnose oft relativ spät gestellt werde. Als Selbstbehandlungsversuch habe die Beschwerdeführerin einen frühen, gelegentlichen Substanzabusus mit Amphetaminen, selten psychoaktiven Substanzen und später in ausgeprägtem Masse Stimulanzien entwickelt. Auf dem Hintergrund einer forcierten Ablösung vom Elternhaus mit Prostitution und im Rahmen einer Traumatisierung habe sie zudem eine Essstörung mit teils anorektischen Phasen, später als reine Bulimia nervosa (ICD-10 F50.2) entwickelt. Zudem bestehe eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6). Diese habe sich in Ansätzen bereits in der Kindheit mit teils phobischen, teils generalisierten Ängsten gezeigt. Später habe sie sich deutlich geäussert in der Schul- und Versagensangst als Jugendliche und dazu geführt, dass die Beschwerdeführerin ihrem sozialen Umfeld und ihren Eltern über Jahre sowohl den Suchtmittelkonsum, die Prostitution als auch die Essstörung verheimlicht habe. Sie habe die gesamte Symptomatik und Belastung erst im Rahmen einer schweren depressiven Episode (ICD-10 F32.2) Ende 2014/Anfang 2015 offen gelegt und werde erst seit diesem Zeitpunkt ausreichend psychiatrisch behandelt. Psychodynamisch bestehe eine erhöhte Vulnerabilität auf dem Hintergrund einer erst im jungen Erwachsenenalter diagnostizierten Aufmerksamkeitsstörung vom vorwiegend unaufmerksamen Typ mit emotionaler Instabilität, ausgeprägten Ängsten und schlechtem Selbstwert bereits im Kindesalter. Mittels der guten kognitiven Ressourcen habe die Beschwerdeführerin in der Schule die Leistungen in den ersten Jahren erbringen können, was jedoch mit zunehmenden Anforderungen in der Oberstufe nicht mehr gelungen sei. Die forcierte Ablösung vom Elternhaus mit selbst gewählter Prostitution im Alter von 16 Jahren weise deutlich auf eine höchst instabile emotionale Situation hin mit ausgeprägter Schwierigkeit der Nähe-Distanz-Regulierung und Selbstregulation. Zusätzlich habe die Beschwerdeführerin

