

SO_GERICHTE VSBES.2020.159 vom 24. Juni 2020

SO Obergericht, 2020-06-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.159

FR: SO_GERICHTE VSBES.2020.159 du 24 juin 2020

IT: SO_GERICHTE VSBES.2020.159 del 24 giugno 2020

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1984 geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) meldete sich am 17. Oktober 2013 bei der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Solothurn (IV-Stelle; nachfolgend: Beschwerdegegnerin) aufgrund von Nacken- und Schulterproblemen nach einem Auffahrunfall zur Früherfassung an (IV-Stelle, Beleg Nr. [IV-Nr.] 8). Nach dem Intake-Gespräch vom 25. November 2013 (IV-Nr. 11) meldete sie sich sodann am 20. Februar 2014 (IV-Nr. 14) unter Hinweis auf ein seit 2007 bestehendes Ekzem an beiden Händen und ein Schleudertrauma auf der rechten Seite aufgrund des Unfalls vom 8. September 2013 zum Leistungsbezug an.

1.2 Die Beschwerdegegnerin zog einen Arbeitgeberfragebogen vom 5. März 2014 (IV-Nr. 18), die Akten des Unfallversicherers (IV-Nrn. 19.1 ■ 19.13) und des Krankenversicherers (IV-Nrn. 20 f.) sowie medizinischen Unterlagen (IV-Nrn. 23, 25) bei. Anschliessend liess sie Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Regionaler Ärztlicher Dienst (nachfolgend: RAD) am 30. Juli 2014 (IV-Nr. 30 S. 2 ff.) Stellung nehmen. In der Folge wurde ein polydisziplinäres Gutachten der Gutachterstelle C.____ vom 23. März 2015 eingeholt (IV-Nrn. 46.1 ■ 46.2). Zur Vernehmlassung der Beschwerdeführerin vom 24. April 2015 (IV-Nr. 49) äusserte sich der RAD-Arzt Dr. med. B.____ am 18. Mai 2015 (IV-Nr. 52 S. 2 f.). Das Gutachten sei nachvollziehbar und schlüssig.

1.3 Der durch die Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene Abklärungsbericht Haushalt wurde am 1. Oktober 2015 durch die Abklärungsfachfrau D.____ erstellt (IV-Nr. 61). Nach weiteren Stellungnahmen von Dr. med. B.____, RAD, vom 1. Februar 2016 (IV-Nr. 78 S. 2 f.) und der Abklärungsfachfrau D.____ vom 7. März 2016 (IV-Nr. 79) wies die Beschwerdegegnerin die Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente mit Verfügung vom 19. Mai 2016 aufgrund eines errechneten Invaliditätsgrades von 34 % ab (IV-Nr. 80). Die dagegen beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) am 22. Juni 2016 erhobene Beschwerde (IV-Nr. 84 S. 3 ff.) wurde von diesem mit Urteil VSBES.2016.175 vom 7. November 2017 (IV-Nr. 95 S. 5 ff.) in dem Sinne gutgeheissen, als die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wurde, damit sie im Sinne der Erwägungen verfare und hierauf erneut entscheide.

E. 2

2.1 Nach dem Einholen weiterer medizinischer Akten (IV-Nrn. 103, 105, 109) und der Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. B.____ vom 7. Mai 2018 (IV-Nr. 113 S. 2) wurde die Beschwerdeführerin mit Mitteilung vom 17. Mai 2018 (IV-Nr. 114) über die Notwendigkeit einer erneuten polydisziplinären Begutachtung informiert. Die mit Eingabe

vom 22. Juni 2018 (IV-Nr. 118) durch die Beschwerdeführerin formulierten elf Ergänzungsfragen wurden in der Mitteilung der Beschwerdegegnerin vom 17. August 2018 (IV-Nr. 125) nicht berücksichtigt. Der Beschwerdeführerin wurde die Begutachtung durch die Gutachterstelle E. ___ in Aussicht gestellt. Da die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 7. September 2018 (IV-Nr. 129) an den Ergänzungsfragen weiter festhalten liess, verfügte die Beschwerdegegnerin am 30. Oktober 2018 (IV-Nr. 132) die Nichtzulassung derselben. Mit Eingabe vom 7. November 2018 (IV-Nr. 134.1) beantragte die Beschwerdeführerin, die Begutachtung sei wegen Besorgnis fehlender Ergebnisoffenheit bei einer anderen Gutachterstelle als der Gutachterstelle E. ___ in Auftrag zu geben. Die in Bezug auf die Ergänzungsfragen durch die Beschwerdeführerin beim Versicherungsgericht am 29. November 2018 erhobene Beschwerde (IV-Nr. 135) wurde von diesem mit Urteil VSBES.2018.281 vom 24. Januar 2018 (IV-Nr. 139) abgewiesen. Am 26. Februar 2019 (IV-Nr. 149) liess die Beschwerdeführerin ein vorsorgliches Ausstandsbegehren gegen den psychiatrischen Teilgutachter Dr. med. F. ___ stellen, der am Vortag mit ihr das Explorationsgespräch geführt hatte. Die Beschwerdegegnerin holte bei der Gutachterstelle E. ___ am 6. März 2019 eine Stellungnahme ein (IV-Nr. 152) und wies das Ausstandsbegehren mit Verfügung vom 23. April 2019 (IV-Nr. 154) ab. Diese Verfügung blieb unangefochten. Das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle E. ___ wurde am 8. Juli 2019 erstattet (IV-Nr. 162).

2.2 In der Folge holte die Beschwerdegegnerin einen Situationsbericht der Abklärungsfachfrau D. ___ vom 24. Juli 2019 (IV-Nr. 167) ein. Nachdem die Beschwerdeführerin vom 27. August 2019 Stellung genommen hatte (IV-Nr. 172), konsultierte die Beschwerdegegnerin erneut den RAD-Arzt Dr. med. B. ___ (Beurteilung vom 6. November 2019, IV-Nr. 179 S. 2 f.). Anschliessend wurde der Beschwerdeführerin mit Vorbescheid vom 3. Januar 2020 (IV-Nr. 181) gestützt auf die errechneten IV-Grade von 0 % (2014) und 15 % (2018) die Abweisung ihrer Leistungsbegehren auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente in Aussicht gestellt. Daran hielt die Beschwerdegegnerin trotz der am 4. Februar 2020 erhobenen Einwände der Beschwerdeführerin (IV-Nr. 184), gestützt auf die Stellungnahmen von Dr. med. B. ___, RAD, vom 30. März 2020 (IV-Nr. 195 S. 2 f.) und der Abklärungsfachfrau D. ___ vom 11. Mai 2020 (IV-Nr. 198), mit Verfügung vom 24. Juni 2020 fest (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.).

3. Dagegen lässt die Beschwerdeführerin am 13. August 2020 beim Versicherungsgericht fristgerecht Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen (A.S. 10 ff.):

4. Mit prozessleitender Verfügung vom 21. September 2020 (A.S. 57 f.) wird das Gesuch der Beschwerdeführerin, das vorliegende Beschwerdeverfahren bis zum Vorliegen der Erkenntnisse der laufenden berufspraktischen Erprobung der Beschwerdeführerin bei der G. ___ und bis zum rechtskräftigen Abschluss der laufenden Beschwerdeverfahren VSBES.2019.237 und VSBES.2019.229 vor dem Versicherungsgericht zu sistieren, abgewiesen. Dazu ist anzufügen, dass das Versicherungsgericht inzwischen in beiden Verfahren das Urteil gefällt hat.

5. Im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 23. November 2020 (A.S. 64) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

6. Die mit Eingabe vom 8. Dezember 2020 eingereichte Honorarnote des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin (A.S. 66 ff.), geht mit Verfügung vom 9. Dezember 2020 (A.S. 70) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.
7. Mit Verfügung vom 25. März 2021 (A.S. 71 f.) werden die Parteien zur öffentlichen Verhandlung auf den 13. Oktober 2021, 14.00 Uhr, vorgeladen.
8. Der im Rahmen der öffentlichen Verhandlung vom 13. Oktober 2021 (vgl. Protokoll der Verhandlung) gestellte Beweisantrag, die Urkunden 8, 9 und 10 seien als Beweismittel zu den Akten zu nehmen, wird gutgeheissen. Im Parteivortrag bestätigt der Vertreter der Beschwerdeführerin die gestellten Rechtsbegehren.
9. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

1.

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

1.2 Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 24. Juni 2020) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 144 V 224 E. 6.1.1 S. 232, 131 V 242 E. 2.1 S. 243).

2. Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und 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 sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. 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.

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

2.2 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall wird eine gesundheitliche Beeinträchtigung seit dem 8. September 2013 geltend gemacht (IV-Nr. 14), d.h. eine rentenbegründende Invalidität könnte erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit im September 2014 vorliegen. Der Rentenanspruch wiederum entsteht ■ sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind ■

frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs vom 20. Februar 2014 (IV-Nr. 14 S. 6), was hier im August 2014 der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch könnte demnach frühestens ab 1. August 2014 gegeben sein. Damit sind die ab 1. Januar 2014 geltenden Bestimmungen des IVG massgebend.

2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung 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 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 261 E. 4).

E. 3

3.1 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

3.2 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126 f.).

3.3 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen

eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf 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. 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 (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4. Die Parteien begründen in ihren Rechtsschriften den jeweiligen Standpunkt wie folgt:

4.1 Die Beschwerdegegnerin hält in ihrer Verfügung vom 24. Juni 2020 (A.S. 1 ff.), im Wesentlichen fest, ihre Abklärungen hätten ergeben, dass die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Pflegehelferin nicht mehr tätig sein könne, weil diese Tätigkeit mit erheblicher und regelmässiger Hautbelastung verbunden sei. Durch das Tragen von Schutzhandschuhen könne diese Belastung zwar in gewissem, aber nicht ausreichendem Umfang vermieden werden. Eine der Behinderung optimal angepasste Tätigkeit müsse frei von Kontakt mit hautbelastenden Stoffen sein, d.h. kein Kontakt zu Reinigungsmitteln, Desinfektionsmitteln, Säuren oder Laugen sowie längerer Feuchtarbeit. Eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sei nicht gegeben, d.h. der Beschwerdeführerin sei eine solche Tätigkeit in einem vollen Pensum zumutbar.

Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin heute bei voller Gesundheit einer ausserhäuslichen Tätigkeit im Ausmass von 70 % nachgehen würde. Entsprechend würden 30 % in den Aufgabenbereich Haushalt fallen. Unter Anwendung der gemischten Bemessungsmethode errechne sich aus den beiden Bereichen (ausserhäusliche Tätigkeit / Haushalt) ein Gesamtinvaliditätsgrad von 5 % im Jahr 2014 und aktuell von 15 %. Ein Rentenanspruch sei somit nicht entstanden.

Gemäss aktueller Berechnung bestehe im ausserhäuslichen Bereich eine Einschränkung von 11 % (gerundet). Es sei davon auszugehen, dass sich die Einschränkung im Bereich der Haushaltstätigkeiten eher reduziert habe (weniger als 4.5 %).

Bei einem Haushalt-Anteil von 30 % vermöchten auch Einschränkungen in einem ausserordentlich hohen Ausmass keine Rente zu begründen. Entsprechend könne auf eine Haushaltsabklärung verzichtet werden. Für Einzelheiten werde auf den Situationsbericht vom 24. Juli 2019 verwiesen, der einen festen Bestandteil dieses Entscheides bilde.

4.2 Die Beschwerdeführerin lässt dem in ihrer Beschwerdeschrift vom 13. August 2020 (A.S. 10 ff.) entgegenhalten, die vorhandenen psychiatrischen Akten erlaubten weiterhin keine schlüssige Beurteilung im Lichte der nun massgeblichen Beurteilungskriterien. So vermittele die vom durch die Begutachtungsstelle E. ___ beigezogenen psychiatrischen Teilgutachter Dr. med. F. ___ diagnostizierte «leichte, angeblich weitgehend remittierte Angst- und depressive Störung, gemischt, nach ICD-10 F41.2» immerhin ein psychisches Störungsbild, welches den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage (sog. «Päus-BonoG») zugerechnet werden könne. Zumindest sei bei der widersprüchlichen Aktenlage ein solches Beschwerdebild nicht auszuschliessen. Indem sich die Beschwerdegegnerin geweigert habe,

die bundesgerichtlich verlangte Indikatorenprüfung im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens durchzuführen, habe sie Art. 97 Abs. 1 BGG (Bundesgesetz über das Bundesgericht, SR 173.110) verletzt (A.S. 26). Gemäss BGE 141 V 281 sei bei der sog. Indikatorenprüfung im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens auch und besonders den Resultaten der beruflichen Eingliederung Rechnung zu tragen (E. 4.3.1.2; A.S. 27). Die Beschwerdegegnerin hätte deshalb vor der Begutachtung, spätestens aber vor der Indikatorenprüfung berufliche Integrationsmassnahmen durchführen, mindestens aber deren Resultate abwarten müssen (A.S. 29). Sie hätte daher zumindest die Ergebnisse des laufenden Eingliederungsprozesses bei der G.____ abwarten müssen. Dies habe sie aber nicht getan. Die so erfolgte Verletzung der Eingliederungspflicht durch die Beschwerdegegnerin müsse im vorliegenden gerichtlichen Beschwerdeverfahren ausserhalb der von der IV-Verwaltung einseitig gesammelten Akten evaluiert werden. Damit dränge sich eine gerichtliche Befragung derjenigen Personen auf, welche die Beschwerdeführerin auf ihrem Eingliederungsweg unterstützt hätten. Dabei handle es sich um die Eingliederungsfachfrau J.____ und um Herrn K.____, Fürsprecher, der im Namen der Rechtsschutzversicherung Kostengutsprache für die Eingliederungsmassnahmen erteilt habe. Auch sei das vorliegende Beschwerdeverfahren bis zum Vorliegen der Erkenntnisse der laufenden berufspraktischen Erprobung der Beschwerdeführerin bei der G.____ zu sistieren, andernfalls die dort gewonnenen Erkenntnisse im Beschwerdeverfahren im Rahmen der Indikatorenprüfung nicht berücksichtigt werden könnten (A.S. 31).

Auf das Gutachten der Gutachterstelle E.____ könne auch inhaltlich nicht abgestellt werden. So fehle es im psychiatrischen Teilgutachten vom 8. Juli 2019 an einer inhaltlichen Auseinandersetzung mit den klassifikatorischen Vorgaben gemäss der vom Gutachter selber diagnostizierten leichten, weitgehend remittierten Angst- und depressiven Störung, gemischt nach ICD-10 F41.2 (vgl. S. 198 des Gutachtens) und der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, was vom Versicherungsgericht im Urteil vom 7. November 2017 bereits als mangelhaft deklariert worden sei und zur Kassierung des Gutachtens der Gutachterstelle C.____ geführt habe. Der Gutachter Dr. med. F.____ habe auch die Adoleszenz-Kriterien nach ICD-10 einer Persönlichkeitsstörung nach F60 falsch zitiert und damit einen schweren Diagnosefehler begangen (A.S. 32). In diesem Zusammenhang habe er auch die durch Frau I.____ im Bericht vom 2. April 2018 diagnostizierte kombinierte Persönlichkeitsstörung in Abrede gestellt. Der Psychiater habe sich denn auch nicht mit der durch die behandelnde Psychiaterin benannten Bedingung auseinandergesetzt (A.S. 33 f.). Dr. med. F.____ habe in seiner Stellungnahme vom 6. März 2019 zudem nicht die Wahrheit geschrieben, was durch die Tonaufnahmen vom 25. Februar 2019 klar belegt sei. Er sei zu diesen offensichtlich falschen Aussagen zu befragen. Dr. med. F.____ verwende zudem stereotype Leerformeln, die nicht zu überzeugen vermöchten (A.S. 35). Es finde keine inhaltliche Auseinandersetzung mit den durch den Gutachter festgestellten Befunden statt, wonach die Beschwerdeführerin auf den Gutachter «latent gereizt und angespannt wirke», Ein- und Durchschlafstörungen habe, eine rasche Ablenkbarkeit, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie Angstzustände und Alpträume vorhanden seien (A.S. 37). Zudem fehlten die Unterschriften der Gutachter und der Nachweis einer elektronischen Signatur, womit das Gutachten auch formell nicht zu überzeugen vermöge. Weiter habe die Beschwerdegegnerin die vom Versicherungsgericht mit Urteil vom 7. November 2017 angeordnete neue Haushaltsabklärung nicht vorgenommen (A.S. 47 f.). Frau D.____ habe auch gar nicht zum Gutachten der Gutachterstelle E.____ vom 8. Juli 2019 Stellung nehmen können, obwohl das Versicherungsgericht dies gefordert habe. Die Beschwerdeführerin

habe mit dem angestrebten 80 bis 100%-Pensum bei der G.____ auch dokumentiert, dass sie im Gesundheitsfall tatsächlich 100 % arbeiten würde. Bereits nach dem 1. März 2010 habe sie versucht, im Wunschkpensum von 90 % Fuss zu fassen. Daher dürfe die gemischte Methode nicht angewendet werden.

E. 4

Es sei gerichtlich eine protokollarische Befragung der Beschwerdeführerin, ihres Ehemannes und ihrer Töchter zur Frage der häuslichen und ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit und zur Einschränkung im Haushalt durchzuführen (Beweisgegenstand: gerichtlich geforderte Haushaltabklärung).

E. 5

5.1 Mit dem Urteil VSBES.2016.175 vom 7. November 2017 (IV-Nr. 95 S. 5 ff.) hat das Versicherungsgericht die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die damaligen Erwägungen sind für das Gericht im vorliegenden Verfahren verbindlich, soweit der damals zu beurteilende Zeitraum bis zur Verfügung vom 19. Mai 2016 betroffen ist. Sie enthalten insbesondere die folgenden Festlegungen:

5.1.1 In E. II. 8.1 prüfte das Gericht den Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens der C.____ vom 23. März 2015. Es gelangte zum Ergebnis, das rheumatologische und das neurologische Teilgutachten würden den Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme gerecht. Demgegenüber vermöchten das dermatologische und das psychiatrische Teilgutachten nicht vollständig zu überzeugen. Deshalb seien ergänzende medizinische Abklärungen erforderlich (vgl. E. II. 8.2 des Urteils vom 7. November 2017). Weiter führte das Gericht aus (E. II. 9), da die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführer noch nicht abschliessend und umfassend abgeklärt worden sei, könnte auch nicht auf den Abklärungsbericht Haushalt vom 1. Oktober 2015 abgestellt werden. Da der von der Beschwerdegegnerin angenommene Status (Erwerbstätigkeit 70 %, Aufgabenbereich 30 %) zu bestätigen sei, werde die Beschwerdegegnerin nach Vorliegen der Ergebnisse der ergänzenden medizinischen Abklärungen auch eine neue Haushaltsabklärung durchzuführen haben (E. II. 9.5.3 des Urteils vom 7. November 2017).

5.1.2 Zusammenfassend hielt das Versicherungsgericht in seinem Urteil VSBES.2016.175 vom 7. November 2017 fest, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei noch nicht umfassend abgeklärt und aufgrund des bis zum Verfügungszeitpunkt vom 19. Mai 2016 festgestellten Status (70 % ausserhäusliche Erwerbstätigkeit, 30 % Haushalt / Kinderbetreuung) sei bei der Berechnung des IV-Grades die gemischte Methode anzuwenden. Folglich wurde die Beschwerdegegnerin damit beauftragt, nach dem Vorliegen der Ergebnisse ergänzender medizinischer Abklärungen auch eine neue Haushaltabklärung durchzuführen.

5.2 Es stellt sich zunächst die Frage, ob die Beschwerdegegnerin dem ihr mit Urteil VSBES.2016.175 vom 7. November 2017 durch das Versicherungsgericht erteilten Auftrag nachgekommen ist:

5.2.1 Nach dem Vorliegen des Urteils nahm die Beschwerdegegnerin zunächst Berichte des dermatologischen Spezialarztes Prof. Dr. med. L.____, Leiter Allergologie, Spital M.____, vom 13. Februar 2018 (IV-Nr. 103 S. 1 ff.), der Hausärztin Dr. med. N.____, Allgemeinärztin FMH, vom 1. März 2018 (IV-Nr. 105) und der behandelnden Psychiaterin pract. med. I.____ vom 2. April 2018 (IV-Nr. 109) zu den Akten. Aufgrund der

anschliessend eingeholten Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. B.____ vom 7. Mai 2018 (IV-Nr. 113 S. 2) gab die Beschwerdegegnerin ein erneutes polydisziplinäres Gutachten in Auftrag, welches der Gutachterstelle E.____ zugeteilt und durch diese am 8. Juli 2019 erstattet wurde (IV-Nr. 162). Daraufhin bat die Beschwerdegegnerin die Abklärungsfachfrau D.____ um einen Situationsbericht, wobei sie auf den im Gerichtsurteil VSBES.2016.175 vom 7. November 2017 erwähnten neuen Haushaltabklärungsbericht hinwies (IV-Nr. 167 S. 1). Im Situationsbericht vom 24. Juli 2019 führte die Abklärungsfachfrau D.____ aus, es könne auf eine Haushaltsabklärung an Ort und Stelle verzichtet werden (IV-Nr. 167 S. 2 f.). Es sei davon auszugehen, dass sich die Einschränkungen im Bereich der Haushaltstätigkeit eher reduziert hätten (weniger als 4.5 %). Bei einem Haushalt-Anteil von 30 % vermöchten auch Einschränkungen in einem ausserordentlich hohen Ausmass keine Rente zu begründen. Daran hielt die Abklärungsfachfrau sodann auch in ihrer Stellungnahme zum Einwand vom 11. Mai 2020 (IV-Nr. 198) fest, wobei sie ergänzend ausführte, dass sich die Lebenssituation der Beschwerdeführerin seit dem Gerichtsurteil vom 7. November 2017 nicht verändert habe und daher am im entsprechenden Urteil erhobenen Status (70 % ausserhäuslich erwerbstätig; 30 % im Haushalt tätig) festgehalten werden könne.

5.2.2 Die Beschwerdegegnerin hat somit nach dem Vorliegen des Urteils des Versicherungsgerichts VSBES.2016.175 vom 7. November 2017 weitere medizinische Akten eingeholt und eine neue polydisziplinäre Begutachtung veranlasst. Zudem erging nach dem Vorliegen der medizinischen Abklärungen ein Auftrag an die Abklärungsfachfrau D.____. Deren Situationsbericht vom 24. Juli 2019 basiert nicht auf einer neuen Abklärung vor Ort. Die Abklärungsfachperson begründet dies damit, dass sich der Status nicht verändert habe und die Einschränkungen im Haushalt angesichts der neuen medizinischen Aktenlage eher geringer einzuschätzen wären. Diese Überlegungen sind, sollten sie zutreffen, grundsätzlich geeignet, den Verzicht auf eine Abklärung vor Ort zu begründen. Es kann somit nicht gesagt werden, die Beschwerdegegnerin habe die Vorgaben des Rückweisungsurteils verletzt. Ob die Einschätzung der Abklärungsfachfrau korrekt war, wird noch zu prüfen sein. Es ist aber festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin den ihr durch das Versicherungsgericht mit Urteil VSBES.2016.175 vom 7. November 2017 auferlegten Verpflichtungen nachgekommen ist, ohne dass bereits an dieser Stelle zu prüfen wäre, ob ihr Vorgehen auch inhaltlich zu überzeugen vermag.

6. Für die Beurteilung der Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin sind im Wesentlichen die folgenden Unterlagen relevant:

6.1 Prof. Dr. med. K.____, Leitender Arzt, M.____, Dermatologie -Allergologie, hielt im Bericht vom 22. Mai 2013 (IV-Nr. 23 S. 14 f.) folgende Diagnosen fest:

Verdacht auf chronisch-irritatives Handekzem

Die Beschwerdeführerin übe etwa seit zehn Jahren eine berufliche Tätigkeit in der Krankenpflege aus. Vor etwa sechs Jahren sei es erstmalig zu einem passageren Auftreten von Hautveränderungen an den Händen gekommen. Seit über einem Jahr seien jedoch erneut Hautveränderungen aufgetreten, die in den Ferien (etwa 14 Tage) komplett abgeheilt seien. Während dieser Zeit habe sie auch keine Hausarbeiten durchgeführt. Auch nach einem Wechsel von Latex- auf Vinyl-Handschuhe habe es keine Befundverbesserung gegeben. Die Hautveränderungen sprächen gut auf eine Lokaltherapie mit Elocrom-Crème an, die aber anfangs zu einem Brennen der Haut führe, nach Absetzen trete jedoch rasch

wieder ein Rezidiv ein. Sie verwende als Hautschutz ein im O.____ vorhandenes Präparat. Besondere Triggerfaktoren beruflicher oder ausserberuflicher Art würden verneint. Die jetzt durchgeführte allergologische Untersuchung mit potenziell relevanten Kontakt-Allergenen habe keinen Hinweis auf eine Sensibilisierung ergeben. Trotz der anamnestic raschen Abheilung nach der Unterbrechung der beruflichen Tätigkeit scheine danach doch ein irritatives Handekzem vorzuliegen. Dafür spreche auch der Wechsel von Latex- zu Vinyl-Handschuhen, da erstere gelegentlich, letztere aber keine Thiurame enthielten. Da es unter Anwendung der Elocom-Salbe zu keiner erkennbaren Besserung des Befundes gekommen sei, werde die Fortsetzung der Therapie unter nächtlichen Okklusivverbänden sowie die konsequente Anwendung von Excipial Protect empfohlen. Wieder auftretende Rhagaden könnten mit Urgo-Direkt behandelt werden.

6.2 Im ärztlichen Zwischenbericht vom 18. September 2013 (IV-Nr. 19.12 S. 18) diagnostizierte Dr. med. O.____, Allgemeinmedizin FMH / Homöopathie SVHA, ein HWS-Distorsionstrauma vom 8. September 2013. Im Verlauf seien Nacken- und Kopfschmerzen aufgetreten. Gegenwärtig werde mit Physiotherapie, NSAR und Halskragen behandelt. Seit dem 8. September 2013 bis unklar bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

6.3 Nach der Konsultation vom 8. Januar 2014 erklärte Dr. med. P.____, Interventionelle Schmerzdiagnostik und Therapie, Klinik [...], [...] (IV-Nr. 23 S. 13), es sei eine MRI der Wirbelsäule durchgeführt worden. Im lumbalen Bereich bestehe eine Osteochondrose L5/S1. Im oberen BWS-Bereich seien klare Liquorflussartefakte gegeben. Die Beschwerdeführerin sei beim Neurologen Dr. med. Q.____ für eine Beurteilung angemeldet worden.

6.4 Dr. med. R.____, Facharzt FMH für Neurologie, Klinik T.____, hielt anlässlich der Untersuchungen vom 13. und 17. Januar 2014 im Bericht vom 27. Januar 2014 (IV-Nr. 23 S. 6 f.) folgende Beurteilung fest: Zunächst einmal finde er in der neurologischen Untersuchung normale Befunde, er habe keine Anhaltspunkte für eine cervicale radikuläre Schädigung oder eine Halsmarkschädigung. Auch im Zusammenhang mit den auffälligen Strukturen im Spinalkanal zeigten sich keine Zeichen von Seiten des Brust- und Lendenmarks. Die Veränderungen, die in der MR erkannt worden seien, seien einerseits als Flussartefakte zu interpretieren, andererseits bestehe eine venöse Anomalie, die jedoch von keinerlei pathologischer Bedeutung sei. Insgesamt könne er eine traumatische Schädigung oder andere Beeinträchtigung von Rückenmark oder Nervenwurzel nicht nachweisen.