Traumatisierungen erlebt bei Erlebnissen unter Zwang im Rahmen der Prostitution. Eine ausreichende psychiatrische Behandlung habe nie stattgefunden, sei es, dass die Beschwerdeführerin sich auch im angebotenen therapeutischen Rahmen als Jugendliche nicht abgeholt gefühlt habe, sei es, dass später – nach der Diagnose der Aufmerksamkeitsstörung – keine engmaschige Begleitung der medikamentösen Therapie stattgefunden habe. Eine Suchtproblematik liege vor, dies jedoch sekundär und auf dem Hintergrund einer spät diagnostizierten und auch dann ungenügend behandelten Aufmerksamkeitsstörung, einer über Jahre bestehenden, unbehandelten Essstörung und einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung. Bei unbehandelter Aufmerksamkeitsstörung seien Komorbiditäten evident und spätestens im jungen Erwachsenenalter die Regel. Substanzmittelkonsum und Essstörungen seien dabei häufige Zusatzdiagnosen. Sowohl die Symptomatik der unbehandelten Aufmerksamkeitsstörung als auch der Bulimie könne im Sinne eines Selbstbehandlungsversuchs mittels Amphetaminen kurzfristig und subjektiv positiv beeinflusst werden. Die ängstlich-vermeidende Persönlichkeit der Beschwerdeführerin habe dazu beigetragen, dass sie die schwere Symptomatik über Jahre auch den engsten Vertrauten nicht offengelegt habe und somit keiner adäquaten Behandlung habe zugeführt werden können. Es sei nicht verständlich, weshalb in der Begutachtung dieser Zusammenhang nicht erkannt worden sei. Die Ressourcen der Beschwerdeführerin bestünden in den guten kognitiven Fähigkeiten sowie dem familiären Hintergrund. Jedoch sei es ihr im Jugendalter aufgrund der Aufmerksamkeitsstörung nicht möglich gewesen, die kognitiven Fähigkeiten in die erwarteten Leistungen umzusetzen. Verbunden mit den Versagensängsten, der emotionalen Instabilität, dem schlechten Selbstbild und der ungenügenden psychiatrischen Behandlung sei es ihr nie möglich gewesen, vorhandene Ressourcen in Leistungen umzusetzen. Die Kosmetik-Schule in Kiel sei keine Ausbildung, die zur Arbeit im ersten Arbeitsmarkt qualifiziere. Die Beschwerdeführerin vermöge im Alltag ihre körperliche Grundpflege und die Führung eines Ein-Personen-Haushalts zu leisten, solange keinerlei andere Anforderungen vorhanden seien. Die emotionale Instabilität und wiederkehrend auftretende Ängste behinderten auch dies, indem es ihr z.B. oft nicht möglich sei, die Wohnung zu verlassen, ohne sich wiederholt umzuziehen, aus Angst, sich nicht wohl zu fühlen in der Kleidung und von anderen Leuten beurteilt zu werden. Sobald Anforderungen an regelmässige Minimalleistungen gestellt würden (Bsp. Stiftung [...]), steige die emotionale Belastung innert kürzester Zeit und die Beschwerdeführerin reagiere mit massiven Ess-Brech-Anfällen, täglichen Weinanfällen und sozialem Rückzug. Sie sei aus oben ausgeführten Gründen nicht in der Lage, eine ausreichende Sensibilität und Motivation für eine Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt zu entwickeln. Zusammenfassend könne gesagt werden, dass die psychischen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin schwer seien und eine Arbeitstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt verunmöglichten. 4.7 Im Beschwerdeverfahren holte das Gericht Berichte über die in der Beschwerdeschrift erwähnten kinder- und jugendpsychiatrischen Therapien ein. 4.7.1 Den Berichten des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes [...] vom 12. Juni 2007 (A.S. 39 f., Zusammenfassung der psychologischen Abklärung) und vom 2. Juli 2008 (A.S. 37 f., Epikrise) lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin am 29. März 2007 zur Behandlung angemeldet wurde. Sie repetierte damals die dritte Klasse des Progymnasiums. Den Grund für die Anmeldung bildeten eine Leistungsverweigerung und Versagensängste. Die Therapie dauerte vom 17. April 2007 bis 14. August 2007. Sie umfasste ein Erstgespräch, fünf Abklärungsgespräche und drei Therapiesitzungen. Die behandelnde

Psychologin führt aus, die Beschwerdeführerin habe sich als reflektierte 15-jährige Jugendliche gezeigt. Sie verfüge gesamthaft gesehen über ein durchschnittliches kognitives Potenzial. Die schulischen Schwierigkeiten schienen mit Versagensängsten im Zusammenhang zu stehen. Die Beschwerdeführerin sei ehrgeizig, scheine sich jedoch durch die Angst, zu versagen und andere dadurch zu enttäuschen, selbst zu blockieren. Sie zeige gewisse depressive Züge in Form von trauriger und gereizter Stimmung und einem Gefühl der Erschöpfung. Die ihr gegenüber unausgesprochene Befürchtung der Kindsmutter, dass die Beschwerdeführerin mit Drogen in Kontakt gekommen sein könnte, scheine nicht ganz von der Hand zu weisen zu sein. Die Beschwerdeführerin wisse um die Gefahren einer Sucht. Sie scheine auf der Suche nach Grenzen zu sein und viele Dinge ausprobieren zu wollen, was in der Pubertät typisch sei. Um sie in einer gesunden Entwicklung zu fördern, erscheine es als wichtig, dass sie von ihren Eltern klare Grenzen gesetzt bekomme und Problemverhalten offen angesprochen werde.

4.7.2 Die Kinder- und Jugendpsychiaterin Dr. med. G.\_\_\_\_ führt in ihrem Bericht vom 10. Januar 2017 (A.S. 45 f.) aus, die Beschwerdeführerin sei bei ihr von Februar 2008 bis Juni 2010 in Behandlung gewesen, mit ca. 55 Konsultationen (inkl. gemeinsame oder unabhängige Elternkontakte). Von April 2008 bis April 2009 habe sich die Therapie wegen einer ausbildungsbedingten Auslandabwesenheit der Beschwerdeführerin (von ihr selbständig evaluierte und gewählte einjährige Ausbildung zur dipl. Kosmetikerin/Podologin in Norddeutschland) auf telefonischen Austausch beschränkt. Die Beschwerdeführerin habe bei Behandlungsbeginn das Progymnasium absolviert gehabt und sich in einer Adoleszenzkrise befunden, mit erheblicher Selbstfindungsproblematik sowie Unsicherheiten in der Persönlichkeits- und Berufsorientierung. Bei der Behandlung habe der familiäre Kontext mitberücksichtigt werden müssen. Die Beschwerdeführerin sei in der therapeutischen Arbeit offen, aufrichtig, engagiert, entwicklungswillig und -fähig gewesen. Ihre Ängste seien im Mittelpunkt der Arbeit gestanden. Hinzu gekommen sei eine alterstypische Ablösungsproblematik verbunden mit Phasen grosser Verunsicherung, Versagensängsten und Anzeichen einer damit verbundenen seelischen Überforderung. Medikamente (Tranquilizer) seien lediglich in Reserve für die erfolgreich abgeschlossene Prüfungsphase verschrieben worden. Nach ihrer Rückkehr aus Deutschland habe die Beschwerdeführerin die Behandlung fortgesetzt. Ihre Situation sei geprägt gewesen von einem Spannungsfeld zwischen Anpassung und Autonomiefindung, eine weitere Ausbildung zur Fitnesstrainerin sei angedacht worden. Die Frage einer ADS-Problematik sei in Abklärung gewesen. Zu jener Zeit sei es zu einer Erfahrung mit einem fragwürdigen Medienprojekt gekommen, an dem sich die Beschwerdeführerin, unter dem Einfluss ihrer damaligen Umgebung, in für sie unvorteilhafter Weise beteiligt habe. Sie, Dr. med. G.\_\_\_\_, habe dringend angeraten, diese Erfahrung therapeutisch aufzuarbeiten, wonach sie im Juni 2010 eine E-Mail-Nachricht erhalten habe: «Sie passen nicht mehr in mein jetziges Leben.» Anschliessend sei es ebenfalls im Juni 2010 in Gegenwart des (damaligen) Freundes der Beschwerdeführerin, den diese dazu eingeladen habe, zu einem ruhigen, konstruktiven Abschlussgespräch gekommen. Seither habe sie, Dr. med. G.\_\_\_\_, von der Beschwerdeführerin nichts mehr gehört. Formelle Berichte habe sie keine verfasst, ihr sei auch kein Verrentungsgrund bekannt.

5. Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei ihrer Anspruchsbeurteilung auf das Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 17. September 2015 (E. II. 4.3 hiervor). Die Beschwerdeführerin bestreitet dessen Beweiskraft.

5.1 Das Gutachten basiert auf den Vorakten und einer eigenen Untersuchung. Auf dieser Basis gelangt der Gutachter zu schlüssigen Ergebnissen, die er plausibel und nachvollziehbar herleitet. Die gezogenen