6.5 Dr. med. P.____ führte im Bericht vom 14. Februar 2014 (IV-Nr. 23 S. 7) aus, es sei in der Zwischenzeit die gründliche neurologische Abklärung durchgeführt worden und im cervicalen Bereich habe keine Pathologie bestätigt werden können. Die Liquorpunktion sei durchgeführt worden. Es sei anschliessend leider zu einem vorübergehenden Hypoliquorrhoesyndrom gekommen. Dieses habe sich bereits weitgehend normalisiert. Die Indikation für die Infiltrationen im HWS-Bereich habe nicht gestört [wohl: gestellt] werden können. Im LWS-Bereich zeige sich eine Osteochondrose mit kleiner Hernierung L5/S1. Aktuell jedoch asymptomatisch. Klinisch verspüre die Beschwerdeführerin weiterhin massive bewegungs- und belastungsabhängige Nackenschmerzen. Die medikamentöse Therapie mit Zaldiar habe eine gewisse Schmerzreduktion gebracht, jedoch verspüre sie starke Nebenwirkungen wie Schwindel und Konzentrationsstörungen. Somit könne die Rückkehr in den Arbeitsprozess noch nicht durchgeführt werden. Eine konsequente konservative Therapie in stationären Bedingungen sollte diskutiert werden.

6.6 Im Arztbericht vom 9. April 2014 (IV-Nr. 23 S. 1 ff.) wies Dr. med. O.____ folgende Diagnosen aus:

Die Beschwerdeführerin sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Pflegehilfe ab August 2013 bis andauernd zu 100 % arbeitsunfähig. Ihr Gesundheitszustand sei stationär. Sie sei bei den alltäglichen Lebensverrichtungen auf Hilfe von Drittpersonen angewiesen. So müssten die Mutter, der Ehemann und die Schwiegermutter seit Beginn der Schmerzen helfen. Die gesundheitliche Störung wirke sich bei der bisherigen Tätigkeit durch Rückenschmerzen (massiv schmerzbedingt eingeschränkte Beweglichkeit und Verlust der Kraft in den oberen Extremitäten) und ein massives Ekzem an beiden ganzen Hände mit Rissen, Blutungen, Wundwasser nach Kontakt mit Desinfektionsmittel, aus. Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar. Es seien ihr auch keine anderen Tätigkeiten zumutbar. Sie könne nicht einmal den eigenen Haushalt machen.

6.7 Im Arztbericht vom 27. Mai 2014 (IV-Nr. 25) bestätigte der Dermatologe Prof. Dr. med. K.____ die Diagnose «Verdacht auf chronisches irritatives Handekzem» (vgl. E. II. 6.1 hiervor). Die Beschwerdeführerin sei in der Tätigkeit in der Krankenpflege ab 27. August 2013 bis heute 100 % arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig und die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Die Arbeitsfähigkeit könne im bisherigen Tätigkeitsbereich durch konsequenten Hautschutz verbessert werden. Es sei noch nicht absehbar, wie sich diese Massnahmen auf die Arbeitsfähigkeit auswirken werden. Aktuell seien alle Tätigkeiten ohne mechanische oder chemische Hautbelastung der Hände zumutbar, wobei diese aktuell für vier Stunden pro Tag ausgeübt werden könnten. Es bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit.

6.8 Im polydisziplinären Gutachten der Gutachterstelle C.____ (Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie, Neurologie und Dermatologie) vom 23. März 2015 (IV-Nr. 46.1) wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten (S. 21):

1.Chronisches irritativ-toxisches Handekzem mit kontaktallergischer Komponente (ICD-10 L24.8)

2.Typ IV Sensibilisierung auf Thiuram Mix (ICD-10 L23.8)

Folgende Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1.Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

2.Status nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma vom 8. September 2013(ICD-10 S13.5)

3.Zustand nach Liquorunterdrucksyndrom bei Zustand nach Myelographie (ICD-10 G97.0)

Aus polydisziplinärer Sicht bestehe in der angestammten und in jeder anderen Tätigkeit mit Kontakt zu sensibilisierenden bzw. reizenden Stoffen und bei Feuchtarbeiten keine Arbeitsfähigkeit. Für diesbezüglich angepasste Tätigkeiten betrage die Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit mindestens 50 %. Im Haushalt, wo ungeeignete Tätigkeiten von der Familie übernommen werden könnten, bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % (S. 22).

Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten gingen die Gutachter davon aus, dass direkt nach dem HWS-Distorsionstrauma im September 2013 eine befristete

100%ige Arbeitsunfähigkeit während circa drei Monaten angenommen werden könne. Nachfolgend müsse von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in geeigneten Tätigkeiten ausgegangen werden. In der angestammten Tätigkeit bestehe aufgrund der Unterlagen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit August 2013 (S. 22 f.).

Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei grundsätzlich besserungsfähig. Aus dermatologischer Sicht empfehle sich weiterhin eine intensive dermatologische Betreuung sowie das strikte Meiden jeglicher irritierender bzw. sensibilisierender Substanzen. Bei Persistenz empfehle sich eine stationäre Behandlung mit Gewährleistung der optimalen Therapiekontrolle und Verhinderung von Artefakten. Gegebenenfalls müsste die Situation in einem Jahr aus dermatologischer Sicht erneut evaluiert werden. Ansonsten könnten aus somatischer Sicht keine Therapievorschlüsse gemacht werden. Aus psychiatrischer Sicht sei die Behandlung der Schlafstörung mit einem nicht abhängig machenden, schmerzmodulierenden Antidepressivum wie z.B. Remeron zu empfehlen.

Berufliche Massnahmen seien aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung kaum durchführbar und könnten deshalb nicht empfohlen werden (S. 23).

6.9 Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 18. Mai 2015 (IV-Nr. 52 S. 2 f.) fest, auf das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle C.____ vom 23. März 2015 könne abgestellt werden.

6.10 Im Austrittsbericht der Klinik H.____, [...], vom 12. August 2015 (IV-Nr. 76) über die stationäre Behandlung vom 2. bis 30. Juli 2015 nennen die Psychologin U.____ sowie Dr. med. V.____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, und Dr. med. W.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin, als Hauptdiagnose eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1). Nebendiagnosen seien eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1); Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet; Zervikothorakalbereich (ICD-10 M54.93, nach Autounfall im September 2013; Dermatitis, nicht näher bezeichnet (ICD-10 L30.9) sowie eine mittlere Schmerzchronifizierung Stadium II nach Gerbershagen.

Zur Lebensgeschichte wird ausgeführt, der Vater der Beschwerdeführerin sei ca. 1982 in die Schweiz gekommen und habe beim Ausbruch des Krieges die Familie nachgeholt. Die Beschwerdeführerin sei damals sechsjährig gewesen. Sie lebe seither in der Schweiz. Bis zum Unfall habe sie zu 70 % als Pflegehelferin in der Alterspflege gearbeitet; sie habe sich mit Mann ab mit der Kinderbetreuung und den Arbeitsschichten abgewechselt. Seit einem Unfall im September 2013 leide sie unter sehr starken Schmerzen, welche bisher auf keinerlei Intervention angesprochen hätten. Seit Juli 2014 bestehe eine zusätzliche psychiatrische Behandlung wegen zunehmender Schlafstörung, depressiver Symptomatik, Albträumen und wiederkehrender Bilder des Unfalls. Im Mai 2014 habe die Beschwerdeführerin die Arbeitsstelle verloren, im März 2015 hätten die Taggeld- und Unfallversicherung die Leistungen eingestellt. Die depressive und die Schmerzsymptomatik persistierten, eine stationäre Intervention sei notwendig (S. 2). Die Beschwerdeführerin sei mit grosser Erschöpfung aufgrund der Schmerzen, den Schlafschwierigkeiten und dem ungewissen Schmerzverlauf eingetreten. Im Verlauf habe sich gezeigt, dass Konflikte mit der Verwandtschaft in [...] sie sehr beschäftigten. Sie habe Erschrockenheit darüber gefühlt, dass ihr die Themen noch so nahe gewesen seien, und auch stark den Wunsch gehegt, die Vergangenheit loszulassen und ruhen zu lassen. Auch in ihren Träumen zeigten sich die

Konflikthalte, sie habe sich in der Verteidigung und im Kampf um ihre eigene Familie und ihre Finanzen erlebt. Der immer gleiche Albtraum, den sie nahezu jede Nacht erlebt habe (es sei Nacht, sie sei am Laufen, jemand greife sie von hinten an und wolle ihr die Kinder wegnehmen), zeige deutlich traumatische Inhalte auf. Die Beschwerdeführerin habe von den Spezialtherapien profitiert (S. 3). Sie habe in Bezug auf die somatische Therapie vom multimodalen Physiotherapieprogramm profitiert. Die Körperwahrnehmung habe deutlich verbessert werden können. In der Schmerzgruppe seien Strategien zur Verbesserung des Umgangs mit den Schmerzen erlernt worden. Die Zusammenhänge zwischen Psyche und Schmerzen seien für die Beschwerdeführerin deutlicher geworden. Ansonsten seien während des Aufenthalts keine behandlungsbedürftigen somatischen Erkrankungen aufgetreten. Die Beschwerdeführerin sei während des Aufenthalts 100 % arbeitsunfähig gewesen und arbeitsunfähig entlassen worden (S. 4).

6.11 Der RAD-Arzt Dr. med. B.____ hielt in seiner Aktennotiz vom 6. August 2015 (IV-Nr. 55) fest, eine abschliessende Beurteilung anhand des polydisziplinären Gutachtens vom 23. März 2015 (vgl. E. II. 6.8 hiervor) sei möglich. IV-relevant sei das rein dermatologische, also somatische Problem (chronisch irritativ-toxisches Handekzem mit allergischer Komponente), das zu einer Arbeitsunfähigkeit ab August 2013 geführt habe. Das zwischenzeitlich am 8. September 2013 aufgetretene kraniozervikale Beschleunigungstrauma habe die Beschwerdeführerin nur während drei Monaten eingeschränkt. Damals sei sie aber bereits wegen des Handekzems ganz arbeitsunfähig gewesen. Auf die Stellungnahme des RAD vom 18. Mai 2015 (vgl. E. II. 6.9 hiervor) könne unverändert abgestellt werden.

6.12 Die Abklärungsfachfrau I.____ hielt im Abklärungsbericht Haushalt vom 1. Oktober 2015 (IV-Nr. 61) fest, unter Berücksichtigung der Akten und des Gesprächs vor Ort sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Einschränkungen weiterhin in einem ausserhäuslichen Arbeitspensum von 70 % arbeiten würde und zu 30 % im Haushalt tätig wäre. Demzufolge komme zur Ermittlung des Invaliditätsgrades die gemischte Bemessungsmethode zur Anwendung. Aus medizinischer Sicht bestehe für eine angepasste Verweistätigkeit eine Erwerbsfähigkeit von 50 %. Bei einem ausserhäuslichen Anteil von 70 % und einer Einschränkung von 42 % ergebe sich ein Behinderungsgrad von 29,4 %. Im Aufgabenbereich Haushalt sei unter Berücksichtigung der medizinischen Akten und der Abklärung vor Ort eine Einschränkung von 15 % erhoben worden; bei einem Anteil von 30 % ergebe sich ein Behinderungsgrad von 4,5 %. Unter Anwendung der gemischten Bemessungsmethode resultiere letztlich ein Gesamtinvaliditätsgrad von 34 % (gerundet). Da der Invaliditätsgrad unter 40 % liege, bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente (S. 10).

6.13 Dr. med. B.____, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 1. Februar 2016 (IV-Nr. 78 S. 2 f.) fest, im Austrittsbericht der Klinik H.____, [...], vom 12. August 2015 (vgl. E. II. 6.10 hiervor) werde eine erhebliche psychosoziale Belastung geschildert. Die Angaben zur Anamnese und die aufgeführten Befunde liessen hingegen weder eine PTBS [posttraumatische Belastungsstörung] als wahrscheinlich erscheinen noch eine mittelgradig ausgeprägte Depression nachvollziehen. Im Vordergrund schienen eher ängstliche Anteile zu stehen. Die erwähnten depressiven Symptome entsprächen einer leichten Episode. Passend zur eher leichten Symptomatik, wie sie fast gleichlautend auch schon der psychiatrische Gutachter im Rahmen der Beurteilung der Gutachterstelle C.____ festgehalten habe, sei während des Klinikaufenthalts auch lediglich eine niedrig dosierte Medikation

installiert worden. Hier stünde bei Bedarf ein grosses Reservepotential zur Verfügung. Den eingereichten medizinischen Unterlagen, besonders dem Austrittsbericht der Klinik H.____ vom 12. August 2015, könnten keine Anhaltspunkte entnommen werden, die eine andere Arbeitsunfähigkeit als die vom RAD in der Stellungnahme vom 18. Mai 2015 (vgl. E. II. 6.9 hiervor) angenommene begründen könnten. Die beschriebene Symptomatik sei weitgehend die gleiche. Es werde zwar eine neue Diagnose gestellt, doch werde hier der bekannte Sachverhalt lediglich bezüglich der möglichen Ätiologie anders beurteilt. Eine entsprechende therapeutische Konsequenz sei jedoch soweit ersichtlich nicht gezogen worden. Eine weitere medizinische Begutachtung sei nicht angezeigt.

6.14 Im Austrittsbericht der Klinik X.____ vom 19. Mai 2016 (IV-Nr. 92 S. 10 ■ 13) hielten PD Dr. med. Y.____, Chefarzt Neurologie, und lic. phil. Z.____, Leitende Neuropsychologin, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, in Bezug auf die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 25. April bis 21. Mai 2016 folgende Diagnosen fest:

–Status nach HWS-Distorsion am 8. September 2013 mit chronischen Kopf- und Nackenschmerzen

–Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung

–Chronisches Kontaktekzem

Der Eintritt mit den oben genannten Diagnosen sei zur stationären Neurorehabilitation erfolgt. Beim Eintritt habe sich die Beschwerdeführerin in einem guten Allgemein- und Ernährungszustand präsentiert, sei allseits orientiert und kardio-pulmonal kompensiert gewesen. Sie habe über chronische Kopf- und Nackenschmerzen berichtet und sei frei mobil gewesen. Ziele des Rehabilitationsaufenthaltes der Beschwerdeführerin seien eine Verbesserung der Schmerzsymptomatik und eine Rekonditionierung gewesen. Sie habe am Therapieprogramm regelmässig und motiviert teilgenommen und gute Fortschritte erzielen können. Die Schmerzintensität habe durch die Therapien deutlich reduziert werden können. Während des Aufenthalts sei die Schmerzindikation angepasst worden: Es sei eine Behandlung mit Lyrica 25 mg / d begonnen worden. Am 21. Mai 2016 habe die Beschwerdeführerin nach komplikationslosem Therapieverlauf in einem deutlich gebesserten Zustand nach Hause entlassen werden können.

6.15 Der behandelnde Dermatologe Prof. Dr. med. L.____ hielt in seinem Arztbericht vom 13. Februar 2018 (IV-Nr. 103) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest:

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Altenpflegerin bestehe seit 2013 bis anhaltend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig / gebessert. Anamnese: stabiler Hautbefund mit leichten Ekzemzeichen. Erhobene Befunde: umschriebene Erytheme mit leichten Rhagaden. Die Prognose sei langfristig bei chronischem Verlauf nicht sicher abzuschätzen. Bisher seien aufgrund des Hautzustandes Tätigkeiten in der Kranken- / Altenpflege nicht möglich gewesen. Alle potentiell hautschädigenden Tätigkeiten müssten bis auf weiteres unterlassen werden. Die Arbeitsfähigkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich könne nicht verbessert werden. Der Beschwerdeführerin zumutbar seien Tätigkeiten ohne potentielle Hautirritation, wie Büroarbeiten. Solche Arbeiten wären der Beschwerdeführerin in einem zeitlichen Rahmen von 8 Stunden pro Tag zumutbar.

6.16 Dr. med. N.____ führte in ihrem Arztbericht vom 1. März 2018 (IV-Nr. 105) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf:

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Pflegehilfe sei die Beschwerdeführerin von August 2013 bis März 2015 zu 100 % und von März 2015 bis andauernd zu 50 % arbeitsunfähig gewesen. Der Gesundheitszustand sei stationär. Die Befunde seien bei Prof. Dr. med. L.____ zu erfragen. Mit dem Kontaktekzem sei es der Beschwerdeführerin unmöglich, auf dem Pflegeberuf zu arbeiten. Die bisherige Tätigkeit sei ihr nicht mehr zumutbar.

6.17 Die Psychiaterin pract. med. I.____ hielt im Bericht vom 2. April 2018 (IV-Nr. 109) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 6):

Funktionseinschränkungen aus psychiatrischer Sicht: Verminderte Reflexionsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin leide unter therapieresistenten, nicht willentlich überwindbaren psychiatrischen Einschränkungen. Ihre Konzentration und Ausdauer seien sehr stark eingeschränkt. Ihre Aktivitätsspanne sei vermindert (1 bis 2 Stunden maximal). Sie ermüde rasch, sei schnell überlastet, könne auf das Gegenüber nicht mehr eingehen. Körperliche Symptome: Schwindel, Kopf-Nacken-Rückenschmerzen, müsse sich dann zur Reorientierung hinlegen. Dazu kämen motivationale Defizite (depressive Entwicklung).

Die Beschwerdeführerin sei seit mindestens 25. Juni 2014 (1. Konsultation) nicht mehr arbeitsfähig. Zuvor sei sie seit August 2013 krankgeschrieben gewesen.

6.18 Dr. med. B.____, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 7. Mai 2018 (IV-Nr. 113 S. 2) fest, die neu eingeholten Arztberichte ergäben zum Teil wieder neue psychiatrische Diagnosen, andererseits teilweise diskrepante Angaben zur Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit aus somatischer Sicht. Eine umfassende aktuelle Beurteilung aus polydisziplinärer Sicht liege nicht vor. Zur Klärung dränge sich aus Sicht des RAD eine nochmalige polydisziplinäre Begutachtung auf.

6.19 In dem durch den Unfallversicherer in Auftrag gegebenen Gutachten der Gutachterstelle AA.____ vom 13. Dezember 2018 (IV-Nr. 145) stellten PD Dr. med. AB.____, MSc FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation / Rheumatologie, und Dr. med. AC.____, FMH Arbeitsmedizin und Sozial- und Präventivmedizin, folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 14):

Chronisches irritativ-toxisches Handekzem beider Hände (Kontakt-Sensibilisierung gegen Thiurame ohne klinische Relevanz)

Folgende Diagnosen hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Chronische Schmerzstörung, zerviko-spondylogenen und zerviko-cephal betont

Das arbeitsbezogene relevante Problem bestehe in einem ausgeprägten Schmerz- und Schonverhalten der Beschwerdeführerin. So habe sie bei den meisten Tests nicht an ihre funktionelle Belastungsgrenze herangeführt werden können und sich grösstenteils aufgrund von Schwindel und Schmerzen selbst limitiert. Die Schmerzen würden in folgenden Bereichen angegeben: Schulter-Nackenregion rechts; rechtes Handgelenk; Brust- und Lendenwirbelsäule rechts, teilweise mit Ausstrahlungen in das rechte Bein; rechtes Knie. Die Leistungsbereitschaft der Beschwerdeführerin werde als fraglich beurteilt. Die Beobachtungen bei den Tests wiesen auf eine deutliche Selbstlimitierung hin. Die demonstrierte Belastbarkeit liege mindestens im Bereich einer leichten Arbeit. Infolge beobachteter erheblicher Symptomausweitung seien die Resultate der Belastbarkeitstests

für die Beurteilung nicht verwertbar. Es sei davon auszugehen, dass die Klientin bei gutem Effort mehr leisten könnte, als was sie bei den Leistungstests gezeigt habe. Aus rheumatologisch-rehabilitationsmedizinischer Sicht ergäben sich keine Einschränkungen für die Arbeitsfähigkeit als Pflegehelferin. Aus berufsdermatologisch-arbeitsmedizinischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit als Pflegehelferin (und in verwandten Berufen mit wiederholten Expositionen gegenüber Feuchtigkeit, Reinigung-Desinfektions- und Pflegemittel) keine Arbeitsfähigkeit (Arbeitsunfähigkeit 100 %). Aus berufsdermatologisch-arbeitsmedizinischer Sicht sei die Tätigkeit seit Ausstellen der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung durch den Dermatologen im August 2013 zu keinem Zeitpunkt zumutbar gewesen. Aus rheumatologisch-rehabilitationsmedizinischer wie auch aus berufsdermatologisch-arbeitsmedizinischer Sicht sei jegliche mittelschwere Tätigkeit, die die Exposition gegenüber Feuchtigkeit, Reinigung-Desinfektions- und Pflegemittel vermeide, ganztags zumutbar.

6.20 Dr. med. N. ___ hielt in ihrem Schreiben vom 13. Juni 2019 (IV-Nr. 156 S. 3) fest, die Beschwerdeführerin berichte, dass es ihr seit dem Unfall seelisch nicht gut gehe. Sie klage über rasche Erschöpfbarkeit nach 1 bis 1,5 Std. Arbeit; dabei sei sie sehr rasch reizbar und die Konzentration sei deutlich eingeschränkt. Sie sei seit dem Unfall auch häufig traurig, habe keine Freude mehr an Dingen, die ihr früher Freude bereitet hätten (z.B. neue Kleider etc.), auch sei der Antrieb deutlich eingeschränkt und sie müsse sich zu Dingen zwingen. Immerhin seien sich diese Beschwerden im Verlaufe der Zeit am Bessern. Bezüglich der Rückenschmerzen klage sie immer noch über Schmerzen rechtsseitig (HWS, Schulter, Arm, Hand), wenn sie Gewichte tragen müsse, bereits schon ab 3 kg sowie beim Putzen (Schmerzskala 6). Insgesamt hätten die Schmerzen sich seit dem Abakus-Programm (vgl. IV-Nr. 126) deutlich gebessert und sie habe gelernt, mit den Schmerzen umzugehen. Seit dem 1. Januar 2019 sei sie zu 50 % krankgeschrieben in Bezug auf oben genannte Beschwerden.

6.21 Die behandelnde Psychiaterin pract. med. I. ___ hielt im Schreiben an den Vertreter der Beschwerdeführerin vom 3. Juli 2019 (IV-Nr. 161 S. 3) fest, nach wie vor gebe es Residuen einer durchgemachten depressiven Störung (Medikation 20 mg Escitalopram). Die Verminderung der Fähigkeit, Freude zu empfinden, sei noch spürbar, der Antrieb sei noch reduziert, insbesondere sichtbar in schneller Ermüdung. Die Konzentrationsfähigkeit sei noch reduziert. Ein- und Durchschlafstörung würden angegeben. Es sei aus psychiatrischer Sicht schwierig, die Arbeitsfähigkeit anzugeben, sei sie doch massgeblich von den obengenannten Faktoren abhängig, die glaubhaft nicht durch eine verstärkte Willensanstrengung mobilisierbar seien. Um einen Rückfall zu verhindern, werde daher ein IV-gesteuertes Arbeitstraining mit steigender Belastung in einer geeigneten Institution empfohlen.

6.22 Im polydisziplinären Gutachten der Gutachterstelle E. ___ vom 8. Juli 2019 (Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie, IV-Nr. 162) wurde folgende interdisziplinäre Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit ausgewiesen:

Folgende Diagnosen hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Die Hauterkrankung begründe eine qualitative Minderung der Arbeitsfähigkeit (Vermeidung hautbelastender Tätigkeiten wie häufige Exposition mit Nässe oder Reinigungsmitteln). Eine Persönlichkeitsstörung habe sich nicht ICD-10-konform

herausarbeiten lassen. In der bisherigen Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin aus dermatologischer Sicht insgesamt nicht mehr arbeitsfähig. In einer angepassten Tätigkeit wäre ihr indes eine volle Arbeitsfähigkeit zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit in hautbelastenden Tätigkeiten lasse sich nicht verbessern.

6.23 Im Situationsbericht der Abklärungsfachfrau D.____ vom 24. Juli 2019 (IV-Nr. 167) wurde festgehalten, die Berechnung des Invaliditätsgrades aufgrund der Abklärung vom 29. Juli 2015 habe einen Invaliditätsgrad von 34 % ergeben. Gemäss aktueller Berechnung bestehe eine Einschränkung von 11 % im ausserhäuslichen Bereich. Es sei davon auszugehen, dass sich die Einschränkung im Bereich der Haushaltstätigkeiten eher reduziert habe (weniger als 4.5 %). Bei einem Haushalt-Anteil von 30 %, vermöchten auch Einschränkungen in einem ausserordentlichen hohen Ausmass keine Rente zu begründen. Auf eine Haushaltsabklärung an Ort und Stelle könne aus diesem Grund verzichtet werden.

6.24 Dr. med. B.____, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 6. November 2019 (IV-Nr. 179 S. 2 f.) fest, das vorliegende polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle E.____ vom 8. Juli 2019 beruhe auf dem Studium der Akten, die gewürdigt würden, sowie eingehenden Explorationen in den Fachgebieten Innere Medizin, Dermatologie, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie. Die erhobenen Angaben zur Anamnese und die festgestellten objektiven Befunde seien in genügender Ausführlichkeit dokumentiert und würden in der diagnostischen und versicherungsmedizinischen Beurteilung diskutiert. Die Gesamtbeurteilung sei nachvollziehbar dargelegt und in sich schlüssig. Auf das Gutachten könne aus Sicht des RAD vollumfänglich abgestellt werden. Dies auch vor dem Hintergrund, dass bezüglich der somatischen Probleme sowohl im Bericht der Klinik X.____ vom 19. Mai 2016 als auch im Bericht der behandelnden Physiotherapeutin vom 10. Juli 2018 eine erfreuliche Entwicklung aufgezeigt werde, während im Bericht von PD Dr. med. AB.____ vom 1. Dezember 2018 eine ungenügende Leistungsbereitschaft der Beschwerdeführerin und Inkonsistenzen bei der Durchführung der EFL konstatiert worden seien. Bezüglich der psychiatrischen Exploration im Rahmen der aktuellen Begutachtung sei festzuhalten, dass weder in früheren Berichten noch im Verhalten der Beschwerdeführerin in Kontakt mit Dr. med. F.____ Hinweise auf eine Problematik vorhanden seien, die eine Exploration durch einen männlichen Gutachter als relevant nachteilig erscheinen liessen. Bezüglich der Kritik des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin im Schreiben vom 27. August 2019, Punkt 5, bezüglich einer Befangenheit des psychiatrischen Gutachters sei festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin gemäss Beschreibung im Gutachten anfänglich unruhig und leicht gereizt, dann zunehmend entspannter gewirkt habe. Somit scheine der angebliche Konflikt keine anhaltenden, die Exploration relevant beeinträchtigenden Schwierigkeiten bereitet zu haben. Die Diagnose der Persönlichkeitsstörung, wie sie von med. pract. I.____ als einziger Fachperson diagnostiziert werde, sei auch aus Sicht des RAD wenig wahrscheinlich, zumindest aber zu wenig gesichert. Zudem sei darauf hinzuweisen, dass die laufende Behandlung dem psychischen Gesundheitszustand, wie er im psychiatrischen Gutachten festgehalten sei, durchaus angemessen sei, unter Annahme einer wesentlich ausgeprägteren Störung jedoch als klar ungenügend zu taxieren wäre (zu tiefe Sitzungsfrequenz, ungenügende Medikation). Mit dem chronisch irritativen Handekzem liege eine Diagnose vor, welche eine Arbeitsunfähigkeit begründe. In der angestammten Tätigkeit als Pflegehelferin bestehe seit August 2013 aufgrund der dermatologischen Problematik keine Arbeitsfähigkeit mehr. In einer Verweistätigkeit gebe es keine Einschränkung mehr, spätestens seit dem Gutachten

der Gutachterstelle C.____ vom 23. März 2015. Vom 8. September 2013 bis Ende Dezember 2013 habe nach dem kraniozervikalen Beschleunigungstrauma und während späteren Klinikaufenthalten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt.

6.25 Mit Stellungnahme zum Einwand vom 30. März 2020 (IV-Nr. 195 S. 2 f.) hielt Dr. med. B.____, RAD, fest, das umfangreiche Einwandschreiben des Rechtsvertreters vom 4. Februar 2020 kritisiere ausschliesslich die psychiatrische Abklärung und Beurteilung im Gutachten, verlange einerseits das Vorlegen von Zusatzfragen an den psychiatrischen Gutachter, andererseits eine nochmalige psychiatrische Begutachtung, ergänzt durch eine neuropsychologische Abklärung. Es werde moniert, die Diagnostik sei nicht überzeugend dargelegt, die Indikatorenprüfung sei nicht erfolgt, es sei keine neuropsychologische Abklärung der von der Beschwerdeführerin geklagten Konzentrationsstörungen erfolgt. Der psychiatrische Gutachter habe bei der Diagnosestellung nicht alle klassifikatorischen Kriterien der theoretisch in Frage kommenden oder anamnestisch früher gestellten Diagnosen durchgearbeitet, doch könne seiner Diagnosestellung in Anbetracht der festgestellten Symptomatik aus medizinischer Sicht durchaus gefolgt werden. Eine ergänzende neuropsychologische Abklärung mache zudem nur Sinn, wenn Hinweise auf kognitive Einschränkungen erfasst werden könnten, zumal in der Anamnese keine Anhaltspunkte für eine mögliche hirnorganische Läsion zu finden seien. Somit wären allfällige Auffälligkeiten wiederum im Rahmen der psychischen Problematik zu beurteilen. Im Übrigen sei an dieser Stelle auf die Stellungnahme des RAD vom 6. November 2019 (vgl. E. II. 6.24 hiervor) zu verweisen, in der dargelegt werde, weshalb dem Gutachten der Gutachterstelle E.____ aus versicherungsmedizinischer Sicht gefolgt werden könne. Es könne weiterhin auf das Gutachten abgestellt werden. Das Unterbreiten der Ergänzungsfragen an den psychiatrischen Teilgutachter mache wenig Sinn, da dadurch kaum ein relevanter Erkenntnisgewinn resultieren dürfte. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei in Anbetracht der gesamten Aktenlage eine erneute psychiatrische und neuropsychologische Begutachtung nicht erforderlich. Dem Einwand vom 5. Februar 2020 könnten nicht gewisse Anhaltspunkte entnommen werden, die eine andere Arbeitsunfähigkeit rechtfertigten als vom RAD in der Stellungnahme vom 6. November 2019 angenommen.

6.26 Die Abklärungsfachfrau D.____ hielt in ihrer Stellungnahme zum Einwand vom 11. Mai 2019 (IV-Nr. 198) fest, mit dem kantonalen Gerichtsurteil vom 7. November 2017 sei der Entscheid an die Beschwerdeführerin zurückgewiesen worden, für zusätzliche medizinische Abklärungen. Der Status 70 % ausserhäuslich erwerbstätig und zu 30 % im Haushalt tätig, sei vom Gericht gestützt worden. Die Lebenssituation der Beschwerdeführerin habe sich seither nicht verändert, am Status sei festzuhalten. Gemäss der neuen medizinischen Stellungnahme habe sich die gesundheitliche Situation nicht verändert. In einer ausserhäuslichen, angepassten Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei die Einschränkung im Bereich Haushalt heute kleiner als bei der Abklärung vor Ort am 29. Juli 2015. Eine erhöhte Einschränkung wäre medizinisch nicht nachvollziehbar. Bei einem Haushaltanteil von 30 % vermöchten auch Einschränkungen in einem ausserordentlichen hohen Ausmass keine Rente zu begründen (bei der ausserhäuslichen Tätigkeit bestehe eine Einschränkung von 10.9 %). Auf eine Abklärung vor Ort im Bereich der Haushaltstätigkeiten könne verzichtet werden.

7. Es ist zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 24. Juni 2020 zu Recht auf das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle E.____ vom 8. Juli 2019 (vgl. E. II. 6.22 hiervor) abgestellt hat:

7.1 Das von Dr. med. AD.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, Dr. med. AE.____, Dermatologie und Venerologie, Dr. med. S.____, Neurologie FMH, Dr. med. AF.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, und Dr. med. AG.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erstellte polydisziplinäre Gutachten (IV-Nr. 162) wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 3.3 hiervor) gerecht. So wurde die Beschwerdeführerin je einer ausführlichen Exploration unterzogen (S. 27 ff., 62 ff., 97 ff., 137 ff., 175 ff.), wobei auch die geklagten Beschwerden in die gutachterlichen Beurteilungen miteingeflossen sind. Zudem beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen. So wurden am 20. März 2019 eine labormedizinische Untersuchung, ein EKG, eine Spirometrie sowie bildgebende Abklärungen in Form einer MRI HWS und einer MRI LWS durchgeführt (S. 220 ff.). Der psychopathologische Befund wurde nach AMDP erhoben (S. 186 ff.). Wie sich aus dem Aufführen der medizinischen Vorakten ab dem 30. Dezember 2009 (S. 199 ff.) und den jeweiligen Aktenauszügen in den Teilgutachten (S. 12 ff., 48 ff., 83 ff., 123 ff., 161 ff.) ergibt, wurde das Gutachten in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt. Ferner leuchten die Darstellung der medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation ein: So überzeugt die Einschätzung des internistischen Gutachters Dr. med. AD.____, wonach aus rein allgemeininternistischer Sicht keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt und somit keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden könne (S. 40, 43), aufgrund der sich als unauffällig präsentierenden klinischen Befunde, der Laborwerte, des EKG-Befundes und der Spirometrie. Der Gutachter stellte im Rahmen des internistischen Untersuchungsbefundes u.a. fest, die peripheren Gelenke seien ohne Schwellungen, Rötungen oder Druckdolenz, der Bewegungsumfang sei aktiv und passiv grobkursorisch in vollem Umfang erhalten. Bezüglich der Wirbelsäule bestehe keine Skoliose, keine Klopfdolenz, es bestehe indes eine diffuse Druckdolenz der Muskulatur paravertebral der HWS / Schulter und Flanke rechts. Zudem wurden bei der Laboruntersuchung vom 20. März 2019 u.a. ein unauffälliger Urinbefund ohne Nachweis von Drogen und im Rahmen der Spirometrie weder Blockbilder noch ein Hinweis auf Rhythmusstörungen und eine regelrechte Repolarisation festgestellt (S. 39). Da bei der durchgeführten Spirometrie zudem festgehalten wurde, die Beschwerdeführerin habe eingeschränkt mitgearbeitet (S. 40), überzeugt die gutachterliche Beurteilung (S. 41), wonach die festgestellte, reduzierte FEV1 im Rahmen der eingeschränkten Motivation der Beschwerdeführerin zu werten sei. So hätten normale FVC-Werte und keine Obstruktionszeichen pulmonal festgestellt werden können und es sei keine Dyspnoe bei Belastung genannt worden.

Aufgrund des erhobenen dermatologischen Untersuchungsbefundes ist die Diagnosestellung eines «chronisch irritativen Handekzems, ICD-10 L30.0» von Dr. med. AE.____ nachvollziehbar. Mit Blick darauf, dass der behandelnde Dermatologe Prof. Dr. med. L.____ bereits im Bericht vom 22. Mai 2013 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) einen Verdacht auf ein chronisch-irritatives Handekzem geäussert hatte und hatte nachweisen können, dass die Beschwerdeführerin auf Thiurame allergisch sei, erweist sich auch die weitere gutachterliche Diagnosestellung einer «Kontaktallergie auf Thiuram-Mix, ICD-10 L23.0» als schlüssig. Auch die weitere Einschätzung des dermatologischen Experten, wonach das

Ekzem die typischen Kriterien eines irritativen Ekzems durch Befundverschlechterung bei Kontakt zu hautbelastenden Substanzen erfülle, wofür auch die deutliche Verbesserung der Ekzeme nach Aufgabe der hautbelastenden Berufstätigkeit spreche (S. 75), leuchtet ein. So gab die Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung an, seit 2014 nicht mehr als Reinigungskraft erwerbstätig zu sein. Seither hätten sich die Handekzeme hinsichtlich der Häufigkeit der Schübe, nicht jedoch betreffend die Intensität, verbessert (S. 71). In diesem Zusammenhang ist auch die Schlussfolgerung des dermatologischen Gutachters überzeugend, wonach die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Pflegehelferin nicht mehr tätig sein könne, weil diese Tätigkeit mit erheblicher und regelmässiger Hautbelastung verbunden sei. So könne das Tragen von Handschuhen diese Belastung zwar in gewissem, aber nicht ausreichendem Umfang vermindern, weil einerseits Schutzhandschuhe bei längerem Tragen durch ihren okklusiven Effekt selbst hautirritierend wirkten und weil andererseits als Pflegehelferin aus hygienischen Gründen regelmässiges Waschen und Desinfizieren der Hände unabdingbar sei. Einleuchtend ist auch die weitere Einschätzung von Dr. med. AE.____, wonach die Beschwerdeführerin in einer der Behinderung optimal angepasste Tätigkeit, die frei von Kontakt mit hautbelastenden Stoffen sein müsse (ohne Kontakt zu Reinigungsmitteln, Desinfektionsmitteln, Säuren, Laugen oder längere Feuchtarbeit), zu 100 % arbeitsfähig sei (S. 78).

Der neurologische Gutachter Dr. med. S.____ hielt aufgrund der durchgeführten Untersuchungen u.a. fest (S. 113), es sei eine vermeintlich eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule auffällig, wobei jedoch das Ausmass der demonstrierten Bewegungseinschränkung bei wiederholter Prüfung wechselnd sei und nicht mit der ungestört wirkenden Beweglichkeit des Kopfes korreliere. Diese Einschätzung überzeugt, da im Rahmen der Untersuchung zum einen festgehalten wurde, die Kopfbewegung der Beschwerdeführerin beim selbständigen Aus- und Ankleiden wirke ungestört und es seien keine Schonhaltungen eingenommen worden. Zum anderen konnten bei der Untersuchung des Kopfes / der Halswirbelsäule eine leicht eingeschränkte Kopfanteflexion sowie eine eingeschränkte Kopffrotation nach links und eine Kopflateralflexion beidseitig in der formalen Prüfung mit aktivem Gegenspannen der Beschwerdeführerin erhoben werden. Bei wiederholter Prüfung war laut dem Gutachter ein wechselndes Ausmass der Bewegungseinschränkung feststellbar. Es seien jedoch weder ein radikulärer Schmerz auslösbar noch ein namhafter cervicaler Hartspann palpabel (S. 108). Da die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. med. S.____ angab, bei Schmerzen lumbal oder cervical nach Bedarf Dafalgan 1 g und Inflammac 50 mg einzunehmen und aktuell geschätzt jeden Tag zweimal täglich sowohl Dafalgan 1 g als auch Inflammac 50 mg zu benötigen (S. 107), ist gestützt auf das Ergebnis der durchgeführten labormedizinischen Untersuchung vom 20. März 2019 mit unter der Nachweisgrenze liegenden Werten von Diclofenac und Paracetamol im Serum (S. 111) die Einschätzung des neurologischen Gutachters nachvollziehbar, wonach die berichtete Einnahmehäufigkeit in Zweifel gezogen werden könne (S. 113). Aufgrund der bei der Untersuchung festgestellten Befunde, wonach die Beschwerdeführerin konzentriert, aufmerksam und durch äussere Reize nicht ablenkbar sei, keine Hinweise für eine Störung der Auffassung bestünden, der Gedankengang formal geordnet und kohärent sei und keine inhaltlichen Denkstörungen vorlägen, drei von drei Begriffen korrekt memoriert worden seien und auch biographische Daten und Ereignisse aus der Vergangenheit korrekt angegeben worden seien (S. 110), überzeugt die Schlussfolgerung des neurologischen Gutachters, wonach sich in der hiesigen Untersuchung kein Anhalt für namhafte Störungen finde. In diesem Zusammenhang

leuchtet auch die weitere gutachterliche Einschätzung ein, wonach die anamnestisch angegebenen kognitiven Einschränkungen kaum mit dem Führen eines Kraftfahrzeugs vereinbar wären (S. 115). Diesbezüglich gab die Beschwerdeführerin an, im Besitz eines Fahrausweises zu sein und das in der Familie vorhandene Fahrzeug auch zu nutzen (S. 107).

Aufgrund der bei der orthopädischen Exploration erhobenen unauffälligen Untersuchungsbefunde sowohl der Wirbelsäule als auch der oberen und unteren Extremitäten (S. 147 ff.) überzeugt die Beurteilung von Dr. med. AF.____, es bestehe kein Anhalt für das Vorliegen einer die Arbeitsfähigkeit mindernden strukturellen Läsion auf orthopädischem Fachgebiet (S. 153). In Bezug auf die durch die Beschwerdeführerin beklagten rechtsseitigen Nackenschmerzen mit Ausstrahlung über den gesamten Rücken und teilweise in die rechte Kopfhälfte seit dem Autounfall im Jahr 2013 (S. 138) finde sich gemäss dem orthopädischen Gutachter in der hiesigen Untersuchung kein die geklagten Beschwerden erklärendes klinisches oder bildmorphologisches Korrelat. Diese gutachterliche Beurteilung kann aufgrund der anschliessend aufgeführten Beispiele (Fehlen einer spontanen Bewegungseinschränkung, Fehlen einer paravertebralen Muskeltonuserhöhung, Fehlen eines radikulären Defizits) nachvollzogen werden.

Die gutachterliche Einschätzung des psychiatrischen Gutachters Dr. med. AG.____, wonach sich weder Hinweise für Panikattacken noch für spezifische Ängste fänden, ist ebenfalls plausibel. So gab die Beschwerdeführerin während der Exploration u.a. an (S. 183), unter Angstzuständen zu leiden, wobei es für sie sehr schwer sei, genau zu beschreiben, wovor sie eigentlich Angst habe. Aufgrund des erhobenen psychiatrischen Befundes nach AMDP überzeugt auch die weitere gutachterliche Einschätzung, wonach keine Hinweise für eine schwergradig affektive Erkrankung, eine eigenständige Zwangs- oder Angsterkrankung oder eine Persönlichkeitsstörung vorlägen. So liege u.a. kein Anhalt für qualitative oder quantitative Bewusstseinsstörungen vor, die Beschwerdeführerin sei zu Ort, Zeit, Person und Situation voll orientiert, die Lebensdaten seien sicher rekonstruiert worden, es liege keine Zeitgitterstörung vor, Lang- und Kurzzeitgedächtnis seien intakt, im 3-Begriffe-Test seien drei von drei Begriffen erinnert worden, die Konzentration und Aufmerksamkeit seien unauffällig, der Substraktionstest sei sicher durchgeführt worden, das formale Denken sei geordnet, auf das Wesentliche beschränkt und in angemessener Geschwindigkeit erfolgt (S. 186 f.).

Damit kommt dem polydisziplinären Gutachten der Gutachterstelle E.____ vom 8. Juli 2019 grundsätzlich Beweiseignung zu.

7.2 Es ist nachfolgend zu prüfen, ob der Beweiswert des Gutachtens der Gutachterstelle E.____ durch die zeitlich vor dem Gutachten verfassten Arztberichte geschmälert oder erschüttert wird:

7.2.1 Im internistischen Teilgutachten (IV-Nr. 162 S. 10 ff.) hielt Dr. med. AD.____ fest, es würden weder spezifisch internistische Beschwerden genannt noch seien internistische Erkrankungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aktenkundig. Dieser Einschätzung kann mit Blick auf die durch die Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden (Schlafstörungen, Ängste, Konzentrationsschwierigkeiten, IV-Nr. 162 S. 27) und die vorliegenden medizinischen Akten gefolgt werden. Die Hausärztin Dr. med. N.____ nennt in ihren Berichten vom 18. September 2013, 9. April 2014, 1. März 2018 und 13. Juni 2019 (vgl. E. II. 6.2, 6.6, 6.16, 6.20 hiervor) ein HWS-Distorsionsstrauma, ein panvertebrales Schmerzsyndrom bei Status nach Verkehrsunfall und ein schweres Kontaktekzem beider

Hände (Allergie auf Desinfektionsmittel, Putzmittel, Abwaschmittel), also Diagnosen aus den medizinischen Fachgebieten der Orthopädie, Dermatologie und Neurologie. Auch im allgemeininternistischen Teilgutachten der Gutachterstelle C.____ vom 23. März 2015 (vgl. E. II. 6.8 hiervor) wurde festgehalten, eine allgemeininternistische Diagnose sei nie mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit angeführt worden (IV-Nr. 46.1 S. 6).

Der Beweiswert des internistischen Teilgutachtens wird demnach durch die vorgängig verfassten internistischen Berichte nicht infrage gestellt

7.2.2 Bezüglich des dermatologischen Teilgutachtens von Dr. med. AE.____ (IV-Nr. 162 S. 46 ff.) ist auf die Berichte des behandelnden Dermatologen Prof. Dr. med. L.____ einzugehen. Im Bericht vom 22. Mai 2013 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) wies dieser einen Verdacht auf ein chronisch-irritatives Handekzem bei einer Kontakt-Sensibilisierung gegen Thiurame ohne aktuelle klinische Relevanz aus. Diese Verdachtsdiagnose bestätigte er sodann im Arztbericht vom 27. Mai 2014 (vgl. E. II. 6.7 hiervor). Gleichzeitig wurde auf eine volle Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in der Krankenpflege hingewiesen. Erst im Bericht vom 13. Februar 2018 (vgl. E. II. 6.15 hiervor) sprach Prof. Dr. med. L.____ nicht mehr von einer reinen Verdachtsdiagnose, sondern ging von der gefestigten Diagnose eines «chronischen Handekzems» aus. Da die Diagnosen eines «chronisch irritativen Handekzems» und einer «Kontaktallergie auf Thiuram-Mix» durch den dermatologischen Gutachter bestätigt wurden, sind keine anderslautenden diagnostischen Beurteilungen ersichtlich. Auch die Einschätzung des dermatologischen Gutachters Dr. med. AE.____, wonach die Kontaktallergie gegen Thiuram-Mix durch Prof. Dr. med. L.____ mittels Epicutantest im Mai 2013 nachgewiesen worden sei, erweist sich aufgrund der vorangehenden Ausführungen als korrekt. Die weitere Ausführung des dermatologischen Gutachters, wonach die Kontaktallergie gegen Thiuram-Mix klinisch nicht relevant sei, da die Beschwerdeführerin zu dieser Substanz keinen Kontakt habe, da diese vornehmlich als Vulkanisationsbeschleuniger Verwendung finde, stimmt mit der Angabe von Prof. Dr. med. L.____ im Bericht vom 22. Mai 2013 überein (vgl. E. II. 6.1 hiervor), wonach die Kontakt-Sensibilisierung gegen Thiurame «ohne aktuelle klinische Relevanz» sei. Übereinstimmung besteht auch in der Aussage, die Arbeitsfähigkeit in einer geeigneten Tätigkeit sei nicht reduziert.

Damit finden sich im dermatologischen Teilgutachten von Dr. med. AE.____ keine von den Diagnosen und Feststellungen von Prof. Dr. med. L.____ abweichenden Beurteilungen. Damit wird der Beweiswert des dermatologischen Teilgutachtens nicht geschmälert. Soweit der dermatologische Teil des Gutachtens der Gutachterstelle C.____ vom 23. März 2015 (E. II. 6.8 hiervor) die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit anders beurteilt (Arbeitsunfähigkeit von 50 %), bildet dies ebenfalls keinen Anlass zu Zweifeln, denn das Versicherungsgericht erachtete diese Einschätzung in seinem Urteil vom 7. November 2017 als nicht überzeugend und nahm ■ neben der psychiatrischen Komponente ■ auch aus diesem Grund eine Rückweisung vor.

7.2.3 Betreffend das neurologische Teilgutachten von Dr. med. S.____ ist auf den Bericht des Neurologen Dr. med. Q.____ vom 27. Januar 2014 (vgl. E. II. 6.4 hiervor) einzugehen. Dieser konnte aufgrund seiner durchgeführten Untersuchung und der MR-Abklärung weder eine traumatische Schädigung noch eine andere Beeinträchtigung von Rückenmark und Nervenwurzel nachweisen. In diesem Sinn hielt auch Dr. med. AH.____ im Bericht vom 14. Februar 2014 (vgl. E. II. 6.5 hiervor) fest, durch die durchgeführte gründliche neurologische Abklärung habe im cervicalen Bereich keine Pathologie bestätigt werden

können. Auch im neurologischen Teilgutachten der Gutachterstelle C.____ vom 23. März 2015 (vgl. E. II. 6.8 hiervor) wurde festgehalten, es bestehe eine Übereinstimmung mit dem Bericht von Dr. med. Q.____ (IV-Nr. 46.1 S. 19 unten). Es kann daher der Einschätzung von Dr. med. S.____ im neurologischen Teilgutachten gefolgt werden, wonach sich im neurologischen Untersuchungsbefund kein Anhalt für eine Störung des zentralen oder peripheren Nervensystems ergebe. Der Hirnnervenstatus sei normal, es fänden sich keine Paresen oder Atrophien, die Muskeleigenreflexe seien seitengleich schwach auslösbar, Sensibilität und Koordination seien intakt. Auffällig sei eine vermeintlich eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule, wobei jedoch das Ausmass der demonstrierten Bewegungseinschränkung bei wiederholter Prüfung wechselnd sei und nicht mit der ungestört wirkenden spontanen Beweglichkeit des Kopfes korreliere. Auch die durchgeführte MRI der HWS vom 20. März 2019 zeige einen altersentsprechenden Befund. In der spinalen MRI der LWS vom 20. März 2019 zeige sich eine linksbetonte Bandscheibenprotrusion in Höhe LWK5/SWK1. Für eine L5- oder S1-Wurzelkompression links ergebe sich klinisch indes kein Anhalt, anamnestisch würden ehemals vorrangig rechtsbetonte Lumbalgien berichtet (IV-Nr. 162 S. 114). Diese bildgebenden Befunde (IV-Nr. 162 S. 228) entsprechen im Übrigen dem Ergebnis der am 8. Januar 2014 bei Dr. med. AH.____ durchgeführten MRI der Wirbelsäule mit der im lumbalen Bereich bestehenden Osteochondrose L5/S1 (vgl. E. II. 6.3 hiervor).

Folglich sind keine Aussagen in den Vorakten erkennbar, welche den Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens einschränken.

7.2.4 Im orthopädische Teilgutachten vom 8. Juli 2019 gab Dr. med. AF.____ in Bezug auf die durch die Beschwerdeführerin geklagten rechtsseitigen Kopfschmerzen seit 2013 an, es finde sich bei der hiesigen klinischen Untersuchung kein erklärendes klinisches und bildmorphologisches Korrelat (Fehlen einer spontanen Bewegungseinschränkung, Fehlen einer paravertebralen Muskeltonuserhöhung, Fehlen eines radikulären Defizits). Dies decke sich mit den aktenkundigen Voreinschätzungen aus den Jahren 2015 und 2018 (IV-Nr. 162 S. 153). Diese gutachterlichen Ausführungen erweisen sich mit Blick auf die Vorakten als korrekt: So ist zum einen dem rheumatologischen Teilgutachten im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens der Gutachterstelle C.____ vom 23. März 2015 (vgl. E. II. 6.8 hiervor) zu entnehmen, dass sich rein unter Berücksichtigung der objektiven Untersuchungsbefunde und der dokumentierten früheren externen bildgebenden sowie klinischen Evaluationen keinerlei relevante patho-anatomischen Befunde am Bewegungsapparat fänden (IV-Nr. 46.1 S. 16). Ähnliche Angaben sind auch dem Gutachten der Gutachterstelle AA.____ vom 13. Dezember 2018 (vgl. E. II. 6.19 hiervor) zu entnehmen. So wurden fehlende strukturelle Veränderungen am Bewegungsapparat und nicht relevante objektive klinische Befunden festgehalten (IV-Nr. 145 S. 11 oben). Aus den medizinischen Akten ergibt sich somit übereinstimmend, dass für die durch die Beschwerdeführerin beklagten Schmerzen kein objektivierbares Korrelat besteht.

In Bezug auf den im Gutachten der Gutachtenstelle C.____ vom 23. März 2015 ausgewiesenen «Status nach kraniocervikalem Beschleunigungstrauma vom 8. September 2013 (ICD-10 S13.5)» (vgl. E. II. 6.8 hiervor), hielt bereits der RAD-Arzt Dr. med. B.____ in seiner Aktennotiz vom 6. August 2015 (vgl. E. II. 6.11 hiervor) fest, dieses habe die Beschwerdeführerin nur während drei Monaten eingeschränkt. Dieser Einschätzung entspricht sodann der gutachterliche Befund von Dr. med. AF.____, wonach sich bei der klinischen Untersuchung kein die geklagten Beschwerden erklärendes klinisches und

bildmorphologisches Korrelat finde (vgl. oben).

Der Beweiswert des orthopädischen Teilgutachtens wird durch die früher verfassten medizinischen Akten nicht geschmälert, sondern vielmehr gestützt.