Schlussfolgerungen werden begründet, auf die damals vorliegenden ärztlichen Beurteilungen wird eingegangen. Inhaltlich legt der Gutachter dar, weshalb er nicht von einer Persönlichkeitsstörung ausgeht sowie warum er die Auffassung vertritt, angesichts des Substanzkonsums mit seinen Auswirkungen lasse sich nicht zuverlässig beurteilen, ob eine Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung und/oder eine atypische Bulimie vorliege. Ausgehend vom psychiatrischen Befund, der ausführlich beschrieben wird und mit Ausnahme gewisser unreifer Anteile weitgehend unauffällig ausfiel, leuchtet auch die gutachterliche Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit ein. Die anamnestischen Angaben in den Vorakten und die Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchung werden in die Beurteilung einbezogen. Das Gutachten enthält weder innere Widersprüche noch argumentative Lücken. Es wird damit sowohl bezüglich seiner Grundlagen als auch inhaltlich den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (vgl. E. II. 3.4 hiervor) gerecht. 5.2 Die durch das Gericht eingeholten Berichte über die bis 2010, also vor dem 20. Altersjahr, durchgeführten Behandlungen sind nicht geeignet, die Überlegungen des Gutachters infrage zu stellen. Die Berichte über die von April 2007 bis August 2007 durchgeführte Behandlung (die Beschwerdeführerin war damals knapp 16-jährig) bestätigen die schulischen Schwierigkeiten, die im Progymnasium auftraten, und erwähnen auch bereits die Gefahren einer Sucht und einen möglichen Kontakt mit Drogen. Hinweise auf eine gravierende psychische Störung enthalten die Berichte nicht. Dr. med. E.\_\_\_\_s Einschätzung, es sei von durchschnittlichen Intelligenzleistungen auszugehen, stimmt mit dem Ergebnis der damals durchgeführten Tests, welche ein durchschnittliches kognitives Potenzial ergaben, überein. Der Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_ über die in den Jahren 2008 bis 2010 (die Beschwerdeführerin war bei Behandlungsbeginn 16 ½, bei Behandlungsende knapp 19 Jahre alt) durchgeführte Therapie erwähnt eine Adoleszenzkrise, eine von der Therapeutin als alterstypisch bezeichnete Ablösungsproblematik mit Verunsicherung, Versagensängsten und Anzeichen einer seelischen Überforderung sowie eine familiäre Problematik (psychische Probleme der Mutter und der Schwester). Ebenfalls erwähnt wird eine Abklärung betreffend ADS, die aber nicht fortgesetzt wurde, weil die Beschwerdeführerin die Therapie abbrach. Auch diese Angaben lassen sich mit den Feststellungen des Gutachters vereinbaren. Bei der durch Dr. med. G.\_\_\_\_ erwähnten «Erfahrung mit einem fragwürdigen Medienprojekt» dürfte es sich um die vom Gutachter genannten, im Internet kursierenden Fotoaufnahmen handeln, zu welchen die Beschwerdeführerin während ihrer einige Wochen dauernden Tätigkeit als Escort-Dame gedrängt worden sei. Auffallend ist einzig, dass der Substanzgebrauch bzw. Drogenkonsum im Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_ (mit Ausnahme von Tranquilizern im Zusammenhang mit der Prüfung im Jahr 2009) keine Erwähnung findet. Dieser ist aber grundsätzlich unbestritten. 5.3 Die im Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_ (E. II. 4.2 hiervor) enthaltene Bemerkung, die Beschwerdeführerin sei seit der Südamerika-Reise, welche Ende 2013/Anfang 2014 stattfand, abstinent, ist angesichts der gegenteiligen Feststellungen in den übrigen Akten offenkundig unzutreffend. Dies schmälert die generelle Aussagekraft des Berichts, der dem Gutachter Dr. med. E.\_\_\_\_ bekannt war, erheblich. 5.4 In der Beschwerdeschrift von med. pract. B.\_\_\_\_ wird das Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ heftig kritisiert (vgl. E. II. 4.6 hiervor). Med. B.\_\_\_\_ behandelt die Beschwerdeführerin seit April 2015. Sie stützt sich bei ihrer Beurteilung in erster Linie auf die Argumentation, die 1991 geborene Beschwerdeführerin habe schon in ihrer Kindheit und Jugend an psychischen Störungen gelitten. Ihre Ausführungen werden allerdings durch die Vorakten und die durch das Gericht eingeholten, auf echtzeitlichen