7.2.5 In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. AG. ___ ergibt sich Folgendes (IV-Nr. 162 S. 159 ff.):

7.2.5.1 Es ist zunächst auf den Bericht der behandelnden Psychiaterin pract. med. I. ___ vom 2. April 2018 und ihr Schreiben vom 3. Juli 2019 einzugehen (vgl. E. II. 7.17, 6.21 hiervor). In Bezug auf die darin gestellte Diagnose einer «kombinierten Persönlichkeitsstörung mit Anteilen der narzisstischen, der paranoiden, der abhängigen und der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung, ICD-10 F61.0» führte der psychiatrische Gutachter Dr. med. AG. ___ aus, diese Diagnose sei nicht ICD-konform. So setzte eine solche Diagnose eine in der Kindheit oder Jugend beginnende psychische und das Verhalten mit erheblichen negativen sozialen Folgen störende Auffälligkeit voraus, was sich aus der Biographie und hiesigen Exploration und aus den Akten Daten indes nicht ableiten lasse (IV-Nr. 162 S. 190). Diesen gutachterlichen Ausführungen kann aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin im Rahmen der Exploration bei Dr. med. AG. ___ gefolgt werden. So gab sie an, eine schöne Kindheit erlebt zu haben. Probleme mit häuslicher Gewalt, Alkohol oder Missbrauch habe es nicht gegeben (IV-Nr. 162 S. 185). Die von med. pract. I. ___ im Bericht vom 2. April 2018 beschriebenen Ereignisse in der Kindheit der Beschwerdeführerin führen zu keinem anderen Resultat. So wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe bis sieben Jahre zusammen mit ihrer Mutter und den drei Geschwistern in [...] bei der Familie ihres Vaters gelebt und sei dann ohne Kenntnisse der deutschen Sprache zusammen mit der Familie in die Schweiz zu ihrem bereits hier lebenden Vater immigriert (IV-Nr. 109 S. 6 f.). Der Beschwerdeführerin gelang es sodann ■ so auch die behandelnde Psychiaterin (IV-Nr. 109 S. 12) ■ aus eigener Kraft mit Hilfe einer Nachbarin, Deutsch zu lernen. Ausserdem absolvierte sie die Grundschule und das 10. Schuljahr (IV-Nr. 109 S. 7). Aus dem Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach Dr. med. AG. ___ einen schweren Diagnosefehler begangen habe, indem er die Adoleszenz-Kriterien der ICD-10 einer Persönlichkeitsstörung nach F6 falsch zitiert habe (A.S. 32), vermag diese nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. So sind bei der Beschwerdeführerin keine ■ wie von der Beschwerdeführerin vorgebracht ■ «in der späten Kindheit oder Adoleszenz beginnenden Bedingungen ersichtlich, welche ihre Persönlichkeitsentwicklung beeinflusst» hätten (S. 33 oben). Die Argumentation der behandelnden Psychiaterin, «zahlreiche Erschwernisse» in der frühen Kindheit der Beschwerdeführerin seien die der psychischen Entwicklung abträglich gewesen, vermag in diesem Zusammenhang nicht zu überzeugen. Die Emigration des Vaters in die Schweiz, wobei er die Mutter nach der Geburt der Beschwerdeführerin bei den Schwiegereltern zurückliess, ereignete sich deutlich vor der «späten Kindheit oder Adoleszenz». Entsprechend den Ausführungen von Dr. med. AG. ___ hielt sodann auch Dr. med. B. ___, RAD, in seiner Stellungnahme vom 6. November 2019 (vgl. E. II. 6.24 hiervor) fest, die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sei aus Sicht des RAD wenig wahrscheinlich, zumindest aber zu wenig gesichert. Er wies zudem darauf hin, dass die laufende Behandlung dem psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin, wie er im Gutachten der Gutachterstelle E. ___ festgehalten werde, angemessen sei, aber bei einer wesentlich ausgeprägteren Störung klar als ungenügend zu taxieren wäre. Eine Persönlichkeitsstörung wurde auch im Anschluss an den stationären Aufenthalt in der

Klinik H.____ nicht diagnostiziert (vgl. E. II. 6.10 hiervor). Die behandelnde Psychiaterin steht demnach mit dieser Diagnose allein.

Weiter führte Dr. med. AG.____ in Bezug auf die durch pract. med. I.____ ausgewiesenen Diagnosen einer «rezidivierenden depressiven Störung, Episoden mittelgradig bis schwer, ICD-10 F33.(1 ■ 2)» und einer «anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, ICD-10 F45.4» aus, die parallele Stellung der Diagnose einer depressiven Episode und einer somatoformen Schmerzstörung sei nicht ICD-konform, da F45.4-Diagnosen bei Attestierung einer affektiven Störungsdiagnose nicht zu kodieren seien (sondern in der affektiven Diagnose aufgingen). Zudem lasse sich gemäss Dr. med. AG.____ eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung auch jetzt nicht attestieren, da im hiesigen klinischen Eindruck weder eine erhebliche Schmerzbeeinträchtigung zu erkennen noch ein schmerzgebündelter ungelöster seelischer Konflikt zu explorieren gewesen sei. Folglich fehlten für diese Diagnose seiner Ansicht nach die ICD-10 Achsenkriterien (IV-Nr. 162 S. 190). Diese gutachterliche Beurteilung erscheint plausibel, da die Beschwerdeführerin anlässlich der gutachterlichen Exploration zwar über Schmerzen im Bereich der rechten Schulter, des Rückens, im Nacken rechtsbetont, klagte (IV-Nr. 162 S. 176), und angab, etwa zweimal am Tag eine Tablette Dafalgan sowie bei Bedarf üblicherweise zweimal am Tag Inflammac Dragees einzunehmen (IV-Nr. 162 S. 184). Im Rahmen der Exploration wurde indes festgehalten, dass die Beschwerdeführerin im Gespräch ruhig und gelassen gewesen sei und die Mimik und Gestik unbeeinträchtigt gewirkt hätten (IV-Nr. 162 S. 186 unten). Es kann daher im Rahmen der psychiatrischen Exploration nicht von einer schmerzgeplagt wirkenden Beschwerdeführerin ausgegangen werden, was sich im Übrigen auch mit Blick auf die anderen Teilgutachten bestätigen lässt. So wurde im Rahmen des neurologischen Untersuchungsbefundes darauf hingewiesen, dass während der gesamten Untersuchung (von 11.30 bis 13.00 Uhr, IV-Nr. 162 S. 82) kein namhaft schmerzgeplagter Eindruck bestanden habe (IV-Nr. 162 S. 108). Dementsprechend wurde auch im Rahmen der orthopädischen Exploration festgehalten, es seien weder ein Schonsitz, noch Schonhaltungen erkennbar gewesen und es habe kein schmerzgeplagter klinischer Eindruck bestanden (IV-Nr. 162 S. 147). Zudem gibt es an der Angabe der Beschwerdeführerin, wonach sie täglich Schmerzmittel einnehme, aufgrund der durchgeführten Laboruntersuchung vom 20. März 2019 erhebliche Zweifel, indem die gemessenen Werte von Diclofenac und Paracetamol unter dem therapeutischen Zielbereich lagen (IV-Nr. 162 S. 39). Es ist daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass diese Schmerzmedikamente jedenfalls nicht in der von der Beschwerdeführerin angegebenen Menge eingenommen werden. Somit scheinen die durch die Beschwerdeführerin beklagten Schmerzen nicht derart einschränkend zu sein, dass eine tägliche Zufuhr von erhöhten Mengen Schmerzmittel notwendig wäre. In Bezug auf die im Gutachten der Gutachterstelle C.____ vom 23. März 2015 ebenfalls bestätigte Diagnose einer «anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)» (vgl. E. II. 6.8 hiervor) kann im Hinblick auf das Urteil des Versicherungsgerichts VSBES.2016.175 vom 7. November 2017 (IV-Nr. 95 S. 25) zudem festgehalten werden, dass diese Diagnose nicht ohne Weiteres zu überzeugen vermochte, da keine substantiierte Auseinandersetzung mit dieser Diagnosestellung stattfand, weshalb deren Herleitung nicht überzeugte (IV-Nr. 95 S. 25 Mitte). Die von der behandelnden Psychiaterin med. pract. I.____ ebenfalls ausgewiesene Diagnose einer «rezidivierenden depressiven Störung, Episoden mittelgradig bis schwer, ICD-10 F33.(1-2)» konnte Dr. med. AG.____ ebenfalls nicht bestätigen. So führte er aus, im aktuellen psychiatrischen Untersuchungsbefund präsentiere sich eine initial etwas unruhige,

leicht gereizt imponierende Beschwerdeführerin, die im Laufe der Untersuchung zunehmend entspannter gewirkt habe. Es bestehe eine leichte Grübelneigung und ein auf krankheitsspezifische Themen eingegängtes Denken, die Stimmung sei zum dysthymen Pol hin verschoben, wobei klinische Zeichen einer schwergradigen Depressivität, wie eine vitale Antriebs-, Freud- und Interessenreduktion, wesentliche vegetative Symptome oder eine Störung der zirkadianen Rhythmik nicht festzustellen seien (IV-Nr. 162 S. 189 f.). Diesen Ausführungen kann gefolgt werden. Die Beschwerdeführerin gab an, tagsüber je nach ihren Möglichkeiten und gesundheitlichen Einschränkungen zu versuchen, die Einkäufe und die Hausarbeit zu erledigen, beim Autofahren keine Probleme zu haben, überwiegend Kontakte zu der in der Nähe lebenden Familie zu haben und in den vergangenen Jahren für drei Wochen mit dem eigenen Auto in die [...] Heimat gereist zu sein, um die Familie und Verwandte zu sehen. Ausserdem stehe sie üblicherweise zwischen 6.00 Uhr und 6.30 Uhr auf und schaue, dass die beiden älteren Kinder gut in die Schule kämen. Die jüngste Tochter betreue sie zu Hause (IV-Nr. 162 S. 185). Die behandelnde Psychiaterin geht nicht näher auf das Aktivitätsniveau ein. Zudem setzt sie sich in ihrem Bericht vom 2. April 2018 (vgl. E. II. 6.17 hiervor) mit der rezidivierenden depressiven Störung nicht näher auseinander, weshalb sich diese Diagnose als nicht nachvollziehbar erweist. Im Schreiben vom 3. Juli 2019 (vgl. E. II. 6.21 hiervor) hielt med. pract. I. ___ fest, es bestünden noch Residuen einer durchgemachten depressiven Störung. Es ist daher davon auszugehen, dass pract. med. I. ___ zu diesem Zeitpunkt davon ausging, dass die depressive Störung bei der Beschwerdeführerin nicht mehr aktuell sei. Es vermag daher einzuleuchten, dass Dr. med. F. ___ u.a. von einer «weitgehend remittierten» depressiven Störung ausging. Die Beschwerdeführerin erklärte in der psychiatrischen Begutachtung auch selbst, das früher eingenommene Antidepressivum sei schon vor längerer Zeit abgesetzt worden (IV-Nr. 162 S. 183 unten), wobei sie sich zunächst weigerte, den Zeitpunkt dieser Absetzung näher zu bezeichnen.

Bezüglich der durch die behandelnde Psychiaterin ebenfalls gestellten Diagnose «intermittierend bei psychischer Belastungszunahme: Panikstörung ICD-10 F41.0 und Agoraphobie ICD-10 F40.0» hielt Dr. med. AG. ___ fest, synoptisch sei im hiesigen Befund nach AMDP ein leichtes depressiv ängstliches Syndrom im Sinne einer leichten, weitgehend remittierten Angst- und depressiven Störung gemischt zu erheben, darüber hinaus fänden sich keine Hinweise für eine schwergradige affektive Erkrankung, eine eigenständige Zwangs-, oder Angsterkrankung oder eine Persönlichkeitsstörung. Folglich konnte Dr. med. AG. ___ diese Diagnosestellung aufgrund der erhobenen Befunde nicht bestätigen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich der psychiatrische Teilgutachter in einer nachvollziehbaren und überzeugenden Weise zu den anderslautenden Einschätzungen der behandelnden Psychiaterin äussert. Somit vermögen weder deren Bericht vom 2. April 2018 noch das Schreiben vom 3. Juli 2019 den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. AG. ___ zu schmälern.

7.2.5.2 Zu der im Austrittsbericht der Klinik H. ___, [...], vom 12. August 2015 (vgl. E. II. 6.10 hiervor) ausgewiesenen Hauptdiagnose einer «posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)», welche im Austrittsbericht der Klinik X. ___ vom 19. Mai 2016 (vgl. E. II. 6.14 hiervor) lediglich noch als Verdachtsdiagnose aufgeführt wurde, hielt Dr. med. AG. ___ fest, diese lasse sich im hiesigen klinischen Befund nicht bestätigen, da die entsprechenden ICD-10 Achsenkriterien fehlten. Diesen Ausführungen

kann zugestimmt werden. So kann zunächst festgehalten werden, dass im Bericht der Klinik H.____ vom 12. August 2015 sowohl auf die Hauptdiagnose als auch auf die ebenfalls ausgewiesene psychiatrische Nebendiagnose einer «mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1)» nicht weiter eingegangen wurde, weshalb diese nicht ohne weiteres nachvollziehbar sind. In diesem Sinn hielt auch der RAD-Arzt Dr. med. B.____ in seiner Stellungnahme vom 1. Februar 2016 (vgl. E. II. 6.13 hiervor) fest, weder eine PTBS noch eine mittelgradig ausgeprägte Depression liessen sich aufgrund der Angaben zur Anamnese und der aufgeführten Befunde nachvollziehen. Die erwähnten depressiven Symptome entsprächen einer leichten Episode. Diese Einschätzungen erweisen sich als korrekt. So wurde in Bezug auf den Psychostatus beim Eintritt in die Klinik u.a. Folgendes festgehalten: «ohne Bewusstseinsstörungen, allseits orientiert, ohne Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, ohne formale Denkstörungen, keine Befürchtungen oder Zwänge, kein Wahn, keine Sinnestäuschungen, keine Ich-Störungen, leicht deprimiert, mittel ausgeprägt ängstlich, keine Antriebs- und psychomotorischen Störungen, keine Suizidalität» (IV-Nr. 76 S. 2). Aufgrund dieser Befunde lässt sich eine mittelgradige depressive Episode schwerlich nachvollziehen. Weiter bleibt unklar, worin der für eine posttraumatische Belastungsstörung gemäss ICD-10 F43.1 vorausgesetzte ausserordentlich gravierende auslösende Umstand (Ereignis oder Situation) bestehen sollte. Der Bericht scheint sich diesbezüglich auf Konflikte mit der Verwandtschaft in [...] zu beziehen. So wurde im Austrittsbericht vom 12. August 2015 festgehalten, dass diese die Beschwerdeführerin sehr beschäftigten und sich die Konflikthalte in Form von Verlustängsten ihres eigenen Gutes und in der Verteidigung und Kampf um ihre eigene Familie und ihrer Finanzen auch in ihren Träumen zeigten (IV-Nr. 76 S. 3). Die geschilderte Situation erscheint aber nicht als geeignet, eine PTBS auszulösen. Zudem machte die Beschwerdeführerin gegenüber dem psychiatrischen Teilgutachter Dr. med. AG.____ keine derartigen Angaben. So gab sie betreffend ihre Verwandten in [...] einzig an, im vergangenen Jahr mit dem PW in die Heimat gefahren zu sein, um Familie und Verwandte zu besuchen (IV-Nr. 162 S. 185). Es vermag daher zu überzeugen, dass Dr. med. AG.____ die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht bestätigen konnte. Der Beweiswert seines psychiatrischen Teilgutachtens wird durch den Austrittsbericht der Klinik H.____ nicht eingeschränkt.

7.2.5.3 Insgesamt vermögen die psychiatrischen Vorberichte den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht zu verringern.

8. Es ist auf die gegen das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle E.____ gerichteten Vorbringen der Beschwerdeführerin einzugehen:

8.1 Die Beschwerdeführerin lässt vorbringen, die Beschwerdegegnerin habe keine Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 durchgeführt (A.S. 25 ff.). Diesbezüglich kann festgehalten werden, dass im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens der Gutachterstelle E.____ vom 8. Juli 2019 (vgl. E. II. 6.22 hiervor) keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert wurde. Da mit einer Indikatorenprüfung eine im Rahmen einer psychiatrischen Diagnose attestierte Arbeitsunfähigkeit validiert wird, erübrigt sich im vorliegenden Fall die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 (vgl. dazu BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429).

8.2 Die Beschwerdeführerin stellt sich im Weiteren auf den Standpunkt, der psychiatrische Gutachter Dr. med. AG.____ habe in seiner Stellungnahme vom 6. März 2019 nicht die Wahrheit geschrieben, als er sich angeschickt habe, die «Einlassung des

Rechtsvertreter» als «nicht korrekt» zu bezeichnen, was durch die Tonaufnahme vom 25. Februar 2019 klar belegt sei. Somit habe er offensichtlich falsche Aussagen gemacht. Dieser Umstand führe zur Nichtverwertbarkeit des Gutachtens (A.S. 35).

8.2.1 Die psychiatrische Begutachtung fand am 25. Februar 2019 statt. Tags darauf liess die Beschwerdeführerin vorsorglich ein Ausstandsbegehren gegen Dr. med. F.____ stellen (IV-Nr. 149). Dieses bezog sich im Wesentlichen auf eine Stelle der gutachterlichen Exploration, die durch die Beschwerdeführerin als «unnötige Provokation» beschrieben wurde. Sie machte im Ausstandsgesuch geltend, der Gutachter habe ihre Aussage, sie wisse nicht, wann sie das Antidepressivum abgesetzt habe, mit der Antwort quittiert: «Sie wissen wenig». Anschliessend habe er sie gefragt, ob sie Autofahren könne, wenn sie so wenig wisse. Sie habe sich dadurch angegriffen gefühlt und ihr Tonfall sei energisch geworden, worauf der Gutachter mit dem Abbruch der Exploration gedroht habe. Als sie daraufhin angeboten habe, es nochmals zu versuchen, habe er geantwortet: «Wollen wir es nochmals probieren, es wäre nicht gut für Sie glaube ich». Dabei handle es sich um unhöfliche Bemerkungen, welche als unnötige Provokation einzustufen seien und belegten, dass der Gutachter befangen gewesen sei.

8.2.2 Die Beschwerdegegnerin liess den Gutachter zum Ausstandsgesuch Stellung nehmen. Dieser antwortete am 6. März 2019 (IV-Nr. 152) unter anderem, mit der Versicherten sei in der psychiatrischen Begutachtung freundlich, sachlich, entgegenkommend, verständnisvoll, unvoreingenommen und stets korrekt kommuniziert worden. Es seien keine Vorwürfe oder gar Drohungen seitens des Untersuchers formuliert worden. Die Einlassungen des Rechtsvertreterers seien also nicht korrekt.

8.2.3 Die Beschwerdeführerin lässt vorbringen, sie habe während der Begutachtung heimlich Tonaufnahmen erstellt. Aus diesen ergebe sich, dass sich der Gutachter sehr wohl so geäussert habe, wie es im Ausstandsgesuch beschrieben werde.

Die Tonaufnahmen wurden ohne Wissen des Gutachters erstellt. Sie sind in Gesetz und Verordnung (in den damals und auch heute noch geltenden Fassungen) nicht vorgesehen und bilden daher keine zulässigen Beweismittel. Der Argumentation der Beschwerdeführerin, welche sich auf illegal beschaffte Beweismittel stützt, kann daher schon aus diesem Grund nicht gefolgt werden.

Anzufügen bleibt, dass sich aus den Tonaufnahmen auch inhaltlich kein Anhaltspunkt für eine Voreingenommenheit des Gutachters ableiten lässt. Es fällt auf, dass die Beschwerdeführerin zu Beginn nur äusserst zögernd und einsilbig Auskunft gab. Auch die zweifellos relevante Frage, wann sie das Antidepressivum abgesetzt habe, beantwortete sie nicht, respektive mit der Behauptung, sie wisse es nicht. Wenn sich der Experte daraufhin (ca. bei 10 Minuten der Tonaufnahme) einer leichten Provokation bediente («Sie wissen wenig», «können Sie Autofahren, wenn Sie so wenig wissen?»), um die Explorandin aus der Reserve zu locken und ihr wenig kooperatives Aussageverhalten zu beeinflussen, leuchtet dies ein und kann nicht als Ausdruck von Befangenheit gelten. Unabhängig davon kann es in einer Exploration durchaus sinnvoll sein, die betroffene Person ein wenig zu provozieren, um ihre Reaktion zu testen. Nachdem die Beschwerdeführerin aggressiv und laut reagiert hatte, sagte der Gutachter, er lasse sich nicht anschreien, und fragte, ob man lieber abrechnen solle. Auch dieses Vorgehen lässt sich nicht beanstanden, ging es doch darum, die Beschwerdeführerin zu einem normalen, anständigen Gesprächsverhalten zu veranlassen. Eine «Drohung» kann darin nicht erblickt werden. In diesem Zusammenhang

ist auch zu berücksichtigen, dass der Gutachter durchgehend höflich blieb und in einem freundlichen Tonfall sprach. Die anschliessende Bemerkung des Gutachters, es wäre nicht gut für die Beschwerdeführerin, wenn die Exploration abgebrochen werden müsste, zeigt ebenfalls auf, dass ein Abbruch keinesfalls angestrebt wurde. Letztlich war das Vorgehen des Experten, einschliesslich der leichten Provokation, durchaus erfolgreich, kam doch in der Folge ein normales Gespräch zustande, das in einem anständigen und ruhigen Tonfall geführt wurde. Der im Gutachten festgestellte psychiatrische Befund, wonach die Beschwerdeführerin im Gespräch ruhig und gelassen, initial angespannt und leicht reizbar, jedoch im Laufe der Exploration zunehmend auflockernd gewesen sei (vgl. IV-Nr. 162 S. 186 unten), wird durch die Tonaufnahmen bestätigt. Die geltend gemachte Befangenheit oder fehlende Ergebnisoffenheit lässt sich daraus nicht ableiten.

8.3 Die Beschwerdeführerin stellt sich auf den Standpunkt, da die Unterschriften der Gutachter der Gutachterstelle E.____ und auch der Nachweis einer elektronischen Signatur weiterhin fehlten, vermöge das Gutachten in formeller Hinsicht nicht zu überzeugen (A.S. 38). Im Gutachten vom 8. Juli 2019 wurde diesbezüglich explizit festgehalten (IV-Nr. 162 S. 198 unten), dass das Gutachten im Nachgang zu einer formell und materiell korrekt durchgeführten Konsensbesprechung von den einzelnen Gutachterinnen und Gutachtern nicht mehr handschriftlich, sondern mit einer elektronischen Signatur unterzeichnet werde. Ausserdem wurde darauf hingewiesen, dass die elektronischen Signaturen der beteiligten Gutachterinnen und Gutachter im elektronischen PDF-Dokument hinterlegt seien. Da dieses Dokument indes nicht ersichtlich war, bat die Beschwerdegegnerin die Gutachterstelle E.____ mit Schreiben vom 13. Februar 2020 (IV-Nr. 190), um Nachreichung der elektronischen Signaturen. Da die Gutachterstelle E.____ dieser Aufforderung nicht nachkam, erinnerte die Beschwerdegegnerin sie am 14. April 2020 (IV-Nr. 196) und 10. Juni 2020 (Protokolleintrag) nochmals daran. Aufgrund der vorliegenden Akten ist davon auszugehen, dass das entsprechende Dokument bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 24. Juni 2020 der Beschwerdegegnerin noch nicht vorgelegen hat. Obschon das Verhalten der Gutachterstelle E.____ in Bezug auf die Herausgabe der beantragten elektronischen Signaturen befremdlich erscheint, handelt es sich bei den fehlenden Signaturen weder um einen erheblichen Mangel an der Expertise noch bildet es ein Erfordernis für dessen Beweiswert (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C_114/2017 vom 21. August 2017 E. 7.2.1). Der Beweiswert des Gutachtens der Gutachterstelle E.____ wird dadurch jedenfalls nicht geschmälert.

8.4 Der Auffassung, dass die Gutachterstelle E.____ im vorliegenden Fall eine neuropsychologische Abklärung hätte durchführen müssen (A.S. 41), kann nicht gefolgt werden. So konnten bei der im Rahmen des neurologischen Teilgutachtens durchgeführten Prüfung der neuropsychologischen Funktionen keine Auffälligkeiten festgestellt werden (vgl. IV-Nr. 162 S. 110 unten), die zu weiteren Abklärungen auf dem medizinischen Fachgebiet der Neuropsychologie Anlass gegeben hätten. In diesem Sinn hielt bereits der RAD-Arzt Dr. med. B.____ in seiner Stellungnahme vom 30. März 2020 (vgl. E. II. 6.25 hiervor) fest, es bestünden in der Anamnese keine Anhaltspunkte für eine mögliche hirnorganische Läsion, weshalb allfällige Auffälligkeiten wiederum im Rahmen der psychiatrischen Problematik zu beurteilen wären.

8.5 Die Beschwerdeführerin beanstandet weiter, dass sechs von ihr beantragte Ergänzungsfragen zum Gutachten vom 9. Juli 2019 nicht der Gutachterstelle E.____ zur Beantwortung unterbreitet wurden. Dieser Einwand ist ebenfalls unbegründet:

8.5.1 Die erste Frage lautet, warum die Begutachtungsstelle von einer vollständigen Remission der psychischen Störung im Zeitpunkt der Begutachtung 2019 ausgehe, obwohl die Klinik H.____ in ihrem Austrittsbericht vom 12. August 2015 noch von einer Chronifizierung und Persistierung des Beschwerdebildes ausgegangen sei. Dem Gutachten der E.____ vom

E. 6

Herr K.____, Fürsprecher, [...] sei gerichtlich als Zeuge zu befragen (Beweisgegenstand: Verletzung der Eingliederungspflicht durch die Beschwerdegegnerin entgegen anderslautender fachärztlicher Empfehlungen, nicht gewürdigtes Engagement der Rechtsschutzversicherung und Eingliederungspotential der Beschwerdeführerin).

E. 6.8

hiervor) abweicht, bedarf angesichts des zeitlichen Abstands keiner Erläuterung. Es kommt hinzu, dass die damalige Begutachtung eine Arbeitsunfähigkeit aus dermatologischer Sicht ergab, welche in der Folge auch von den behandelnden Fachärzten nicht bestätigt wurde. Damit beantwortet sich auch die fünfte Ergänzungsfrage. 8.5.5 Die Fragen nach Eingliederungsmassnahmen ist primär rechtlicher Natur und daher nicht durch den Gutachter zu beantworten. 9. Zusammenfassend vermögen weder die medizinischen Vorakten noch die Vorbringen der Beschwerdeführerin den Beweiswert des Gutachtens der Gutachterstelle E.____ vom 8. Juli 2019 in Zweifel zu ziehen. Diesem ist somit der volle Beweiswert beizumessen. Dies stellte bereits der RAD-Arzt Dr. med. B.____ in seinen Stellungnahmen vom 6. November 2019 und 30. März 2020 fest (vgl. E. II. 6.24 f. hiervor). Daran vermag auch das Vorbringen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern, wonach aufgrund der in anonymisierter Form erhaltenen 79 Gutachten der Gutachterstelle E.____ 14 potentiell zu IV-Rentenleistungen berechtigen würden (A.S. 45). So lässt sich aus diesem Vorbringen kein konkreter Zusammenhang mit dem vorliegenden Fall ableiten. Es kann somit auch auf die im polydisziplinären Gutachten ausgewiesene Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin abgestellt werden. Somit ist die Beschwerdeführerin seit 2008 / 2009 in der bisherigen Tätigkeit als Pflegehelferin nicht mehr arbeitsfähig. In einer angepassten Tätigkeit ist ihr jedoch eine volle Arbeitsfähigkeit zumutbar (vgl. E. II. 6.22 i.V.m. IV-Nr. 162 S. 78). 10. Nach den Ergebnissen des Gutachtens war die Beschwerdeführerin spätestens ab August 2014 in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig. Diese Einschätzung ist plausibel. Insbesondere bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass nach diesem Zeitpunkt eine längerdauernde, erhebliche psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit bestanden hätte. Die Ergebnisse des Gutachtens der Begutachtungsstelle C.____ vom 23. März 2015 wurden durch das neue polydisziplinäre Gutachten im Wesentlichen (mit Ausnahme der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit aus dermatologischer Sicht, welche auch von den behandelnden Ärzten nicht geteilt wird und auch Anlass zur früheren gerichtlichen Rückweisung gab) bestätigt. Auch das vom Unfallversicherer eingeholte Gutachten der Gutachterstelle AA.____ vom 13. Dezember 2018 (vgl. E. II. 6.19 hiervor) gelangte zu einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer geeigneten Verweistätigkeit. Die abweichenden Arztberichte führen zu keinem anderen Ergebnis. Insbesondere kann der Beurteilung der Klinik H.____ mit der Hauptdiagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung und den Stellungnahmen der behandelnden Psychiaterin pract. med. I.____ aus den genannten Gründen nicht gefolgt werden. Eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit, welche geeignet sein könnte, einen Rentenanspruch zu begründen, ist daher (auch) für die Zeit ab August 2014 nicht

ausgewiesen (vgl. die Invaliditätsbemessung in den nachfolgenden Erwägungen). 11. Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin bei der Berechnung des IV-Grades zu Recht die gemischte Methode herangezogen hat (A.S. 5 f.). Daher ist zunächst der Frage nachzugehen, ob sich seit dem mit Urteil VSBES.2016.175 vom 7. November 2017 auf den damals zu beurteilenden Zeitraum bis 19. Mai 2016 festgestellten Status von 70 % (ausserhäusliche Tätigkeit) : 30 % (Haushalt / Kinderbetreuung) allfällige Änderungen ergeben haben.

11.1 Ob und gegebenenfalls in welchem zeitlichen Umfang eine in einem Aufgabenbereich tätige versicherte Person (Art. 5 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 8 Abs. 3 ATSG) im Gesundheitsfall erwerbstätig wäre (Statusfrage), ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 141 V 15 E. 3.1 S. 20). Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre (BGE 133 V 504 E. 3.3 S. 507). Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen (vgl. Art. 27 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]) sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügung – hier: 24. Juni 2020 – entwickelt haben (Urteile des Bundesgerichts 9C_281/2017 vom 4. Juli 2017 E. 3.1 mit vielen Hinweisen, vgl. auch 8C_735/2020 vom 26. Januar 2021 E. 5.1).

11.2 Im Zeitpunkt des Urteils VSBES.2017.175 vom 17. November 2017 wurde die Statusfrage im Wesentlichen wie folgt begründet: Die beiden Kinder (geb. [...] 2006 und [...] 2011) waren im vorliegend relevanten Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 19. Mai 2016 aufgrund ihres Alters von knapp 5 und 10 Jahren mittlerweile relativ selbstständig und bedurften keiner sehr intensiven Betreuung mehr. Die Beschwerdeführerin arbeitete vor der Geburt des zweiten Kindes bereits in einem Teilpensum von 90 % beim V.____ und reduzierte dieses Arbeitspensum nach der Geburt um 20 % auf 70 %. Der Ehemann der Beschwerdeführerin arbeitete zu 100 % in einem Zwei-Schicht-Betrieb und konnte sich deshalb teilweise auch um die Kinder kümmern. Finanzielle Probleme waren gemäss den vorliegenden Akten nicht dokumentiert. So war es der Familie möglich, die Schwiegereltern in [...] finanziell zu unterstützen. Zudem gab die Beschwerdeführerin gegenüber der Beschwerdegegnerin bereits im Intake-Gespräch an, dass sie ohne eine gesundheitliche Beeinträchtigung in einem reduzierten Arbeitspensum von 70 % tätig wäre. Als Grund für das reduzierte Pensum führte die Beschwerdeführerin die Betreuung ihrer Kinder an.

11.3 Bis zum Zeitpunkt der hier angefochtenen Verfügung vom 24. Juni 2020 (A.S. 1 ff.) präsentierte sich die Aktenlage wie folgt:

11.3.1 Die Beschwerdeführerin erklärte im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung bei der Gutachterstelle E.____, sie habe drei Kinder im Alter von 13, 8 und 2 Jahren (IV-Nr. 162 S. 185). Die private Situation hatte sich also in der Zwischenzeit insofern verändert, als die beiden in den Jahren 2006 und 2011 geborenen Kinder älter geworden waren und weniger Betreuung benötigten. Inzwischen war aber ein drittes Kind geboren worden, welches im Zeitpunkt der Begutachtung erst zwei Jahre alt war. Weiter führte die Beschwerdeführerin aus, ihr Ehemann arbeite als Lagerarbeiter zu 100 %, überwiegend nachts. Die Eltern lebten etwa fünf Minuten entfernt, die Mutter könne ihr jedoch weder im Haushalt noch in der Kinderbetreuung helfen, da sie sich nicht gesund fühle. Die Beschwerdeführerin stehe üblicherweise zwischen 6.00 Uhr und 6.30 Uhr auf und schaue, dass die beiden älteren Kinder gut in die Schule kämen, die zweijährige

Tochter betreue sie selber zu Hause (4-Zimmer-Mietwohnung). Ihr Mann arbeite überwiegend im Nachtdienst als Lagerarbeiter. Tagsüber versuche sie, je nach ihren Möglichkeiten und gesundheitlichen Einschränkungen, die Einkäufe und die Hausarbeit zu erledigen. Beim Autofahren gebe es keine Probleme, sie fahre einen Schaltwagen. Ihr Ziel sei eine körperlich leichte Tätigkeit mit einem Pensum von 50 % zu finden, hierfür habe sie vor kurzem auch ihren Lebenslauf aktualisiert. Sie könne sich bspw. eine Tätigkeit im Verkauf vorstellen (IV-Nr. 162 S. 185). Im «Fragebogen zur Begutachtung» vom 12. Februar 2019 (IV-Nr. 162 S. 28 ff.) gab sie weiter an, sie sehe sich in einer Tätigkeit wie dem Verkauf oder als Lagermitarbeiterin in einem Pensum von 50 % arbeitsfähig, benötige aber Hilfe, weil sie Angst habe. Im Rahmen des dermatologischen Teilgutachtens wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin sehe sich für den hypothetischen Fall, dass die Hauterkrankung ihre einzige gesundheitliche Einschränkung wäre, für Tätigkeiten ohne Hautbelastung mit einem Pensum von 100 % arbeitsfähig (IV-Nr. 162 S. 73). In der orthopädischen Teilbegutachtung gab die Beschwerdegegnerin in Bezug auf die berufliche Perspektive an, sich leichte Arbeiten in einem Pensum von 50 % vorstellen zu können (IV-Nr. 162 S. 146).

11.3.2 Die Abklärungsfachfrau D.____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 11. Mai 2019 (vgl. E. II. 6.26 hiervor) fest, es habe sich seit dem Gerichtsurteil vom 7. November 2017 an der Lebenssituation der Beschwerdeführerin nichts verändert. Daher sei am Status festzuhalten. Die Einschränkung im Bereich Haushalt sei heute mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kleiner als bei der Abklärung vor Ort am 29. Juli 2015. Eine erhöhte Einschränkung wäre medizinisch nicht nachvollziehbar. Bei einem Haushaltanteil von 30 % vermöchten auch Einschränkungen in einem ausserordentlich hohen Ausmass keine Rente zu begründen. Daher könne auf eine Abklärung vor Ort im Bereich der Haushaltstätigkeiten verzichtet werden.

11.3.3 Gemäss dem Einsatzvertrag bei der Firma AI.____ vom 27. Mai 2020 (IV-Nr. 204 S. 9) war die Beschwerdeführerin seit dem 29. Mai 2020 bei der Firma AJ.____ in [...] als temporäre Angestellte in der Funktion als Postmitarbeiterin in der Briefsortierung im 3-Schicht-Betrieb tätig. Dieses Arbeitsverhältnis ist unbefristet und die Arbeitszeit beträgt pro Woche durchschnittlich 25 Stunden, was einem Arbeitspensum von 60 % entspricht.

11.4 Vor diesem Hintergrund ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin auch im Gesundheitsfall weiterhin nicht einer Erwerbstätigkeit im Umfang eines Pensums von 100 % nachgehen würde. Zwar bedurften die beiden älteren Kinder im Zeitpunkt der Verfügung vom 24. Juni 2020 mit ihren 9 und 14 Jahren keiner intensiven Betreuung durch ihre Mutter mehr. Da sich die Kinder in schulpflichtigem Alter befinden, ist zudem davon auszugehen, dass sie einen grossen Teil des Tages nicht mehr zu Hause verbringen. Anders beurteilt sich die Situation jedoch mit Blick auf das jüngste Kind, das im Zeitpunkt der Verfügung vom 24. Juni 2020 erst circa drei Jahre alt war und somit noch einer intensiven Betreuung durch die Beschwerdeführerin bedurfte. So gab die Beschwerdeführerin auch an, ihre jüngste Tochter selber zuhause zu betreuen (vgl. E. II. 11.3.1 hiervor). Weiter ist aufgrund der vorstehend zitierten Aussagen der Beschwerdeführerin davon auszugehen, dass ihre Eltern – insbesondere ihre Mutter – nicht mit der Kinderbetreuung betraut werden können. Somit liegt die Betreuungspflicht allein bei der Beschwerdeführerin und ihrem Ehemann, wobei dieser weiterhin als Lagerarbeiter 100 % insbesondere in der Nacht tätig ist und daher bei der Betreuung der Kinder tagsüber mithelfen kann. Die Beanspruch einer Kindertagesstätte käme laut den Angaben der Beschwerdeführerin aus Kostengründen nicht infrage. Dies leuchtet ein.

11.5 Zusammenfassend ist nicht von einer wesentlichen Veränderung der Verhältnisse der Beschwerdeführerin seit dem Urteil des

Versicherungsgerichts VSBES.2016.175 vom 7. November 2017 auszugehen. Es kann folglich auch weiterhin vom damals festgelegten Status von 70 % (ausserhäusliche Tätigkeit) : 30 % (Haushalt / Kinderbetreuung) ausgegangen werden. Somit hat die Beschwerdegegnerin bei der Berechnung des IV-Grades zu Recht die gemischte Bemessungsmethode herangezogen. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Ausführungen der Abklärungsfachfrau D.____ im Bericht vom 11. Mai 2019 (vgl. E. II. 6.26 hiervor) auf die erneute Durchführung einer Haushaltabklärung verzichtet hat (vgl. E. II. 5 hiervor). Daran vermag das von der Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang vorgebrachte Argument, wonach bei der Firma AJ.____ sogar ein Pensum von 80 –100 % angestrebt werde (A.S. 51), nichts zu ändern. Denn im hier massgeblichen Zeitpunkt vom 24. Juni 2020 war die Beschwerdeführerin in einem unbefristeten Arbeitspensum von 60 % tätig. Für eine allfällige Erhöhung des Erwerbspensums sind in den vorliegenden Akten keine konkreten Anhaltspunkte ersichtlich. 11.6 Selbst wenn man stattdessen von der Darstellung der Beschwerdeführerin ausginge und es als überwiegend wahrscheinlich ansähe, dass sie im Gesundheitsfall einer vollzeitlichen Erwerbstätigkeit nachginge, würde sich mit der gutachterlich festgestellten Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer angepassten Tätigkeit kein rentenbegründender Invaliditätsgrad ergeben, wie aus den nachfolgenden Erwägungen deutlich wird.

E. 6.21

hiervor) hielt med. pract. I.____ fest, es bestünden noch Residuen einer durchgemachten depressiven Störung. Es ist daher davon auszugehen, dass pract. med. I.____ zu diesem Zeitpunkt davon ausging, dass die depressive Störung bei der Beschwerdeführerin nicht mehr aktuell sei. Es vermag daher einzuleuchten, dass Dr. med. F.____ u.a. von einer «weitgehend remittierten» depressiven Störung ausging. Die Beschwerdeführerin erklärte in der psychiatrischen Begutachtung auch selbst, das früher eingenommene Antidepressivum sei schon vor längerer Zeit abgesetzt worden (IV-Nr. 162 S. 183 unten), wobei sie sich zunächst weigerte, den Zeitpunkt dieser Absetzung näher zu bezeichnen. Bezüglich der durch die behandelnde Psychiaterin ebenfalls gestellten Diagnose «intermittierend bei psychischer Belastungszunahme: Panikstörung ICD-10 F41.0 und Agoraphobie ICD-10 F40.0» hielt Dr. med. AG.____ fest, synoptisch sei im hiesigen Befund nach AMDP ein leichtes depressiv ängstliches Syndrom im Sinne einer leichten, weitgehend remittierten Angst- und depressiven Störung gemischt zu erheben, darüber hinaus fänden sich keine Hinweise für eine schwergradige affektive Erkrankung, eine eigenständige Zwangs-, oder Angsterkrankung oder eine Persönlichkeitsstörung. Folglich konnte Dr. med. AG.____ diese Diagnosestellung aufgrund der erhobenen Befunde nicht bestätigen. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich der psychiatrische Teilgutachter in einer nachvollziehbaren und überzeugenden Weise zu den anderslautenden Einschätzungen der behandelnden Psychiaterin äussert. Somit vermögen weder deren Bericht vom 2. April 2018 noch das Schreiben vom 3. Juli 2019 den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. AG.____ zu schmälern. 7.2.5.2 Zu der im Austrittsbericht der Klinik H.____, [...], vom 12. August 2015 (vgl. E. II. 6.10 hiervor) ausgewiesenen Hauptdiagnose einer «posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)», welche im Austrittsbericht der Klinik X.____ vom 19. Mai 2016 (vgl. E. II. 6.14 hiervor) lediglich noch als Verdachtsdiagnose aufgeführt wurde, hielt Dr. med. AG.____ fest, diese lasse sich im hiesigen klinischen Befund nicht bestätigen, da die entsprechenden ICD-10 Achsenkriterien fehlten. Diesen Ausführungen kann zugestimmt werden. So kann zunächst festgehalten

werden, dass im Bericht der Klinik H.____ vom 12. August 2015 sowohl auf die Hauptdiagnose als auch auf die ebenfalls ausgewiesene psychiatrische Nebendiagnose einer «mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1)» nicht weiter eingegangen wurde, weshalb diese nicht ohne weiteres nachvollziehbar sind. In diesem Sinn hielt auch der RAD-Arzt Dr. med. B.____ in seiner Stellungnahme vom 1. Februar 2016 (vgl. E. II. 6.13 hiervor) fest, weder eine PTBS noch eine mittelgradig ausgeprägte Depression liessen sich aufgrund der Angaben zur Anamnese und der aufgeführten Befunde nachvollziehen. Die erwähnten depressiven Symptome entsprächen einer leichten Episode. Diese Einschätzungen erweisen sich als korrekt. So wurde in Bezug auf den Psychostatus beim Eintritt in die Klinik u.a. Folgendes festgehalten: «ohne Bewusstseinsstörungen, allseits orientiert, ohne Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, ohne formale Denkstörungen, keine Befürchtungen oder Zwänge, kein Wahn, keine Sinnestäuschungen, keine Ich-Störungen, leicht deprimiert, mittel ausgeprägt ängstlich, keine Antriebs- und psychomotorischen Störungen, keine Suizidalität» (IV-Nr. 76 S. 2). Aufgrund dieser Befunde lässt sich eine mittelgradige depressive Episode schwerlich nachvollziehen. Weiter bleibt unklar, worin der für eine posttraumatische Belastungsstörung gemäss ICD-10 F43.1 vorausgesetzte ausserordentlich gravierende auslösende Umstand (Ereignis oder Situation) bestehen sollte. Der Bericht scheint sich diesbezüglich auf Konflikte mit der Verwandtschaft in [...] zu beziehen. So wurde im Austrittsbericht vom 12. August 2015 festgehalten, dass diese die Beschwerdeführerin sehr beschäftigten und sich die Konflikthalte in Form von Verlustängsten ihres eigenen Gutes und in der Verteidigung und Kampf um ihre eigene Familie und ihrer Finanzen auch in ihren Träumen zeigten (IV-Nr. 76 S. 3). Die geschilderte Situation erscheint aber nicht als geeignet, eine PTBS auszulösen. Zudem machte die Beschwerdeführerin gegenüber dem psychiatrischen Teilgutachter Dr. med. AG.____ keine derartigen Angaben. So gab sie betreffend ihre Verwandten in [...] einzig an, im vergangenen Jahr mit dem PW in die Heimat gefahren zu sein, um Familie und Verwandte zu besuchen (IV-Nr. 162 S. 185). Es vermag daher zu überzeugen, dass Dr. med. AG.____ die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht bestätigen konnte. Der Beweiswert seines psychiatrischen Teilgutachtens wird durch den Austrittsbericht der Klinik H.____ nicht eingeschränkt.

7.2.5.3 Insgesamt vermögen die psychiatrischen Vorberichte den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht zu verringern. 8. Es ist auf die gegen das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle E.____ gerichteten Vorbringen der Beschwerdeführerin einzugehen: 8.1 Die Beschwerdeführerin lässt vorbringen, die Beschwerdegegnerin habe keine Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 durchgeführt (A.S. 25 ff.). Diesbezüglich kann festgehalten werden, dass im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens der Gutachterstelle E.____ vom 8. Juli 2019 (vgl. E. II. 6.22 hiervor) keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert wurde. Da mit einer Indikatorenprüfung eine im Rahmen einer psychiatrischen Diagnose attestierte Arbeitsunfähigkeit validiert wird, erübrigt sich im vorliegenden Fall die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 (vgl. dazu BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429). 8.2 Die Beschwerdeführerin stellt sich im Weiteren auf den Standpunkt, der psychiatrische Gutachter Dr. med. AG.____ habe in seiner Stellungnahme vom 6. März 2019 nicht die Wahrheit geschrieben, als er sich angeschickt habe, die «Einlassung des Rechtsvertreters» als «nicht korrekt» zu bezeichnen, was durch die Tonaufnahme vom 25. Februar 2019 klar belegt sei. Somit habe er offensichtlich falsche Aussagen gemacht. Dieser Umstand führe zur Nichtverwertbarkeit des Gutachtens

(A.S. 35). 8.2.1 Die psychiatrische Begutachtung fand am 25. Februar 2019 statt. Tags darauf liess die Beschwerdeführerin vorsorglich ein Ausstandsbegehren gegen Dr. med. F.____ stellen (IV-Nr. 149). Dieses bezog sich im Wesentlichen auf eine Stelle der gutachterlichen Exploration, die durch die Beschwerdeführerin als «unnötige Provokation» beschrieben wurde. Sie machte im Ausstandsgesuch geltend, der Gutachter habe ihre Aussage, sie wisse nicht, wann sie das Antidepressivum abgesetzt habe, mit der Antwort quittiert: «Sie wissen wenig». Anschliessend habe er sie gefragt, ob sie Autofahren könne, wenn sie so wenig wisse. Sie habe sich dadurch angegriffen gefühlt und ihr Tonfall sei energisch geworden, worauf der Gutachter mit dem Abbruch der Exploration gedroht habe. Als sie daraufhin angeboten habe, es nochmals zu versuchen, habe er geantwortet: «Wollen wir es nochmals probieren, es wäre nicht gut für Sie glaube ich». Dabei handle es sich um unhöfliche Bemerkungen, welche als unnötige Provokation einzustufen seien und belegten, dass der Gutachter befangen gewesen sei. 8.2.2 Die Beschwerdegegnerin liess den Gutachter zum Ausstandsgesuch Stellung nehmen. Dieser antwortete am 6. März 2019 (IV-Nr. 152) unter anderem, mit der Versicherten sei in der psychiatrischen Begutachtung freundlich, sachlich, entgegenkommend, verständnisvoll, unvoreingenommen und stets korrekt kommuniziert worden. Es seien keine Vorwürfe oder gar Drohungen seitens des Untersuchers formuliert worden. Die Einlassungen des Rechtsvertreters seien also nicht korrekt. 8.2.3 Die Beschwerdeführerin lässt vorbringen, sie habe während der Begutachtung heimlich Tonaufnahmen erstellt. Aus diesen ergebe sich, dass sich der Gutachter sehr wohl so geäussert habe, wie es im Ausstandsgesuch beschrieben werde. Die Tonaufnahmen wurden ohne Wissen des Gutachters erstellt. Sie sind in Gesetz und Verordnung (in den damals und auch heute noch geltenden Fassungen) nicht vorgesehen und bilden daher keine zulässigen Beweismittel. Der Argumentation der Beschwerdeführerin, welche sich auf illegal beschaffte Beweismittel stützt, kann daher schon aus diesem Grund nicht gefolgt werden. Anzuführen bleibt, dass sich aus den Tonaufnahmen auch inhaltlich kein Anhaltspunkt für eine Voreingenommenheit des Gutachters ableiten lässt. Es fällt auf, dass die Beschwerdeführerin zu Beginn nur äusserst zögernd und einsilbig Auskunft gab. Auch die zweifellos relevante Frage, wann sie das Antidepressivum abgesetzt habe, beantwortete sie nicht, respektive mit der Behauptung, sie wisse es nicht. Wenn sich der Experte daraufhin (ca. bei 10 Minuten der Tonaufnahme) einer leichten Provokation bediente («Sie wissen wenig», «können Sie Autofahren, wenn Sie so wenig wissen?»), um die Explorandin aus der Reserve zu locken und ihr wenig kooperatives Aussageverhalten zu beeinflussen, leuchtet dies ein und kann nicht als Ausdruck von Befangenheit gelten. Unabhängig davon kann es in einer Exploration durchaus sinnvoll sein, die betroffene Person ein wenig zu provozieren, um ihre Reaktion zu testen. Nachdem die Beschwerdeführerin aggressiv und laut reagiert hatte, sagte der Gutachter, er lasse sich nicht anschreien, und fragte, ob man lieber abrechnen solle. Auch dieses Vorgehen lässt sich nicht beanstanden, ging es doch darum, die Beschwerdeführerin zu einem normalen, anständigen Gesprächsverhalten zu veranlassen. Eine «Drohung» kann darin nicht erblickt werden. In diesem Zusammenhang ist auch zu berücksichtigen, dass der Gutachter durchgehend höflich blieb und in einem freundlichen Tonfall sprach. Die anschliessende Bemerkung des Gutachters, es wäre nicht gut für die Beschwerdeführerin, wenn die Exploration abgebrochen werden müsste, zeigt ebenfalls auf, dass ein Abbruch keinesfalls angestrebt wurde. Letztlich war das Vorgehen des Experten, einschliesslich der leichten Provokation, durchaus erfolgreich, kam doch in der Folge ein normales Gespräch zustande, das in einem anständigen und ruhigen Tonfall geführt wurde. Der im Gutachten

festgestellte psychiatrische Befund, wonach die Beschwerdeführerin im Gespräch ruhig und gelassen, initial angespannt und leicht reizbar, jedoch im Laufe der Exploration zunehmend auflockernd gewesen sei (vgl. IV-Nr. 162 S. 186 unten), wird durch die Tonaufnahmen bestätigt. Die geltend gemachte Befangenheit oder fehlende Ergebnisoffenheit lässt sich daraus nicht ableiten.

8.3 Die Beschwerdeführerin stellt sich auf den Standpunkt, da die Unterschriften der Gutachter der Gutachterstelle E.____ und auch der Nachweis einer elektronischen Signatur weiterhin fehlten, vermöge das Gutachten in formeller Hinsicht nicht zu überzeugen (A.S. 38). Im Gutachten vom 8. Juli 2019 wurde diesbezüglich explizit festgehalten (IV-Nr. 162 S. 198 unten), dass das Gutachten im Nachgang zu einer formell und materiell korrekt durchgeführten Konsensbesprechung von den einzelnen Gutachterinnen und Gutachtern nicht mehr handschriftlich, sondern mit einer elektronischen Signatur unterzeichnet werde. Ausserdem wurde darauf hingewiesen, dass die elektronischen Signaturen der beteiligten Gutachterinnen und Gutachter im elektronischen PDF-Dokument hinterlegt seien. Da dieses Dokument indes nicht ersichtlich war, bat die Beschwerdegegnerin die Gutachterstelle E.____ mit Schreiben vom 13. Februar 2020 (IV-Nr. 190), um Nachreichung der elektronischen Signaturen. Da die Gutachterstelle E.____ dieser Aufforderung nicht nachkam, erinnerte die Beschwerdegegnerin sie am 14. April 2020 (IV-Nr. 196) und 10. Juni 2020 (Protokolleintrag) nochmals daran. Aufgrund der vorliegenden Akten ist davon auszugehen, dass das entsprechende Dokument bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 24. Juni 2020 der Beschwerdegegnerin noch nicht vorgelegen hat. Obschon das Verhalten der Gutachterstelle E.____ in Bezug auf die Herausgabe der beantragten elektronischen Signaturen befremdlich erscheint, handelt es sich bei den fehlenden Signaturen weder um einen erheblichen Mangel an der Expertise noch bildet es ein Erfordernis für dessen Beweiswert (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C_114/2017 vom 21. August 2017 E. 7.2.1). Der Beweiswert des Gutachtens der Gutachterstelle E.____ wird dadurch jedenfalls nicht geschmälert.

8.4 Der Auffassung, dass die Gutachterstelle E.____ im vorliegenden Fall eine neuropsychologische Abklärung hätte durchführen müssen (A.S. 41), kann nicht gefolgt werden. So konnten bei der im Rahmen des neurologischen Teilgutachtens durchgeführten Prüfung der neuropsychologischen Funktionen keine Auffälligkeiten festgestellt werden (vgl. IV-Nr. 162 S. 110 unten), die zu weiteren Abklärungen auf dem medizinischen Fachgebiet der Neuropsychologie Anlass gegeben hätten. In diesem Sinn hielt bereits der RAD-Arzt Dr. med. B.____ in seiner Stellungnahme vom 30. März 2020 (vgl. E. II. 6.25 hiervor) fest, es bestünden in der Anamnese keine Anhaltspunkte für eine mögliche hirnorganische Läsion, weshalb allfällige Auffälligkeiten wiederum im Rahmen der psychiatrischen Problematik zu beurteilen wären.

8.5 Die Beschwerdeführerin beanstandet weiter, dass sechs von ihr beantragte Ergänzungsfragen zum Gutachten vom 9. Juli 2019 nicht der Gutachterstelle E.____ zur Beantwortung unterbreitet wurden. Dieser Einwand ist ebenfalls unbegründet:

8.5.1 Die erste Frage lautet, warum die Begutachtungsstelle von einer vollständigen Remission der psychischen Störung im Zeitpunkt der Begutachtung 2019 ausgehe, obwohl die Klinik H.____ in ihrem Austrittsbericht vom 12. August 2015 noch von einer Chronifizierung und Persistierung des Beschwerdebildes ausgegangen sei. Dem Gutachten der E.____ vom 9. Juli 2019 lässt sich entnehmen, dass die Experten die in der Klinik H.____ gestellten Diagnosen, insbesondere die Hauptdiagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung (vgl. E. II. 6.10 hiervor), nicht bestätigten, und dies auch nicht rückblickend. Diese grundlegend abweichende Beurteilung erklärt auch ohne weiteres die unterschiedliche Verlaufsbeurteilung.

8.5.2 Die zweite Frage nimmt Bezug auf

die Empfehlung im Gutachten, zur weiteren Stabilisierung sowie zur Rezidivprophylaxe sei eine Fortsetzung der bisherigen Therapie zu empfehlen, und verlangt Auskunft darüber, warum auf eine Verlaufsbeurteilung und auf eine fremdanamnestiche Abklärung bei der behandelnden Psychiaterin verzichtet worden sei. Auch diesbezüglich erübrigen sich zusätzliche Nachfragen, denn die Notwendigkeit einer Fremdanamnese ist durch den Gutachter zu beurteilen, während nicht ersichtlich ist, warum die Empfehlung, die Therapie fortzusetzen, eine Verlaufsbeurteilung als notwendig erscheinen lassen sollte.

8.5.3 Die Beschwerdeführerin hat im ihr durch die Gutachterstelle unterbreiteten Fragebogen erklärt, sie sei im Juli/August 2018 drei Wochen in Mazedonien gewesen (IV-Nr. 162 S. 32). Im psychiatrischen Teilgutachten wird sie mit der Aussage zitiert, sie sei im vergangenen Jahr zusammen mit der Familie mit dem eigenen Personenwagen für drei Wochen in die mazedonische Heimat gereist, nicht um Urlaub zu machen, sondern um Familie und Verwandte zu besuchen (IV-Nr. 162 S. 185). Auch im früheren Gutachten der Gutachterstelle C.____ vom 23. März 2015 (vgl. E. II. 6.8 hiavor) wurden bereits jährliche Fernreisen in die Heimat erwähnt (IV-Nr. 46.1 S. 8 f. und S. 10 unten). Wenn der psychiatrische Gutachter ausführt, die Beschwerdeführerin sei in der Lage, ein Kraftfahrzeug zu führen «und auch ausgedehnte Reisen in die mazedonische Heimat zu unternehmen» (IV-Nr. 162 S. 190), bezieht er sich offensichtlich auf diese Informationen.