Feststellungen in den Jahren 2007-2010 basierenden Arztberichte nur teilweise gestützt. So findet sich für die These, die Beschwerdeführerin habe bereits in der Kindheit teils phobische, teils generalisierte Ängste gezeigt und an emotionaler Instabilität sowie schlechtem Selbstwert gelitten, in den Vorakten keine Grundlage. Eine Behandlung fand damit, soweit bekannt, nicht statt, und im Austrittsbericht der Klinik C. \_\_\_ vom 26. März 2015 (E. II. 4.1 hiervor) ist von einer glücklichen Kindheit die Rede. Der Hinweis auf Schulschwierigkeiten in der Primarschule wird durch den Umstand relativiert, dass die Beschwerdeführerin in das Progymnasium übertreten konnte. Nach dem dortigen Ausscheiden hätte sie in die Bezirksschule wechseln können, was sie aber nicht wollte (vgl. IV-Nr. 12 S. 2). Die vielfältigen Testverfahren, die im Jahr 2007 durchgeführt wurden (vgl. Bericht vom 12. Juni 2007, A.S. 39), ergaben ein durchschnittliches kognitives Potenzial. Dieses Ergebnis relativiert die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin im Progymnasium, das auf überdurchschnittliche schulische Leistungen zugeschnitten ist, Mühe bekundete. Auf die Ausführungen des Gutachters Dr. med. E. \_\_\_ zu den Essstörungen, wonach diese in einem Zusammenhang mit dem Drogenkonsum stünden und keine ausserordentliche Schwere erreicht hätten, nachdem die Beschwerdeführerin zu keinem Zeitpunkt massiv über- oder untergewichtig gewesen sei, geht med. B. \_\_\_ nicht ein. Die zeitlich begrenzte Tätigkeit als Escort-Dame und Prostituierte und die in diesem Zusammenhang erstellten Internet-Bilder fanden laut den Angaben der Beschwerdeführerin gegenüber dem Gutachter Dr. med. E. \_\_\_ im Jahr 2009 statt, was durch die Ausführungen von Dr. med. G. \_\_\_ in ihrem Bericht vom 10. Januar 2017 gestützt wird (dort werden die Internet-Bilder wohl im Jahr 2010 eingeordnet). Worauf die Aussage von med. B. \_\_\_ basiert, die selbst gewählte Prostitution habe bereits im Alter von 16 Jahren, also im Jahr 2007, stattgefunden, bleibt demgegenüber unklar. Aktenkundig ist dagegen, dass damals bereits vermutet wurde, die Beschwerdeführerin konsumiere Drogen (vgl. E. II. 4.7.1 hiervor). Auch die Aussage von med. B. \_\_\_, die Beschwerdeführerin sei zu pornographischen Aufnahmen gezwungen worden, findet sich in den Vorberichten so nicht. Die Ausführungen der behandelnden Psychiaterin lassen sich demnach in mehreren Punkten nur schwer mit der übrigen Aktenlage vereinbaren. Ihre These, die Beschwerdeführerin habe schon in der Kindheit und Jugend an psychischen Störungen gelitten, welche trotz der intensiven Abklärungen und Therapien in den Jahren 2007-2010 zu einem grossen Teil unerkant und unbehandelt geblieben seien, lässt sich vor diesem Hintergrund zwar nicht ausschliessen. Sie kann aber nicht als überwiegend wahrscheinlich gelten, zumal in den Akten aus dem Jahr 2007 bereits der Drogenkonsum, nicht aber eine der später diagnostizierten Störungen erwähnt wird. Med. B. \_\_\_ geht auch nicht auf die Aussage des Gutachters Dr. med. E. \_\_\_ ein, es lasse sich erst nach längerer Drogenabstinenz feststellen, ob eine vom Drogenkonsum unabhängige psychische Störung bestehe. Was die Beurteilung der aktuellen Leistungsfähigkeit anbelangt, kann ausserdem nicht unberücksichtigt bleiben, dass med. B. \_\_\_ Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist und die Beschwerdeführerin 23 ½ jähig war, als sie sich bei der Beschwerdegegnerin anmeldete.

5.5 Zusammenfassend erfüllt das Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_ die allgemeinen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme. Die übrigen medizinischen Unterlagen enthalten keine Aspekte, welche dem Gutachten entgangen und bei seiner Beurteilung unerkant oder ungewürdigt geblieben wären. Weder der Beschwerdeschrift von med. B. \_\_\_ noch den durch das Gericht eingeholten zusätzlichen Unterlagen über frühere Behandlungen lassen sich erhebliche, objektivierbare Elemente entnehmen, welche die gutachterliche Beurteilung zu erschüttern vermöchten. Die

Beurteilung von med. B.\_\_\_\_ entspricht einer abweichenden Beurteilung der bekannten Sachlage, welche zu einem grossen Teil auf Annahmen zu den Verhältnissen in der Kindheit und Jugend, weit vor dem Behandlungsbeginn im April 2015, basiert und durch die echtzeitlichen Unterlagen in wesentlichen Punkten nicht gestützt wird. Die Beschwerdegegnerin hat daher zu Recht auf das Gutachten abgestellt und einen invalidisierenden Gesundheitsschaden verneint. 6. 6.1 Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 6.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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