8.5.4 Der Umstand, dass die im Gutachten vom 9. Juli 2019 gestellte gute Prognose von derjenigen im früheren Gutachten der Gutachterstelle C.____ vom 23. März 2015 (vgl. E. II.

E. 7

Dr. med. F.____, c/o E.____, [...] sei gerichtlich als Zeuge unter gleichzeitigem Abspielen der Tonaufnahme vom 25. Februar 2019 zu befragen (Beweisthema: Widerspruch zwischen der Tonaufnahme des Explorationsgespräches vom 25. Februar 2019 und der schriftlichen Stellungnahme vom 6. März 2019, Unkenntnis des Fragebogens vom 12. Februar 2019 sowie Widersprüche in der Beurteilung der E.____).

E. 8

Das vorliegende Beschwerdeverfahren sei bis zum Vorliegen der Erkenntnisse der laufenden berufspraktischen Erprobung der Versicherten bei der G.____ und bis zum rechtskräftigen Abschluss der laufenden Beschwerdeverfahren VSBES.2019.237 und VSBES.2019.229 vor dem Versicherungsgericht des Kantons Solothurn zu sistieren.

E. 9

Juli 2019 lässt sich entnehmen, dass die Experten die in der Klinik H.____ gestellten Diagnosen, insbesondere die Hauptdiagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung (vgl. E. II. 6.10 hiavor), nicht bestätigten, und dies auch nicht rückblickend. Diese grundlegend abweichende Beurteilung erklärt auch ohne weiteres die unterschiedliche Verlaufsbeurteilung.

8.5.2 Die zweite Frage nimmt Bezug auf die Empfehlung im Gutachten, zur weiteren Stabilisierung sowie zur Rezidivprophylaxe sei eine Fortsetzung der bisherigen Therapie zu empfehlen, und verlangt Auskunft darüber, warum auf eine Verlaufsbeurteilung und auf eine fremdanamnestiche Abklärung bei der behandelnden Psychiaterin verzichtet worden sei. Auch diesbezüglich erübrigen sich zusätzliche Nachfragen, denn die Notwendigkeit einer Fremdanamnese ist durch den Gutachter zu beurteilen, während nicht ersichtlich ist, warum die Empfehlung, die Therapie fortzusetzen, eine Verlaufsbeurteilung als notwendig erscheinen lassen sollte.

8.5.3 Die Beschwerdeführerin hat im ihr durch die Gutachterstelle unterbreiteten Fragebogen erklärt, sie sei im Juli/August 2018 drei Wochen in Mazedonien gewesen (IV-Nr. 162 S. 32). Im psychiatrischen Teilgutachten wird sie mit der Aussage zitiert, sie sei im vergangenen Jahr zusammen mit der Familie mit dem eigenen Personenwagen für drei Wochen in die mazedonische Heimat gereist, nicht um Urlaub zu machen, sondern um Familie und Verwandte zu besuchen (IV-Nr. 162 S. 185). Auch im früheren Gutachten der Gutachterstelle C. ___ vom 23. März 2015 (vgl. E. II. 6.8 hiavor) wurden bereits jährliche Fernreisen in die Heimat erwähnt (IV-Nr. 46.1 S. 8 f. und S.

E. 10

unten). Wenn der psychiatrische Gutachter ausführt, die Beschwerdeführerin sei in der Lage, ein Kraftfahrzeug zu führen «und auch ausgedehnte Reisen in die mazedonische Heimat zu unternehmen» (IV-Nr. 162 S. 190), bezieht er sich offensichtlich auf diese Informationen.

8.5.4 Der Umstand, dass die im Gutachten vom 9. Juli 2019 gestellte gute Prognose von derjenigen im früheren Gutachten der Gutachterstelle C. ___ vom 23. März 2015 (vgl. E. II. 6.8 hiavor) abweicht, bedarf angesichts des zeitlichen Abstands keiner Erläuterung. Es kommt hinzu, dass die damalige Begutachtung eine Arbeitsunfähigkeit aus dermatologischer Sicht ergab, welche in der Folge auch von den behandelnden Fachärzten nicht bestätigt wurde. Damit beantwortet sich auch die fünfte Ergänzungsfrage.

8.5.5 Die Fragen nach Eingliederungsmassnahmen ist primär rechtlicher Natur und daher nicht durch den Gutachter zu beantworten.

9. Zusammenfassend vermögen weder die medizinischen Vorakten noch die Vorbringen der Beschwerdeführerin den Beweiswert des Gutachtens der Gutachterstelle E. ___ vom 8. Juli 2019 in Zweifel zu ziehen. Diesem ist somit der volle Beweiswert beizumessen. Dies stellte bereits der RAD-Arzt Dr. med. B. ___ in seinen Stellungnahmen vom 6. November 2019 und 30. März 2020 fest (vgl. E. II. 6.24 f. hiavor). Daran vermag auch das Vorbringen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern, wonach aufgrund der in anonymisierter Form erhaltenen 79 Gutachten der Gutachterstelle E. ___ 14 potentiell zu IV-Rentenleistungen berechtigen würden (A.S. 45). So lässt sich aus diesem Vorbringen kein konkreter Zusammenhang mit dem vorliegenden Fall ableiten. Es kann somit auch auf die im polydisziplinären Gutachten ausgewiesene Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin abgestellt werden. Somit ist die Beschwerdeführerin seit 2008 / 2009 in der bisherigen Tätigkeit als Pflegehelferin nicht mehr arbeitsfähig. In einer angepassten Tätigkeit ist ihr jedoch eine volle Arbeitsfähigkeit zumutbar (vgl. E. II. 6.22 i.V.m. IV-Nr. 162 S. 78).

10. Nach den Ergebnissen des Gutachtens war die Beschwerdeführerin spätestens ab August 2014 in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig. Diese Einschätzung ist plausibel. Insbesondere bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass nach diesem Zeitpunkt eine längerdauernde, erhebliche psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit bestanden hätte. Die Ergebnisse des Gutachtens der Begutachtungsstelle C. ___ vom 23. März 2015 wurden durch das neue polydisziplinäre Gutachten im Wesentlichen (mit Ausnahme der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit aus dermatologischer Sicht, welche auch von den behandelnden Ärzten nicht geteilt wird und auch Anlass zur früheren gerichtlichen Rückweisung gab) bestätigt. Auch das vom Unfallversicherer eingeholte Gutachten der Gutachterstelle AA. ___ vom 13. Dezember 2018 (vgl. E. II. 6.19 hiavor) gelangte zu einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer geeigneten Verweistätigkeit. Die

abweichenden Arztberichte führen zu keinem anderen Ergebnis. Insbesondere kann der Beurteilung der Klinik H.____ mit der Hauptdiagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung und den Stellungnahmen der behandelnden Psychiaterin pract. med. I.____ aus den genannten Gründen nicht gefolgt werden. Eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit, welche geeignet sein könnte, einen Rentenanspruch zu begründen, ist daher (auch) für die Zeit ab August 2014 nicht ausgewiesen (vgl. die Invaliditätsbemessung in den nachfolgenden Erwägungen).

11. Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin bei der Berechnung des IV-Grades zu Recht die gemischte Methode herangezogen hat (A.S. 5 f.). Daher ist zunächst der Frage nachzugehen, ob sich seit dem mit Urteil VSBES.2016.175 vom 7. November 2017 auf den damals zu beurteilenden Zeitraum bis 19. Mai 2016 festgestellten Status von 70 % (ausserhäusliche Tätigkeit) : 30 % (Haushalt / Kinderbetreuung) allfällige Änderungen ergeben haben.

11.1 Ob und gegebenenfalls in welchem zeitlichen Umfang eine in einem Aufgabenbereich tätige versicherte Person (Art. 5 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 8 Abs. 3 ATSG) im Gesundheitsfall erwerbstätig wäre (Statusfrage), ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 141 V 15 E. 3.1 S. 20). Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre (BGE 133 V 504 E. 3.3 S. 507). Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen (vgl. Art. 27 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]) sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügung ■ hier: 24. Juni 2020 ■ entwickelt haben (Urteile des Bundesgerichts 9C_281/2017 vom 4. Juli 2017 E. 3.1 mit vielen Hinweisen, vgl. auch 8C_735/2020 vom 26. Januar 2021 E. 5.1).

11.2 Im Zeitpunkt des Urteils VSBES.2017.175 vom 17. November 2017 wurde die Statusfrage im Wesentlichen wie folgt begründet: Die beiden Kinder (geb. [...] 2006 und [...] 2011) waren im vorliegend relevanten Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 19. Mai 2016 aufgrund ihres Alters von knapp 5 und 10 Jahren mittlerweile relativ selbstständig und bedurften keiner sehr intensiven Betreuung mehr. Die Beschwerdeführerin arbeitete vor der Geburt des zweiten Kindes bereits in einem Teilpensum von 90 % beim V.____ und reduzierte dieses Arbeitspensum nach der Geburt um 20 % auf 70 %. Der Ehemann der Beschwerdeführerin arbeitete zu 100 % in einem Zwei-Schicht-Betrieb und konnte sich deshalb teilweise auch um die Kinder kümmern. Finanzielle Probleme waren gemäss den vorliegenden Akten nicht dokumentiert. So war es der Familie möglich, die Schwiegereltern in [...] finanziell zu unterstützen. Zudem gab die Beschwerdeführerin gegenüber der Beschwerdegegnerin bereits im Intake-Gespräch an, dass sie ohne eine gesundheitliche Beeinträchtigung in einem reduzierten Arbeitspensum von 70 % tätig wäre. Als Grund für das reduzierte Pensum führte die Beschwerdeführerin die Betreuung ihrer Kinder an.

11.3 Bis zum Zeitpunkt der hier angefochtenen Verfügung vom 24. Juni 2020 (A.S. 1 ff.) präsentierte sich die Aktenlage wie folgt:

11.3.1 Die Beschwerdeführerin erklärte im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung bei der Gutachterstelle E.____, sie habe drei Kinder im Alter von 13, 8 und 2 Jahren (IV-Nr. 162 S. 185). Die private Situation hatte sich also in der Zwischenzeit insofern verändert, als die beiden in den Jahren 2006 und 2011 geborenen Kinder älter geworden waren und weniger Betreuung benötigten. Inzwischen war aber ein drittes Kind geboren worden, welches im Zeitpunkt der Begutachtung erst zwei Jahre alt war. Weiter führte die Beschwerdeführerin aus, ihr Ehemann arbeite als Lagerarbeiter zu 100 %, überwiegend nachts. Die Eltern lebten etwa fünf Minuten entfernt, die Mutter könne ihr jedoch weder im Haushalt noch in der Kinderbetreuung helfen, da sie sich nicht gesund fühle. Die Beschwerdeführerin stehe üblicherweise zwischen 6.00 Uhr und 6.30 Uhr auf und schaue, dass die beiden älteren Kinder gut in die Schule kämen, die zweijährige Tochter betreue sie selber zu Hause (4-Zimmer-Mietwohnung). Ihr Mann arbeite überwiegend im Nachtdienst als Lagerarbeiter. Tagsüber versuche sie, je nach ihren Möglichkeiten und gesundheitlichen Einschränkungen, die Einkäufe und die Hausarbeit zu erledigen. Beim Autofahren gebe es keine Probleme, sie fahre einen Schaltwagen. Ihr Ziel sei eine körperlich leichte Tätigkeit mit einem Pensum von 50 % zu finden, hierfür habe sie vor kurzem auch ihren Lebenslauf aktualisiert. Sie könne sich bspw. eine Tätigkeit im Verkauf vorstellen (IV-Nr. 162 S. 185). Im «Fragebogen zur Begutachtung» vom 12. Februar 2019 (IV-Nr. 162 S. 28 ff.) gab sie weiter an, sie sehe sich in einer Tätigkeit wie dem Verkauf oder als Lagermitarbeiterin in einem Pensum von 50 % arbeitsfähig, benötige aber Hilfe, weil sie Angst habe. Im Rahmen des dermatologischen Teilgutachtens wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin sehe sich für den hypothetischen Fall, dass die Hauterkrankung ihre einzige gesundheitliche Einschränkung wäre, für Tätigkeiten ohne Hautbelastung mit einem Pensum von 100 % arbeitsfähig (IV-Nr. 162 S. 73). In der orthopädischen Teilbegutachtung gab die Beschwerdegegnerin in Bezug auf die berufliche Perspektive an, sich leichte Arbeiten in einem Pensum von 50 % vorstellen zu können (IV-Nr. 162 S. 146).

11.3.2 Die Abklärungsfachfrau D.____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 11. Mai 2019 (vgl. E. II. 6.26 hiervor) fest, es habe sich seit dem Gerichtsurteil vom 7. November 2017 an der Lebenssituation der Beschwerdeführerin nichts verändert. Daher sei am Status festzuhalten. Die Einschränkung im Bereich Haushalt sei heute mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kleiner als bei der Abklärung vor Ort am 29. Juli 2015. Eine erhöhte Einschränkung wäre medizinisch nicht nachvollziehbar. Bei einem Haushaltanteil von 30 % vermöchten auch Einschränkungen in einem ausserordentlich hohen Ausmass keine Rente zu begründen. Daher könne auf eine Abklärung vor Ort im Bereich der Haushaltstätigkeiten verzichtet werden.

11.3.3 Gemäss dem Einsatzvertrag bei der Firma AI.____ vom 27. Mai 2020 (IV-Nr. 204 S. 9) war die Beschwerdeführerin seit dem 29. Mai 2020 bei der Firma AJ.____ in [...] als temporäre Angestellte in der Funktion als Postmitarbeiterin in der Briefsortierung im 3-Schicht-Betrieb tätig. Dieses Arbeitsverhältnis ist unbefristet und die Arbeitszeit beträgt pro Woche durchschnittlich 25 Stunden, was einem Arbeitspensum von 60 % entspricht.

11.4 Vor diesem Hintergrund ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin auch im Gesundheitsfall weiterhin nicht einer Erwerbstätigkeit im Umfang eines Pensums von 100 % nachgehen würde. Zwar bedurften die beiden älteren Kinder im Zeitpunkt der Verfügung vom 24. Juni 2020 mit ihren 9 und 14 Jahren keiner intensiven Betreuung durch ihre Mutter mehr. Da sich die Kinder in schulpflichtigem Alter befinden, ist zudem davon auszugehen, dass sie einen grossen Teil

des Tages nicht mehr zu Hause verbringen. Anders beurteilt sich die Situation jedoch mit Blick auf das jüngste Kind, das im Zeitpunkt der Verfügung vom 24. Juni 2020 erst circa drei Jahre alt war und somit noch einer intensiven Betreuung durch die Beschwerdeführerin bedurfte. So gab die Beschwerdeführerin auch an, ihre jüngste Tochter selber zuhause zu betreuen (vgl. E. II. 11.3.1 hiervor). Weiter ist aufgrund der vorstehend zitierten Aussagen der Beschwerdeführerin davon auszugehen, dass ihre Eltern ■ insbesondere ihre Mutter ■ nicht mit der Kinderbetreuung betraut werden können. Somit liegt die Betreuungspflicht allein bei der Beschwerdeführerin und ihrem Ehemann, wobei dieser weiterhin als Lagerarbeiter 100 % insbesondere in der Nacht tätig ist und daher bei der Betreuung der Kinder tagsüber mithelfen kann. Die Beanspruch einer Kindertagesstätte käme laut den Angaben der Beschwerdeführerin aus Kostengründen nicht infrage. Dies leuchtet ein.

11.5 Zusammenfassend ist nicht von einer wesentlichen Veränderung der Verhältnisse der Beschwerdeführerin seit dem Urteil des Versicherungsgerichts VSBES.2016.175 vom 7. November 2017 auszugehen. Es kann folglich auch weiterhin vom damals festgelegten Status von 70 % (ausserhäusliche Tätigkeit) : 30 % (Haushalt / Kinderbetreuung) ausgegangen werden. Somit hat die Beschwerdegegnerin bei der Berechnung des IV-Grades zu Recht die gemischte Bemessungsmethode herangezogen. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Ausführungen der Abklärungsfachfrau D. ___ im Bericht vom 11. Mai 2019 (vgl. E. II. 6.26 hiervor) auf die erneute Durchführung einer Haushaltabklärung verzichtet hat (vgl. E. II. 5 hiervor). Daran vermag das von der Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang vorgebrachte Argument, wonach bei der Firma AJ. ___ sogar ein Pensum von 80 ■ 100 % angestrebt werde (A.S. 51), nichts zu ändern. Denn im hier massgeblichen Zeitpunkt vom 24. Juni 2020 war die Beschwerdeführerin in einem unbefristeten Arbeitspensum von 60 % tätig. Für eine allfällige Erhöhung des Erwerbspensums sind in den vorliegenden Akten keine konkreten Anhaltspunkte ersichtlich.

11.6 Selbst wenn man stattdessen von der Darstellung der Beschwerdeführerin ausginge und es als überwiegend wahrscheinlich ansähe, dass sie im Gesundheitsfall einer vollzeitlichen Erwerbstätigkeit nachginge, würde sich mit der gutachterlich festgestellten Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer angepassten Tätigkeit kein rentenbegründender Invaliditätsgrad ergeben, wie aus den nachfolgenden Erwägungen deutlich wird.

E. 11

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 4. Mit prozessleitender Verfügung vom 21. September 2020 (A.S. 57 f.) wird das Gesuch der Beschwerdeführerin, das vorliegende Beschwerdeverfahren bis zum Vorliegen der Erkenntnisse der laufenden berufspraktischen Erprobung der Beschwerdeführerin bei der G. ___ und bis zum rechtskräftigen Abschluss der laufenden Beschwerdeverfahren VSBES.2019.237 und VSBES.2019.229 vor dem Versicherungsgericht zu sistieren, abgewiesen. Dazu ist anzufügen, dass das Versicherungsgericht inzwischen in beiden Verfahren das Urteil gefällt hat. 5. Im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 23. November 2020 (A.S. 64) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. 6. Die mit Eingabe vom 8. Dezember 2020 eingereichte Honorarnote des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin (A.S. 66 ff.), geht mit Verfügung vom 9. Dezember 2020 (A.S. 70) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin. 7. Mit Verfügung vom 25. März 2021 (A.S. 71 f.) werden die Parteien zur öffentlichen Verhandlung auf den 13. Oktober 2021, 14.00 Uhr, vorgeladen. 8. Der im Rahmen der

öffentlichen Verhandlung vom 13. Oktober 2021 (vgl. Protokoll der Verhandlung) gestellte Beweisantrag, die Urkunden 8, 9 und 10 seien als Beweismittel zu den Akten zu nehmen, wird gutgeheissen. Im Parteivortrag bestätigt der Vertreter der Beschwerdeführerin die gestellten Rechtsbegehren. 9. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 24. Juni 2020) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 144 V 224 E. 6.1.1 S. 232, 131 V 242 E. 2.1 S. 243). 2. Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und 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 sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. 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. 2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG). 2.2 In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall wird eine gesundheitliche Beeinträchtigung seit dem 8. September 2013 geltend gemacht (IV-Nr. 14), d.h. eine rentenbegründende Invalidität könnte erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit im September 2014 vorliegen. Der Rentenanspruch wiederum entsteht – sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind – frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs vom 20. Februar 2014 (IV-Nr. 14 S. 6), was hier im August 2014 der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch könnte demnach frühestens ab 1. August 2014 gegeben sein. Damit sind die ab 1. Januar 2014 geltenden Bestimmungen des IVG massgebend. 2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung 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 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 261 E. 4). 3. 3.1 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale

Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

3.2 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126 f.).

3.3 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf 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. 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 (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4. Die Parteien begründen in ihren Rechtsschriften den jeweiligen Standpunkt wie folgt:

4.1 Die Beschwerdegegnerin hält in ihrer Verfügung vom 24. Juni 2020 (A.S. 1 ff.), im Wesentlichen fest, ihre Abklärungen hätten ergeben, dass die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Pflegehelferin nicht mehr tätig sein könne, weil diese Tätigkeit mit erheblicher und regelmässiger Hautbelastung verbunden sei. Durch das Tragen von Schutzhandschuhen könne diese Belastung zwar in gewissem, aber nicht ausreichendem Umfang vermieden werden. Eine der Behinderung optimal angepasste

Tätigkeit müsse frei von Kontakt mit hautbelastenden Stoffen sein, d.h. kein Kontakt zu Reinigungsmitteln, Desinfektionsmitteln, Säuren oder Laugen sowie längerer Feuchtarbeit. Eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sei nicht gegeben, d.h. der Beschwerdeführerin sei eine solche Tätigkeit in einem vollen Pensum zumutbar. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin heute bei voller Gesundheit einer ausserhäuslichen Tätigkeit im Ausmass von 70 % nachgehen würde. Entsprechend würden 30 % in den Aufgabenbereich Haushalt fallen. Unter Anwendung der gemischten Bemessungsmethode errechne sich aus den beiden Bereichen (ausserhäusliche Tätigkeit / Haushalt) ein Gesamtinvaliditätsgrad von 5 % im Jahr 2014 und aktuell von 15 %. Ein Rentenanspruch sei somit nicht entstanden. Gemäss aktueller Berechnung bestehe im ausserhäuslichen Bereich eine Einschränkung von 11 % (gerundet). Es sei davon auszugehen, dass sich die Einschränkung im Bereich der Haushaltstätigkeiten eher reduziert habe (weniger als 4.5 %). Bei einem Haushalt-Anteil von 30 % vermöchten auch Einschränkungen in einem ausserordentlich hohen Ausmass keine Rente zu begründen. Entsprechend könne auf eine Haushaltsabklärung verzichtet werden. Für Einzelheiten werde auf den Situationsbericht vom 24. Juli 2019 verwiesen, der einen festen Bestandteil dieses Entscheides bilde.

4.2 Die Beschwerdeführerin lässt dem in ihrer Beschwerdeschrift vom 13. August 2020 (A.S. 10 ff.) entgegenhalten, die vorhandenen psychiatrischen Akten erlaubten weiterhin keine schlüssige Beurteilung im Lichte der nun massgeblichen Beurteilungskriterien. So vermittele die vom durch die Begutachtungsstelle E.____ beizugezogenen psychiatrischen Teilgutachter Dr. med. F.____ diagnostizierte «leichte, angeblich weitgehend remittierte Angst- und depressive Störung, gemischt, nach ICD-10 F41.2» immerhin ein psychisches Störungsbild, welches den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage (sog. «Päus-BonoG») zugerechnet werden könne. Zumindest sei bei der widersprüchlichen Aktenlage ein solches Beschwerdebild nicht auszuschliessen. Indem sich die Beschwerdegegnerin geweigert habe, die bundesgerichtlich verlangte Indikatorenprüfung im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens durchzuführen, habe sie Art. 97 Abs. 1 BGG (Bundesgesetz über das Bundesgericht, SR 173.110) verletzt (A.S. 26). Gemäss BGE 141 V 281 sei bei der sog. Indikatorenprüfung im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens auch und besonders den Resultaten der beruflichen Eingliederung Rechnung zu tragen (E. 4.3.1.2; A.S. 27). Die Beschwerdegegnerin hätte deshalb vor der Begutachtung, spätestens aber vor der Indikatorenprüfung berufliche Integrationsmassnahmen durchführen, mindestens aber deren Resultate abwarten müssen (A.S. 29). Sie hätte daher zumindest die Ergebnisse des laufenden Eingliederungsprozesses bei der G.____ abwarten müssen. Dies habe sie aber nicht getan. Die so erfolgte Verletzung der Eingliederungspflicht durch die Beschwerdegegnerin müsse im vorliegenden gerichtlichen Beschwerdeverfahren ausserhalb der von der IV-Verwaltung einseitig gesammelten Akten evaluiert werden. Damit dränge sich eine gerichtliche Befragung derjenigen Personen auf, welche die Beschwerdeführerin auf ihrem Eingliederungsweg unterstützt hätten. Dabei handle es sich um die Eingliederungsfachfrau J.____ und um Herrn K.____, Fürsprecher, der im Namen der Rechtsschutzversicherung Kostengutsprache für die Eingliederungsmassnahmen erteilt habe. Auch sei das vorliegende Beschwerdeverfahren bis zum Vorliegen der Erkenntnisse der laufenden berufspraktischen Erprobung der Beschwerdeführerin bei der G.____ zu sistieren, andernfalls die dort gewonnenen Erkenntnisse im Beschwerdeverfahren im Rahmen der Indikatorenprüfung nicht berücksichtigt werden könnten (A.S. 31). Auf das Gutachten der Gutachterstelle E.____

könne auch inhaltlich nicht abgestellt werden. So fehle es im psychiatrischen Teilgutachten vom 8. Juli 2019 an einer inhaltlichen Auseinandersetzung mit den klassifikatorischen Vorgaben gemäss der vom Gutachter selber diagnostizierten leichten, weitgehend remittierten Angst- und depressiven Störung, gemischt nach ICD-10 F41.2 (vgl. S. 198 des Gutachtens) und der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, was vom Versicherungsgericht im Urteil vom 7. November 2017 bereits als mangelhaft deklariert worden sei und zur Kassierung des Gutachtens der Gutachterstelle C.____ geführt habe. Der Gutachter Dr. med. F.____ habe auch die Adoleszenz-Kriterien nach ICD-10 einer Persönlichkeitsstörung nach F60 falsch zitiert und damit einen schweren Diagnosefehler begangen (A.S. 32). In diesem Zusammenhang habe er auch die durch Frau I.____ im Bericht vom 2. April 2018 diagnostizierte kombinierte Persönlichkeitsstörung in Abrede gestellt. Der Psychiater habe sich denn auch nicht mit der durch die behandelnde Psychiaterin benannten Bedingung auseinandergesetzt (A.S. 33 f.). Dr. med. F.____ habe in seiner Stellungnahme vom 6. März 2019 zudem nicht die Wahrheit geschrieben, was durch die Tonaufnahmen vom 25. Februar 2019 klar belegt sei. Er sei zu diesen offensichtlich falschen Aussagen zu befragen. Dr. med. F.____ verwende zudem stereotype Leerformeln, die nicht zu überzeugen vermöchten (A.S. 35). Es finde keine inhaltliche Auseinandersetzung mit den durch den Gutachter festgestellten Befunden statt, wonach die Beschwerdeführerin auf den Gutachter «latent gereizt und angespannt wirke», Ein- und Durchschlafstörungen habe, eine rasche Ablenkbarkeit, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie Angstzustände und Alpträume vorhanden seien (A.S. 37). Zudem fehlten die Unterschriften der Gutachter und der Nachweis einer elektronischen Signatur, womit das Gutachten auch formell nicht zu überzeugen vermöge. Weiter habe die Beschwerdegegnerin die vom Versicherungsgericht mit Urteil vom 7. November 2017 angeordnete neue Haushaltsabklärung nicht vorgenommen (A.S. 47 f.). Frau D.____ habe auch gar nicht zum Gutachten der Gutachterstelle E.____ vom 8. Juli 2019 Stellung nehmen können, obwohl das Versicherungsgericht dies gefordert habe. Die Beschwerdeführerin habe mit dem angestrebten 80 bis 100%-Pensum bei der G.____ auch dokumentiert, dass sie im Gesundheitsfall tatsächlich 100 % arbeiten würde. Bereits nach dem 1. März 2010 habe sie versucht, im Wunschkpensum von 90 % Fuss zu fassen. Daher dürfe die gemischte Methode nicht angewendet werden. 5. 5.1 Mit dem Urteil VSBES.2016.175 vom 7. November 2017 (IV-Nr. 95 S. 5 ff.) hat das Versicherungsgericht die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die damaligen Erwägungen sind für das Gericht im vorliegenden Verfahren verbindlich, soweit der damals zu beurteilende Zeitraum bis zur Verfügung vom 19. Mai 2016 betroffen ist. Sie enthalten insbesondere die folgenden Festlegungen: 5.1.1 In E. II. 8.1 prüfte das Gericht den Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens der C.____ vom 23. März 2015. Es gelangte zum Ergebnis, das rheumatologische und das neurologische Teilgutachten würden den Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme gerecht. Demgegenüber vermöchten das dermatologische und das psychiatrische Teilgutachten nicht vollständig zu überzeugen. Deshalb seien ergänzende medizinische Abklärungen erforderlich (vgl. E. II. 8.2 des Urteils vom 7. November 2017). Weiter führte das Gericht aus (E. II. 9), da die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführer noch nicht abschliessend und umfassend abgeklärt worden sei, könnte auch nicht auf den Abklärungsbericht Haushalt vom 1. Oktober 2015 abgestellt werden. Da der von der Beschwerdegegnerin angenommene Status (Erwerbstätigkeit 70 %, Aufgabenbereich 30 %) zu bestätigen sei, werde die Beschwerdegegnerin nach Vorliegen der Ergebnisse der ergänzenden medizinischen Abklärungen auch eine neue

Haushaltsabklärung durchzuführen haben (E. II. 9.5.3 des Urteils vom 7. November 2017).

5.1.2 Zusammenfassend hielt das Versicherungsgericht in seinem Urteil VSBES.2016.175 vom 7. November 2017 fest, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei noch nicht umfassend abgeklärt und aufgrund des bis zum Verfügungszeitpunkt vom 19. Mai 2016 festgestellten Status (70 % ausserhäusliche Erwerbstätigkeit, 30 % Haushalt / Kinderbetreuung) sei bei der Berechnung des IV-Grades die gemischte Methode anzuwenden. Folglich wurde die Beschwerdegegnerin damit beauftragt, nach dem Vorliegen der Ergebnisse ergänzender medizinischer Abklärungen auch eine neue Haushaltsabklärung durchzuführen.

5.2 Es stellt sich zunächst die Frage, ob die Beschwerdegegnerin dem ihr mit Urteil VSBES.2016.175 vom 7. November 2017 durch das Versicherungsgericht erteilten Auftrag nachgekommen ist:

5.2.1 Nach dem Vorliegen des Urteils nahm die Beschwerdegegnerin zunächst Berichte des dermatologischen Spezialarztes Prof. Dr. med. L.____, Leiter Allergologie, Spital M.____, vom 13. Februar 2018 (IV-Nr. 103 S. 1 ff.), der Hausärztin Dr. med. N.____, Allgemeinärztin FMH, vom 1. März 2018 (IV-Nr. 105) und der behandelnden Psychiaterin pract. med. I.____ vom 2. April 2018 (IV-Nr. 109) zu den Akten. Aufgrund der anschliessend eingeholten Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. B.____ vom 7. Mai 2018 (IV-Nr. 113 S. 2) gab die Beschwerdegegnerin ein erneutes polydisziplinäres Gutachten in Auftrag, welches der Gutachterstelle E.____ zugeteilt und durch diese am 8. Juli 2019 erstattet wurde (IV-Nr. 162). Daraufhin bat die Beschwerdegegnerin die Abklärungsfachfrau D.____ um einen Situationsbericht, wobei sie auf den im Gerichtsurteil VSBES.2016.175 vom 7. November 2017 erwähnten neuen Haushaltsabklärungsbericht hinwies (IV-Nr. 167 S. 1). Im Situationsbericht vom 24. Juli 2019 führte die Abklärungsfachfrau D.____ aus, es könne auf eine Haushaltsabklärung an Ort und Stelle verzichtet werden (IV-Nr. 167 S. 2 f.). Es sei davon auszugehen, dass sich die Einschränkungen im Bereich der Haushaltstätigkeit eher reduziert hätten (weniger als 4.5 %). Bei einem Haushalt-Anteil von 30 % vermöchten auch Einschränkungen in einem ausserordentlich hohen Ausmass keine Rente zu begründen. Daran hielt die Abklärungsfachfrau sodann auch in ihrer Stellungnahme zum Einwand vom 11. Mai 2020 (IV-Nr. 198) fest, wobei sie ergänzend ausführte, dass sich die Lebenssituation der Beschwerdeführerin seit dem Gerichtsurteil vom 7. November 2017 nicht verändert habe und daher am im entsprechenden Urteil erhobenen Status (70 % ausserhäuslich erwerbstätig; 30 % im Haushalt tätig) festgehalten werden könne.

5.2.2 Die Beschwerdegegnerin hat somit nach dem Vorliegen des Urteils des Versicherungsgerichts VSBES.2016.175 vom 7. November 2017 weitere medizinische Akten eingeholt und eine neue polydisziplinäre Begutachtung veranlasst. Zudem erging nach dem Vorliegen der medizinischen Abklärungen ein Auftrag an die Abklärungsfachfrau D.____. Deren Situationsbericht vom 24. Juli 2019 basiert nicht auf einer neuen Abklärung vor Ort. Die Abklärungsfachperson begründet dies damit, dass sich der Status nicht verändert habe und die Einschränkungen im Haushalt angesichts der neuen medizinischen Aktenlage eher geringer einzuschätzen wären. Diese Überlegungen sind, sollten sie zutreffen, grundsätzlich geeignet, den Verzicht auf eine Abklärung vor Ort zu begründen. Es kann somit nicht gesagt werden, die Beschwerdegegnerin habe die Vorgaben des Rückweisungsurteils verletzt. Ob die Einschätzung der Abklärungsfachfrau korrekt war, wird noch zu prüfen sein. Es ist aber festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin den ihr durch das Versicherungsgericht mit Urteil VSBES.2016.175 vom 7. November 2017 auferlegten Verpflichtungen nachgekommen ist, ohne dass bereits an dieser Stelle zu prüfen wäre, ob ihr Vorgehen auch inhaltlich zu überzeugen vermag.

6. Für die Beurteilung der

Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin sind im Wesentlichen die folgenden
Unterlagen relevant: 6.1 Prof. Dr. med. K.____, Leitender Arzt, M.____,
Dermatologie -Allergologie, hielt im Bericht vom 22. Mai 2013 (IV-Nr. 23 S. 14 f.)
folgende Diagnosen fest: Verdacht auf chronisch-irritatives Handekzem –
Kontakt-Sensibilisierung gegen Thiurame ohne aktuelle klinische Relevanz Die
Beschwerdeführerin übe etwa seit zehn Jahren eine berufliche Tätigkeit in der
Krankenpflege aus. Vor etwa sechs Jahren sei es erstmalig zu einem passageren Auftreten
von Hautveränderungen an den Händen gekommen. Seit über einem Jahr seien jedoch
erneut Hautveränderungen aufgetreten, die in den Ferien (etwa 14 Tage) komplett abgeheilt
seien. Während dieser Zeit habe sie auch keine Hausarbeiten durchgeführt. Auch nach
einem Wechsel von Latex- auf Vinyl-Handschuhe habe es keine Befundverbesserung
gegeben. Die Hautveränderungen sprächen gut auf eine Lokaltherapie mit Elocrom-Crème
an, die aber anfangs zu einem Brennen der Haut führe, nach Absetzen trete jedoch rasch
wieder ein Rezidiv ein. Sie verwende als Hautschutz ein im O.____ vorhandenes Präparat.
Besondere Triggerfaktoren beruflicher oder ausserberuflicher Art würden verneint. Die jetzt
durchgeführte allergologische Untersuchung mit potenziell relevanten Kontakt-Allergenen
habe keinen Hinweis auf eine Sensibilisierung ergeben. Trotz der anamnestisch raschen
Abheilung nach der Unterbrechung der beruflichen Tätigkeit scheine danach doch ein
irritatives Handekzem vorzuliegen. Dafür spreche auch der Wechsel von Latex- zu
Vinyl-Handschuhen, da erstere gelegentlich, letztere aber keine Thiurame enthielten. Da es
unter Anwendung der Elocrom-Salbe zu keiner erkennbaren Besserung des Befundes
gekommen sei, werde die Fortsetzung der Therapie unter nächtlichen Okklusivverbänden
sowie die konsequente Anwendung von Excipial Protect empfohlen. Wieder auftretende
Rhagaden könnten mit Urgo-Direkt behandelt werden. 6.2 Im ärztlichen Zwischenbericht
vom 18. September 2013 (IV-Nr. 19.12 S. 18) diagnostizierte Dr. med. O.____,
Allgemeinmedizin FMH / Homöopathie SVHA, ein HWS-Distorsionsstrauma vom
8. September 2013. Im Verlauf seien Nacken- und Kopfschmerzen aufgetreten.
Gegenwärtig werde mit Physiotherapie, NSAR und Halskragen behandelt. Seit dem
8. September 2013 bis unklar bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. 6.3 Nach der
Konsultation vom 8. Januar 2014 erklärte Dr. med. P.____, Interventionelle
Schmerzdiagnostik und Therapie, Klinik [...], [...] (IV-Nr. 23 S. 13), es sei eine MRI der
Wirbelsäule durchgeführt worden. Im lumbalen Bereich bestehe eine Osteochondrose
L5/S1. Im oberen BWS-Bereich seien klare Liquorflussartefakte gegeben. Die
Beschwerdeführerin sei beim Neurologen Dr. med. Q.____ für eine Beurteilung angemeldet
worden. 6.4 Dr. med. R.____, Facharzt FMH für Neurologie, Klinik T.____, hielt anlässlich
der Untersuchungen vom 13. und 17. Januar 2014 im Bericht vom 27. Januar 2014
(IV-Nr. 23 S. 6 f.) folgende Beurteilung fest: Zunächst einmal finde er in der
neurologischen Untersuchung normale Befunde, er habe keine Anhaltspunkte für eine
cervicale radikuläre Schädigung oder eine Halsmarkschädigung. Auch im Zusammenhang
mit den auffälligen Strukturen im Spinalkanal zeigten sich keine Zeichen von Seiten des
Brust- und Lendenmarks. Die Veränderungen, die in der MR erkannt worden seien, seien
einerseits als Flussartefakte zu interpretieren, andererseits bestehe eine venöse Anomalie,
die jedoch von keinerlei pathologischer Bedeutung sei. Insgesamt könne er eine
traumatische Schädigung oder andere Beeinträchtigung von Rückenmark oder
Nervenwurzel nicht nachweisen. 6.5 Dr. med. P.____ führte im Bericht vom 14. Februar
2014 (IV-Nr. 23 S. 7) aus, es sei in der Zwischenzeit die gründliche neurologische
Abklärung durchgeführt worden und im cervicalen Bereich habe keine Pathologie bestätigt

werden können. Die Liquorpunktion sei durchgeführt worden. Es sei anschliessend leider zu einem vorübergehenden Hypoliquorrhoesyndrom gekommen. Dieses habe sich bereits weitgehend normalisiert. Die Indikation für die Infiltrationen im HWS-Bereich habe nicht gestört [wohl: gestellt] werden können. Im LWS-Bereich zeige sich eine Osteochondrose mit kleiner Hernierung L5/S1. Aktuell jedoch asymptomatisch. Klinisch verspüre die Beschwerdeführerin weiterhin massive bewegungs- und belastungsabhängige Nackenschmerzen. Die medikamentöse Therapie mit Zaldiar habe eine gewisse Schmerzreduktion gebracht, jedoch verspüre sie starke Nebenwirkungen wie Schwindel und Konzentrationsstörungen. Somit könne die Rückkehr in den Arbeitsprozess noch nicht durchgeführt werden. Eine konsequente konservative Therapie in stationären Bedingungen sollte diskutiert werden.

6.6 Im Arztbericht vom 9. April 2014 (IV-Nr. 23 S. 1 ff.) wies Dr. med. O. ___ folgende Diagnosen aus: – Therapieresistentes, z.T. invalidisierendes panvertebrales Schmerzsyndrom bei Status nach Verkehrsunfall September 2013 – Schweres Kontaktekzem beider Hände, Allergie auf Desinfektionsmittel, Putzmittel, Abwaschmittel, seit 2007 Die Beschwerdeführerin sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Pflegehilfe ab August 2013 bis andauernd zu 100 % arbeitsunfähig. Ihr Gesundheitszustand sei stationär. Sie sei bei den alltäglichen Lebensverrichtungen auf Hilfe von Drittpersonen angewiesen. So müssten die Mutter, der Ehemann und die Schwiegermutter seit Beginn der Schmerzen helfen. Die gesundheitliche Störung wirke sich bei der bisherigen Tätigkeit durch Rückenschmerzen (massiv schmerzbedingt eingeschränkte Beweglichkeit und Verlust der Kraft in den oberen Extremitäten) und ein massives Ekzem an beiden ganzen Hände mit Rissen, Blutungen, Wundwasser nach Kontakt mit Desinfektionsmittel, aus. Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar. Es seien ihr auch keine anderen Tätigkeiten zumutbar. Sie könne nicht einmal den eigenen Haushalt machen.

6.7 Im Arztbericht vom 27. Mai 2014 (IV-Nr. 25) bestätigte der Dermatologe Prof. Dr. med. K. ___ die Diagnose «Verdacht auf chronisches irritatives Handekzem» (vgl. E. II. 6.1 hiavor). Die Beschwerdeführerin sei in der Tätigkeit in der Krankenpflege ab 27. August 2013 bis heute 100 % arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig und die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Die Arbeitsfähigkeit könne im bisherigen Tätigkeitsbereich durch konsequenten Hautschutz verbessert werden. Es sei noch nicht absehbar, wie sich diese Massnahmen auf die Arbeitsfähigkeit auswirken werden. Aktuell seien alle Tätigkeiten ohne mechanische oder chemische Hautbelastung der Hände zumutbar, wobei diese aktuell für vier Stunden pro Tag ausgeübt werden könnten. Es bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit.

6.8 Im polydisziplinären Gutachten der Gutachterstelle C. ___ (Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie, Neurologie und Dermatologie) vom 23. März 2015 (IV-Nr. 46.1) wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten (S. 21): 1. Chronisches irritativ-toxisches Handekzem mit kontaktallergischer Komponente (ICD-10 L24.8) 2. Typ IV Sensibilisierung auf Thiuram Mix (ICD-10 L23.8) Folgende Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) 2. Status nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma vom 8. September 2013 (ICD-10 S13.5) – unmittelbar posttraumatisch Grad II gemäss QTF – posttraumatische Entwicklung eines chronifizierten, therapieresistenten zervikalen, zervikozephalen, zervikoscapulären bis zervikobrachialen Schmerzsyndroms rechts unklarer Ätiologie – radiomorphologisch MRT HWS, BWS und LWS vom 11. Dezember 2013 ohne jegliche Hinweise für relevante degenerative oder posttraumatische ossäre / diskogene

Veränderungen 3. Zustand nach Liquorunterdrucksyndrom bei Zustand nach Myelographie (ICD-10 G97.0) Aus polydisziplinärer Sicht bestehe in der angestammten und in jeder anderen Tätigkeit mit Kontakt zu sensibilisierenden bzw. reizenden Stoffen und bei Feuchtarbeiten keine Arbeitsfähigkeit. Für diesbezüglich angepasste Tätigkeiten betrage die Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit mindestens 50 %. Im Haushalt, wo ungeeignete Tätigkeiten von der Familie übernommen werden könnten, bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % (S. 22). Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten gingen die Gutachter davon aus, dass direkt nach dem HWS-Distorsionstrauma im September 2013 eine befristete 100%ige Arbeitsunfähigkeit während circa drei Monaten angenommen werden könne. Nachfolgend müsse von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in geeigneten Tätigkeiten ausgegangen werden. In der angestammten Tätigkeit bestehe aufgrund der Unterlagen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit August 2013 (S. 22 f.). Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei grundsätzlich besserungsfähig. Aus dermatologischer Sicht empfehle sich weiterhin eine intensive dermatologische Betreuung sowie das strikte Meiden jeglicher irritierender bzw. sensibilisierender Substanzen. Bei Persistenz empfehle sich eine stationäre Behandlung mit Gewährleistung der optimalen Therapiekontrolle und Verhinderung von Artefakten. Gegebenenfalls müsste die Situation in einem Jahr aus dermatologischer Sicht erneut evaluiert werden. Ansonsten könnten aus somatischer Sicht keine Therapieansätze gemacht werden. Aus psychiatrischer Sicht sei die Behandlung der Schlafstörung mit einem nicht abhängig machenden, schmerzmodulierenden Antidepressivum wie z.B. Remeron zu empfehlen. Berufliche Massnahmen seien aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung kaum durchführbar und könnten deshalb nicht empfohlen werden (S. 23).

6.9 Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 18. Mai 2015 (IV-Nr. 52 S. 2 f.) fest, auf das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle C.____ vom 23. März 2015 könne abgestellt werden.

6.10 Im Austrittsbericht der Klinik H.____, [...], vom 12. August 2015 (IV-Nr. 76) über die stationäre Behandlung vom 2. bis 30. Juli 2015 nennen die Psychologin U.____ sowie Dr. med. V.____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, und Dr. med. W.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin, als Hauptdiagnose eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1). Nebendiagnosen seien eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1); Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Zervikothorakalbereich (ICD-10 M54.93, nach Autounfall im September 2013; Dermatitis, nicht näher bezeichnet (ICD-10 L30.9) sowie eine mittlere Schmerzchronifizierung Stadium II nach Gerbershagen. Zur Lebensgeschichte wird ausgeführt, der Vater der Beschwerdeführerin sei ca. 1982 in die Schweiz gekommen und habe beim Ausbruch des Krieges die Familie nachgeholt. Die Beschwerdeführerin sei damals sechsjährig gewesen. Sie lebe seither in der Schweiz. Bis zum Unfall habe sie zu 70 % als Pflegehelferin in der Alterspflege gearbeitet; sie habe sich mit Mann ab mit der Kinderbetreuung und den Arbeitsschichten abgewechselt. Seit einem Unfall im September 2013 leide sie unter sehr starken Schmerzen, welche bisher auf keinerlei Intervention angesprochen hätten. Seit Juli 2014 bestehe eine zusätzliche psychiatrische Behandlung wegen zunehmender Schlafstörung, depressiver Symptomatik, Albträumen und wiederkehrender Bilder des Unfalls. Im Mai 2014 habe die Beschwerdeführerin die Arbeitsstelle verloren, im März 2015 hätten die Taggeld- und Unfallversicherung die Leistungen eingestellt. Die depressive und die Schmerzsymptomatik persistierten, eine

stationäre Intervention sei notwendig (S. 2). Die Beschwerdeführerin sei mit grosser Erschöpfung aufgrund der Schmerzen, den Schlafschwierigkeiten und dem ungewissen Schmerzverlauf eingetreten. Im Verlauf habe sich gezeigt, dass Konflikte mit der Verwandtschaft in [...] sie sehr beschäftigten. Sie habe Erschrockenheit darüber gefühlt, dass ihr die Themen noch so nahe gewesen seien, und auch stark den Wunsch gehegt, die Vergangenheit loszulassen und ruhen zu lassen. Auch in ihren Träumen zeigten sich die Konflikthalte, sie habe sich in der Verteidigung und im Kampf um ihre eigene Familie und ihre Finanzen erlebt. Der immer gleiche Albtraum, den sie nahezu jede Nacht erlebt habe (es sei Nacht, sie sei am Laufen, jemand greife sie von hinten an und wolle ihr die Kinder wegnehmen), zeige deutlich traumatische Inhalte auf. Die Beschwerdeführerin habe von den Spezialtherapien profitiert (S. 3). Sie habe in Bezug auf die somatische Therapie vom multimodalen Physiotherapieprogramm profitiert. Die Körperwahrnehmung habe deutlich verbessert werden können. In der Schmerzgruppe seien Strategien zur Verbesserung des Umgangs mit den Schmerzen erlernt worden. Die Zusammenhänge zwischen Psyche und Schmerzen seien für die Beschwerdeführerin deutlicher geworden. Ansonsten seien während des Aufenthalts keine behandlungsbedürftigen somatischen Erkrankungen aufgetreten. Die Beschwerdeführerin sei während des Aufenthalts 100 % arbeitsunfähig gewesen und arbeitsunfähig entlassen worden (S. 4).

6.11 Der RAD-Arzt Dr. med. B. ___ hielt in seiner Aktennotiz vom 6. August 2015 (IV-Nr. 55) fest, eine abschliessende Beurteilung anhand des polydisziplinären Gutachtens vom 23. März 2015 (vgl. E. II. 6.8 hiervor) sei möglich. IV-relevant sei das rein dermatologische, also somatische Problem (chronisch irritativ-toxisches Handekzem mit allergischer Komponente), das zu einer Arbeitsunfähigkeit ab August 2013 geführt habe. Das zwischenzeitlich am 8. September 2013 aufgetretene kraniozervikale Beschleunigungstrauma habe die Beschwerdeführerin nur während drei Monaten eingeschränkt. Damals sei sie aber bereits wegen des Handekzems ganz arbeitsunfähig gewesen. Auf die Stellungnahme des RAD vom 18. Mai 2015 (vgl. E. II. 6.9 hiervor) könne unverändert abgestellt werden.

6.12 Die Abklärungsfachfrau I. ___ hielt im Abklärungsbericht Haushalt vom 1. Oktober 2015 (IV-Nr. 61) fest, unter Berücksichtigung der Akten und des Gesprächs vor Ort sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Einschränkungen weiterhin in einem ausserhäuslichen Arbeitspensum von 70 % arbeiten würde und zu 30 % im Haushalt tätig wäre. Demzufolge komme zur Ermittlung des Invaliditätsgrades die gemischte Bemessungsmethode zur Anwendung. Aus medizinischer Sicht bestehe für eine angepasste Verweistätigkeit eine Erwerbsfähigkeit von 50 %. Bei einem ausserhäuslichen Anteil von 70 % und einer Einschränkung von 42 % ergebe sich ein Behinderungsgrad von 29,4 %. Im Aufgabenbereich Haushalt sei unter Berücksichtigung der medizinischen Akten und der Abklärung vor Ort eine Einschränkung von 15 % erhoben worden; bei einem Anteil von 30 % ergebe sich ein Behinderungsgrad von 4,5 %. Unter Anwendung der gemischten Bemessungsmethode resultiere letztlich ein Gesamtinvaliditätsgrad von 34 % (gerundet). Da der Invaliditätsgrad unter 40 % liege, bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente (S. 10).

6.13 Dr. med. B. ___, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 1. Februar 2016 (IV-Nr. 78 S. 2 f.) fest, im Austrittsbericht der Klinik H. ___, [...], vom 12. August 2015 (vgl. E. II. 6.10 hiervor) werde eine erhebliche psychosoziale Belastung geschildert. Die Angaben zur Anamnese und die aufgeführten Befunde liessen hingegen weder eine PTBS [posttraumatische Belastungsstörung] als wahrscheinlich erscheinen noch eine mittelgradig ausgeprägte Depression nachvollziehen. Im Vordergrund schienen eher ängstliche Anteile

zu stehen. Die erwähnten depressiven Symptome entsprächen einer leichten Episode. Passend zur eher leichten Symptomatik, wie sie fast gleichlautend auch schon der psychiatrische Gutachter im Rahmen der Beurteilung der Gutachterstelle C.____ festgehalten habe, sei während des Klinikaufenthalts auch lediglich eine niedrig dosierte Medikation installiert worden. Hier stünde bei Bedarf ein grosses Reservepotential zur Verfügung. Den eingereichten medizinischen Unterlagen, besonders dem Austrittsbericht der Klinik H.____ vom 12. August 2015, könnten keine Anhaltspunkte entnommen werden, die eine andere Arbeitsunfähigkeit als die vom RAD in der Stellungnahme vom 18. Mai 2015 (vgl. E. II. 6.9 hiervor) angenommene begründen könnten. Die beschriebene Symptomatik sei weitgehend die gleiche. Es werde zwar eine neue Diagnose gestellt, doch werde hier der bekannte Sachverhalt lediglich bezüglich der möglichen Ätiologie anders beurteilt. Eine entsprechende therapeutische Konsequenz sei jedoch soweit ersichtlich nicht gezogen worden. Eine weitere medizinische Begutachtung sei nicht angezeigt. 6.14 Im Austrittsbericht der Klinik X.____ vom 19. Mai 2016 (IV-Nr. 92 S. 10 – 13) hielten PD Dr. med. Y.____, Chefarzt Neurologie, und lic. phil. Z.____, Leitende Neuropsychologin, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, in Bezug auf die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 25. April bis 21. Mai 2016 folgende Diagnosen fest: – Status nach HWS-Distorsion am 8. September 2013 mit chronischen Kopf- und Nackenschmerzen – Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung – Chronisches Kontaktekzem Der Eintritt mit den oben genannten Diagnosen sei zur stationären Neurorehabilitation erfolgt. Beim Eintritt habe sich die Beschwerdeführerin in einem guten Allgemein- und Ernährungszustand präsentiert, sei allseits orientiert und kardio-pulmonal kompensiert gewesen. Sie habe über chronische Kopf- und Nackenschmerzen berichtet und sei frei mobil gewesen. Ziele des Rehabilitationsaufenthaltes der Beschwerdeführerin seien eine Verbesserung der Schmerzsymptomatik und eine Rekonditionierung gewesen. Sie habe am Therapieprogramm regelmässig und motiviert teilgenommen und gute Fortschritte erzielen können. Die Schmerzintensität habe durch die Therapien deutlich reduziert werden können. Während des Aufenthalts sei die Schmerzindikation angepasst worden: Es sei eine Behandlung mit Lyrica 25 mg / d begonnen worden. Am 21. Mai 2016 habe die Beschwerdeführerin nach komplikationslosem Therapieverlauf in einem deutlich gebesserten Zustand nach Hause entlassen werden können. 6.15 Der behandelnde Dermatologe Prof. Dr. med. L.____ hielt in seinem Arztbericht vom 13. Februar 2018 (IV-Nr. 103) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: – Chronisches Handekzem, seit 2012 – DD: Chronisch-irritativ – Sensibilisierung gegen Thiurame In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Altenpflegerin bestehe seit 2013 bis anhaltend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig / gebessert. Anamnese: stabiler Hautbefund mit leichten Ekzemzeichen. Erhobene Befunde: umschriebene Erytheme mit leichten Rhagaden. Die Prognose sei langfristig bei chronischem Verlauf nicht sicher abzuschätzen. Bisher seien aufgrund des Hautzustandes Tätigkeiten in der Kranken- / Altenpflege nicht möglich gewesen. Alle potentiell hautschädigenden Tätigkeiten müssten bis auf weiteres unterlassen werden. Die Arbeitsfähigkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich könne nicht verbessert werden. Der Beschwerdeführerin zumutbar seien Tätigkeiten ohne potentielle Hautirritation, wie Büroarbeiten. Solche Arbeiten wären der Beschwerdeführerin in einem zeitlichen Rahmen von 8 Stunden pro Tag zumutbar. 6.16 Dr. med. N.____ führte in ihrem Arztbericht vom 1. März 2018 (IV-Nr. 105) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf: – Allergisches Kontaktekzem, Allergie auf Desinfektionsmittel, Putzmittel,

Abwaschmittel, seit 2007 – therapieresistentes, z.T. invalidisierendes panvertebrales Schmerzsyndrom bei Status nach Verkehrsunfall September 2013 In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Pflegehilfe sei die Beschwerdeführerin von August 2013 bis März 2015 zu 100 % und von März 2015 bis andauernd zu 50 % arbeitsunfähig gewesen. Der Gesundheitszustand sei stationär. Die Befunde seien bei Prof. Dr. med. L. ___ zu erfragen. Mit dem Kontaktekzem sei es der Beschwerdeführerin unmöglich, auf dem Pflgeberuf zu arbeiten. Die bisherige Tätigkeit sei ihr nicht mehr zumutbar. 6.17 Die Psychiaterin pract. med. I. ___ hielt im Bericht vom 2. April 2018 (IV-Nr. 109) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 6): – Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit Anteilen der narzisstischen, der paranoiden, der abhängigen und der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung. ICD-10 F61.0 – Rezidivierende depressive Störung, Episoden mittelgradig bis schwer. ICD-10 F33.(1-2). – Intermittierend bei psychischer Belastungszunahme: Panikstörung ICD-10 F41.0 und Agoraphobie ICD-10 F40.0 – Anhaltende somatoforme Schmerzstörung ICD-10 F45.4

Funktionseinschränkungen aus psychiatrischer Sicht: Verminderte Reflexionsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin leide unter therapieresistenten, nicht willentlich überwindbaren psychiatrischen Einschränkungen. Ihre Konzentration und Ausdauer seien sehr stark eingeschränkt. Ihre Aktivitätsspanne sei vermindert (1 bis 2 Stunden maximal). Sie ermüde rasch, sei schnell überlastet, könne auf das Gegenüber nicht mehr eingehen. Körperliche Symptome: Schwindel, Kopf-Nacken-Rückenschmerzen, müsse sich dann zur Reorientierung hinlegen. Dazu kämen motivationale Defizite (depressive Entwicklung). Die Beschwerdeführerin sei seit mindestens 25. Juni 2014 (1. Konsultation) nicht mehr arbeitsfähig. Zuvor sei sie seit August 2013 krankgeschrieben gewesen. 6.18 Dr. med. B. ___, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 7. Mai 2018 (IV-Nr. 113 S. 2) fest, die neu eingeholten Arztberichte ergäben zum Teil wieder neue psychiatrische Diagnosen, andererseits teilweise diskrepante Angaben zur Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit aus somatischer Sicht. Eine umfassende aktuelle Beurteilung aus polydisziplinärer Sicht liege nicht vor. Zur Klärung dränge sich aus Sicht des RAD eine nochmalige polydisziplinäre Begutachtung auf. 6.19 In dem durch den Unfallversicherer in Auftrag gegebenen Gutachten der Gutachterstelle AA. ___ vom 13. Dezember 2018 (IV-Nr. 145) stellten PD Dr. med. AB. ___, MSc FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation / Rheumatologie, und Dr. med. AC. ___, FMH Arbeitsmedizin und Sozial- und Präventivmedizin, folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 14): Chronisches irritativ-toxisches Handekzem beider Hände (Kontakt-Sensibilisierung gegen Thiurame ohne klinische Relevanz) Folgende Diagnosen hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Chronische Schmerzstörung, zerviko-spondylogenen und zerviko-cephal betont – Anhaltende somatoforme Schmerzstörung – Ausgeprägtes dysfunktionelles Krankheitsverhalten – Status nach kranio-zervikalen Beschleunigungstrauma QTF 2 vom 8. September 2013 ohne organisch-strukturelle Veränderungen Das arbeitsbezogene relevante Problem bestehe in einem ausgeprägten Schmerz- und Schonverhalten der Beschwerdeführerin. So habe sie bei den meisten Tests nicht an ihre funktionelle Belastungsgrenze herangeführt werden können und sich grösstenteils aufgrund von Schwindel und Schmerzen selbst limitiert. Die Schmerzen würden in folgenden Bereichen angegeben: Schulter-Nackenregion rechts; rechtes Handgelenk; Brust- und Lendenwirbelsäule rechts, teilweise mit Ausstrahlungen in das rechte Bein; rechtes Knie. Die Leistungsbereitschaft der Beschwerdeführerin werde als fraglich beurteilt. Die Beobachtungen bei den Tests wiesen auf eine deutliche Selbstlimitierung hin. Die

demonstrierte Belastbarkeit liege mindestens im Bereich einer leichten Arbeit. Infolge beobachteter erheblicher Symptomausweitung seien die Resultate der Belastbarkeitstests für die Beurteilung nicht verwertbar. Es sei davon auszugehen, dass die Klientin bei gutem Effort mehr leisten könnte, als was sie bei den Leistungstests gezeigt habe. Aus rheumatologisch-rehabilitationsmedizinischer Sicht ergäben sich keine Einschränkungen für die Arbeitsfähigkeit als Pflegehelferin. Aus berufsdermatologisch-arbeitsmedizinischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit als Pflegehelferin (und in verwandten Berufen mit wiederholten Expositionen gegenüber Feuchtigkeit, Reinigung-Desinfektions- und Pflegemittel) keine Arbeitsfähigkeit (Arbeitsunfähigkeit 100 %). Aus berufsdermatologisch-arbeitsmedizinischer Sicht sei die Tätigkeit seit Ausstellen der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung durch den Dermatologen im August 2013 zu keinem Zeitpunkt zumutbar gewesen. Aus rheumatologisch-rehabilitationsmedizinischer wie auch aus berufsdermatologisch-arbeitsmedizinischer Sicht sei jegliche mittelschwere Tätigkeit, die die Exposition gegenüber Feuchtigkeit, Reinigung-Desinfektions- und Pflegemittel vermeide, ganztags zumutbar.

6.20 Dr. med. N.____ hielt in ihrem Schreiben vom 13. Juni 2019 (IV-Nr. 156 S. 3) fest, die Beschwerdeführerin berichte, dass es ihr seit dem Unfall seelisch nicht gut gehe. Sie klage über rasche Erschöpfbarkeit nach 1 bis 1,5 Std. Arbeit; dabei sei sie sehr rasch reizbar und die Konzentration sei deutlich eingeschränkt. Sie sei seit dem Unfall auch häufig traurig, habe keine Freude mehr an Dingen, die ihr früher Freude bereitet hätten (z.B. neue Kleider etc.), auch sei der Antrieb deutlich eingeschränkt und sie müsse sich zu Dingen zwingen. Immerhin seien sich diese Beschwerden im Verlaufe der Zeit am Bessern. Bezüglich der Rückenschmerzen klage sie immer noch über Schmerzen rechtsseitig (HWS, Schulter, Arm, Hand), wenn sie Gewichte tragen müsse, bereits schon ab 3 kg sowie beim Putzen (Schmerzskala 6). Insgesamt hätten die Schmerzen sich seit dem Abakus-Programm (vgl. IV-Nr. 126) deutlich gebessert und sie habe gelernt, mit den Schmerzen umzugehen. Seit dem 1. Januar 2019 sei sie zu 50 % krankgeschrieben in Bezug auf oben genannte Beschwerden.

6.21 Die behandelnde Psychiaterin pract. med. I.____ hielt im Schreiben an den Vertreter der Beschwerdeführerin vom 3. Juli 2019 (IV-Nr. 161 S. 3) fest, nach wie vor gebe es Residuen einer durchgemachten depressiven Störung (Medikation 20 mg Escitalopram). Die Verminderung der Fähigkeit, Freude zu empfinden, sei noch spürbar, der Antrieb sei noch reduziert, insbesondere sichtbar in schneller Ermüdung. Die Konzentrationsfähigkeit sei noch reduziert. Ein- und Durchschlafstörung würden angegeben. Es sei aus psychiatrischer Sicht schwierig, die Arbeitsfähigkeit anzugeben, sei sie doch massgeblich von den obengenannten Faktoren abhängig, die glaubhaft nicht durch eine verstärkte Willensanstrengung mobilisierbar seien. Um einen Rückfall zu verhindern, werde daher ein IV-gesteuertes Arbeitstraining mit steigender Belastung in einer geeigneten Institution empfohlen.

6.22 Im polydisziplinären Gutachten der Gutachterstelle E.____ vom 8. Juli 2019 (Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie, IV-Nr. 162) wurde folgende interdisziplinäre Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit ausgewiesen: – Chronisch irritatives Handekzem, ICD-10 L30.0 Folgende Diagnosen hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: – Kontaktallergie auf Thiuram-Mix, ICD-10 L23.0 – Verdacht auf Analgetika-Fehlgebrauch – Leichte, weitgehend remittierte Angst- und depressive Störung, gemischt, ICD-10 F41.2 Die Hauterkrankung begründe eine qualitative Minderung der Arbeitsfähigkeit (Vermeidung hautbelastender Tätigkeiten wie häufige Exposition mit Nässe oder Reinigungsmitteln). Eine Persönlichkeitsstörung habe sich nicht ICD-10-konform herausarbeiten lassen. In der bisherigen Tätigkeit sei die

Beschwerdeführerin aus dermatologischer Sicht insgesamt nicht mehr arbeitsfähig. In einer angepassten Tätigkeit wäre ihr indes eine volle Arbeitsfähigkeit zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit in hautbelastenden Tätigkeiten lasse sich nicht verbessern. 6.23 Im Situationsbericht der Abklärungsfachfrau D.____ vom 24. Juli 2019 (IV-Nr. 167) wurde festgehalten, die Berechnung des Invaliditätsgrades aufgrund der Abklärung vom 29. Juli 2015 habe einen Invaliditätsgrad von 34 % ergeben. Gemäss aktueller Berechnung bestehe eine Einschränkung von 11 % im ausserhäuslichen Bereich. Es sei davon auszugehen, dass sich die Einschränkung im Bereich der Haushaltstätigkeiten eher reduziert habe (weniger als 4.5 %). Bei einem Haushalt-Anteil von 30 %, vermöchten auch Einschränkungen in einem ausserordentlichen hohen Ausmass keine Rente zu begründen. Auf eine Haushaltsabklärung an Ort und Stelle könne aus diesem Grund verzichtet werden. 6.24 Dr. med. B.____, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 6. November 2019 (IV-Nr. 179 S. 2 f.) fest, das vorliegende polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle E.____ vom 8. Juli 2019 beruhe auf dem Studium der Akten, die gewürdigt würden, sowie eingehenden Explorationen in den Fachgebieten Innere Medizin, Dermatologie, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie. Die erhobenen Angaben zur Anamnese und die festgestellten objektiven Befunde seien in genügender Ausführlichkeit dokumentiert und würden in der diagnostischen und versicherungsmedizinischen Beurteilung diskutiert. Die Gesamtbeurteilung sei nachvollziehbar dargelegt und in sich schlüssig. Auf das Gutachten könne aus Sicht des RAD vollumfänglich abgestellt werden. Dies auch vor dem Hintergrund, dass bezüglich der somatischen Probleme sowohl im Bericht der Klinik X.____ vom 19. Mai 2016 als auch im Bericht der behandelnden Physiotherapeutin vom 10. Juli 2018 eine erfreuliche Entwicklung aufgezeigt werde, während im Bericht von PD Dr. med. AB.____ vom 1. Dezember 2018 eine ungenügende Leistungsbereitschaft der Beschwerdeführerin und Inkonsistenzen bei der Durchführung der EFL konstatiert worden seien. Bezüglich der psychiatrischen Exploration im Rahmen der aktuellen Begutachtung sei festzuhalten, dass weder in früheren Berichten noch im Verhalten der Beschwerdeführerin in Kontakt mit Dr. med. F.____ Hinweise auf eine Problematik vorhanden seien, die eine Exploration durch einen männlichen Gutachter als relevant nachteilig erscheinen liessen. Bezüglich der Kritik des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin im Schreiben vom 27. August 2019, Punkt 5, bezüglich einer Befangenheit des psychiatrischen Gutachters sei festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin gemäss Beschreibung im Gutachten anfänglich unruhig und leicht gereizt, dann zunehmend entspannter gewirkt habe. Somit scheine der angebliche Konflikt keine anhaltenden, die Exploration relevant beeinträchtigenden Schwierigkeiten bereitet zu haben. Die Diagnose der Persönlichkeitsstörung, wie sie von med. pract. I.____ als einziger Fachperson diagnostiziert werde, sei auch aus Sicht des RAD wenig wahrscheinlich, zumindest aber zu wenig gesichert. Zudem sei darauf hinzuweisen, dass die laufende Behandlung dem psychischen Gesundheitszustand, wie er im psychiatrischen Gutachten festgehalten sei, durchaus angemessen sei, unter Annahme einer wesentlich ausgeprägteren Störung jedoch als klar ungenügend zu taxieren wäre (zu tiefe Sitzungsfrequenz, ungenügende Medikation). Mit dem chronisch irritativen Handekzem liege eine Diagnose vor, welche eine Arbeitsunfähigkeit begründe. In der angestammten Tätigkeit als Pflegehelferin bestehe seit August 2013 aufgrund der dermatologischen Problematik keine Arbeitsfähigkeit mehr. In einer Verweistätigkeit gebe es keine Einschränkung mehr, spätestens seit dem Gutachten der Gutachterstelle C.____ vom 23. März 2015. Vom 8. September 2013 bis Ende Dezember 2013 habe nach dem kraniozervikalen Beschleunigungstrauma und während späteren Klinikaufhalten eine Arbeitsunfähigkeit

von 100 % bestanden. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt. 6.25 Mit Stellungnahme zum Einwand vom 30. März 2020 (IV-Nr. 195 S. 2 f.) hielt Dr. med. B.____, RAD, fest, das umfangreiche Einwandschreiben des Rechtsvertreters vom 4. Februar 2020 kritisiere ausschliesslich die psychiatrische Abklärung und Beurteilung im Gutachten, verlange einerseits das Vorlegen von Zusatzfragen an den psychiatrischen Gutachter, andererseits eine nochmalige psychiatrische Begutachtung, ergänzt durch eine neuropsychologische Abklärung. Es werde moniert, die Diagnostik sei nicht überzeugend dargelegt, die Indikatorenprüfung sei nicht erfolgt, es sei keine neuropsychologische Abklärung der von der Beschwerdeführerin geklagten Konzentrationsstörungen erfolgt. Der psychiatrische Gutachter habe bei der Diagnosestellung nicht alle klassifikatorischen Kriterien der theoretisch in Frage kommenden oder anamnestisch früher gestellten Diagnosen durchgearbeitet, doch könne seiner Diagnosestellung in Anbetracht der festgestellten Symptomatik aus medizinischer Sicht durchaus gefolgt werden. Eine ergänzende neuropsychologische Abklärung mache zudem nur Sinn, wenn Hinweise auf kognitive Einschränkungen erfasst werden könnten, zumal in der Anamnese keine Anhaltspunkte für eine mögliche hirnorganische Läsion zu finden seien. Somit wären allfällige Auffälligkeiten wiederum im Rahmen der psychischen Problematik zu beurteilen. Im Übrigen sei an dieser Stelle auf die Stellungnahme des RAD vom 6. November 2019 (vgl. E. II. 6.24 hiervor) zu verweisen, in der dargelegt werde, weshalb dem Gutachten der Gutachterstelle E.____ aus versicherungsmedizinischer Sicht gefolgt werden könne. Es könne weiterhin auf das Gutachten abgestellt werden. Das Unterbreiten der Ergänzungsfragen an den psychiatrischen Teilgutachter mache wenig Sinn, da dadurch kaum ein relevanter Erkenntnisgewinn resultieren dürfte. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei in Anbetracht der gesamten Aktenlage eine erneute psychiatrische und neuropsychologische Begutachtung nicht erforderlich. Dem Einwand vom 5. Februar 2020 könnten nicht gewisse Anhaltspunkte entnommen werden, die eine andere Arbeitsunfähigkeit rechtfertigten als vom RAD in der Stellungnahme vom 6. November 2019 angenommen. 6.26 Die Abklärungsfachfrau D.____ hielt in ihrer Stellungnahme zum Einwand vom 11. Mai 2019 (IV-Nr. 198) fest, mit dem kantonalen Gerichtsurteil vom 7. November 2017 sei der Entscheid an die Beschwerdeführerin zurückgewiesen worden, für zusätzliche medizinische Abklärungen. Der Status 70 % ausserhäuslich erwerbstätig und zu 30 % im Haushalt tätig, sei vom Gericht gestützt worden. Die Lebenssituation der Beschwerdeführerin habe sich seither nicht verändert, am Status sei festzuhalten. Gemäss der neuen medizinischen Stellungnahme habe sich die gesundheitliche Situation nicht verändert. In einer ausserhäuslichen, angepassten Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei die Einschränkung im Bereich Haushalt heute kleiner als bei der Abklärung vor Ort am 29. Juli 2015. Eine erhöhte Einschränkung wäre medizinisch nicht nachvollziehbar. Bei einem Haushaltanteil von 30 % vermöchten auch Einschränkungen in einem ausserordentlichen hohen Ausmass keine Rente zu begründen (bei der ausserhäuslichen Tätigkeit bestehe eine Einschränkung von 10.9 %). Auf eine Abklärung vor Ort im Bereich der Haushaltstätigkeiten könne verzichtet werden. 7. Es ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 24. Juni 2020 zu Recht auf das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle E.____ vom 8. Juli 2019 (vgl. E. II. 6.22 hiervor) abgestellt hat: 7.1 Das von Dr. med. AD.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, Dr. med. AE.____, Dermatologie und Venerologie, Dr. med. S.____, Neurologie FMH, Dr. med. AF.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, und Dr. med. AG.____, Psychiatrie und

Psychotherapie FMH, erstellte polydisziplinäre Gutachten (IV-Nr. 162) wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 3.3 hiervor) gerecht. So wurde die Beschwerdeführerin je einer ausführlichen Exploration unterzogen (S. 27 ff., 62 ff., 97 ff., 137 ff., 175 ff.), wobei auch die geklagten Beschwerden in die gutachterlichen Beurteilungen miteingeflossen sind. Zudem beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen. So wurden am 20. März 2019 eine labormedizinische Untersuchung, ein EKG, eine Spirometrie sowie bildgebende Abklärungen in Form einer MRI HWS und einer MRI LWS durchgeführt (S. 220 ff.). Der psychopathologische Befund wurde nach AMDP erhoben (S. 186 ff.). Wie sich aus dem Aufführen der medizinischen Vorakten ab dem 30. Dezember 2009 (S. 199 ff.) und den jeweiligen Aktenauszügen in den Teilgutachten (S. 12 ff., 48 ff., 83 ff., 123 ff., 161 ff.) ergibt, wurde das Gutachten in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt. Ferner leuchten die Darstellung der medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation ein: So überzeugt die Einschätzung des internistischen Gutachters Dr. med. AD. ____, wonach aus rein allgemeininternistischer Sicht keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt und somit keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden könne (S. 40, 43), aufgrund der sich als unauffällig präsentierenden klinischen Befunde, der Laborwerte, des EKG-Befundes und der Spirometrie. Der Gutachter stellte im Rahmen des internistischen Untersuchungsbefundes u.a. fest, die peripheren Gelenke seien ohne Schwellungen, Rötungen oder Druckdolenzen, der Bewegungsumfang sei aktiv und passiv grobkursorisch in vollem Umfang erhalten. Bezüglich der Wirbelsäule bestehe keine Skoliose, keine Klopfdolenz, es bestehe indes eine diffuse Druckdolenz der Muskulatur paravertebral der HWS / Schulter und Flanke rechts. Zudem wurden bei der Laboruntersuchung vom 20. März 2019 u.a. ein unauffälliger Urinbefund ohne Nachweis von Drogen und im Rahmen der Spirometrie weder Blockbilder noch ein Hinweis auf Rhythmusstörungen und eine regelrechte Repolarisation festgestellt (S. 39). Da bei der durchgeführten Spirometrie zudem festgehalten wurde, die Beschwerdeführerin habe eingeschränkt mitgearbeitet (S. 40), überzeugt die gutachterliche Beurteilung (S. 41), wonach die festgestellte, reduzierte FEV1 im Rahmen der eingeschränkten Motivation der Beschwerdeführerin zu werten sei. So hätten normale FVC-Werte und keine Obstruktionszeichen pulmonal festgestellt werden können und es sei keine Dyspnoe bei Belastung genannt worden. Aufgrund des erhobenen dermatologischen Untersuchungsbefundes ist die Diagnosestellung eines «chronisch irritativen Handekzems, ICD-10 L30.0» von Dr. med. AE. ____ nachvollziehbar. Mit Blick darauf, dass der behandelnde Dermatologe Prof. Dr. med. L. ____ bereits im Bericht vom 22. Mai 2013 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) einen Verdacht auf ein chronisch-irritatives Handekzem geäußert hatte und hatte nachweisen können, dass die Beschwerdeführerin auf Thiurame allergisch sei, erweist sich auch die weitere gutachterliche Diagnosestellung einer «Kontaktallergie auf Thiuram-Mix, ICD-10 L23.0» als schlüssig. Auch die weitere Einschätzung des dermatologischen Experten, wonach das Ekzem die typischen Kriterien eines irritativen Ekzems durch Befundverschlechterung bei Kontakt zu hautbelastenden Substanzen erfülle, wofür auch die deutliche Verbesserung der Ekzeme nach Aufgabe der hautbelastenden Berufstätigkeit spreche (S. 75), leuchtet ein. So gab die Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung an, seit 2014 nicht mehr als Reinigungskraft erwerbstätig zu sein. Seither hätten sich die Handekzeme hinsichtlich der Häufigkeit der Schübe, nicht jedoch betreffend die Intensität, verbessert (S. 71). In diesem Zusammenhang ist auch die Schlussfolgerung des dermatologischen Gutachters überzeugend, wonach die Beschwerdeführerin in der

zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Pflegehelferin nicht mehr tätig sein könne, weil diese Tätigkeit mit erheblicher und regelmässiger Hautbelastung verbunden sei. So könne das Tragen von Handschuhen diese Belastung zwar in gewissem, aber nicht ausreichendem Umfang vermindern, weil einerseits Schutzhandschule bei längerem Tragen durch ihren okklusiven Effekt selbst hautirritierend wirkten und weil andererseits als Pflegehelferin aus hygienischen Gründen regelmässiges Waschen und Desinfizieren der Hände unabdingbar sei. Einleuchtend ist auch die weitere Einschätzung von Dr. med. AE.____, wonach die Beschwerdeführerin in einer der Behinderung optimal angepasste Tätigkeit, die frei von Kontakt mit hautbelastenden Stoffen sein müsse (ohne Kontakt zu Reinigungsmittel, Desinfektionsmittel, Säuren, Laugen oder längere Feuchtarbeit), zu 100 % arbeitsfähig sei (S. 78). Der neurologische Gutachter Dr. med. S.____ hielt aufgrund der durchgeführten Untersuchungen u.a. fest (S. 113), es sei eine vermeintlich eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule auffällig, wobei jedoch das Ausmass der demonstrierten Bewegungseinschränkung bei wiederholter Prüfung wechselnd sei und nicht mit der ungestört wirkenden Beweglichkeit des Kopfes korreliere. Diese Einschätzung überzeugt, da im Rahmen der Untersuchung zum einen festgehalten wurde, die Kopfbewegung der Beschwerdeführerin beim selbständigen Aus- und Ankleiden wirke ungestört und es seien keine Schonhaltungen eingenommen worden. Zum anderen konnten bei der Untersuchung des Kopfes / der Halswirbelsäule eine leicht eingeschränkte Kopfanteflexion sowie eine eingeschränkte Kopffrotation nach links und eine Kopflateralflexion beidseitig in der formalen Prüfung mit aktivem Gegenspannen der Beschwerdeführerin erhoben werden. Bei wiederholter Prüfung war laut dem Gutachter ein wechselndes Ausmass der Bewegungseinschränkung feststellbar. Es seien jedoch weder ein radikulärer Schmerz auslösbar noch ein namhafter cervicaler Hartspann palpabel (S. 108). Da die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. med. S.____ angab, bei Schmerzen lumbal oder cervical nach Bedarf Dafalgan 1 g und Inflammac 50 mg einzunehmen und aktuell geschätzt jeden Tag zweimal täglich sowohl Dafalgan 1 g als auch Inflammac 50 mg zu benötigen (S. 107), ist gestützt auf das Ergebnis der durchgeführten labormedizinischen Untersuchung vom 20. März 2019 mit unter der Nachweisgrenze liegenden Werten von Diclofenac und Paracetamol im Serum (S. 111) die Einschätzung des neurologischen Gutachters nachvollziehbar, wonach die berichtete Einnahmehäufigkeit in Zweifel gezogen werden könne (S. 113). Aufgrund der bei der Untersuchung festgestellten Befunde, wonach die Beschwerdeführerin konzentriert, aufmerksam und durch äussere Reize nicht ablenkbar sei, keine Hinweise für eine Störung der Auffassung beständen, der Gedankengang formal geordnet und kohärent sei und keine inhaltlichen Denkstörungen vorlägen, drei von drei Begriffen korrekt memoriert worden seien und auch biographische Daten und Ereignisse aus der Vergangenheit korrekt angegeben worden seien (S. 110), überzeugt die Schlussfolgerung des neurologischen Gutachters, wonach sich in der hiesigen Untersuchung kein Anhalt für namhafte Störungen finde. In diesem Zusammenhang leuchtet auch die weitere gutachterliche Einschätzung ein, wonach die anamnestisch angegebenen kognitiven Einschränkungen kaum mit dem Führen eines Kraftfahrzeugs vereinbar wären (S. 115). Diesbezüglich gab die Beschwerdeführerin an, im Besitz eines Fahrausweises zu sein und das in der Familie vorhandene Fahrzeug auch zu nutzen (S. 107). Aufgrund der bei der orthopädischen Exploration erhobenen unauffälligen Untersuchungsbefunde sowohl der Wirbelsäule als auch der oberen und unteren Extremitäten (S. 147 ff.) überzeugt die Beurteilung von Dr. med. AF.____, es bestehe kein Anhalt für das Vorliegen einer die Arbeitsfähigkeit mindernden strukturellen Läsion auf

orthopädischem Fachgebiet (S. 153). In Bezug auf die durch die Beschwerdeführerin beklagten rechtsseitigen Nackenschmerzen mit Ausstrahlung über den gesamten Rücken und teilweise in die rechte Kopfhälfte seit dem Autounfall im Jahr 2013 (S. 138) finde sich gemäss dem orthopädischen Gutachter in der hiesigen Untersuchung kein die geklagten Beschwerden erklärendes klinisches oder bildmorphologisches Korrelat. Diese gutachterliche Beurteilung kann aufgrund der anschliessend aufgeführten Beispiele (Fehlen einer spontanen Bewegungseinschränkung, Fehlen einer paravertebralen Muskeltonuserhöhung, Fehlen eines radikulären Defizits) nachvollzogen werden. Die gutachterliche Einschätzung des psychiatrischen Gutachters Dr. med. AG.____, wonach sich weder Hinweise für Panikattacken noch für spezifische Ängste fänden, ist ebenfalls plausibel. So gab die Beschwerdeführerin während der Exploration u.a. an (S. 183), unter Angstzuständen zu leiden, wobei es für sie sehr schwer sei, genau zu beschreiben, wovor sie eigentlich Angst habe. Aufgrund des erhobenen psychiatrischen Befundes nach AMDP überzeugt auch die weitere gutachterliche Einschätzung, wonach keine Hinweise für eine schwergradig affektive Erkrankung, eine eigenständige Zwangs- oder Angsterkrankung oder eine Persönlichkeitsstörung vorlägen. So liege u.a. kein Anhalt für qualitative oder quantitative Bewusstseinsstörungen vor, die Beschwerdeführerin sei zu Ort, Zeit, Person und Situation voll orientiert, die Lebensdaten seien sicher rekonstruiert worden, es liege keine Zeitgitterstörung vor, Lang- und Kurzzeitgedächtnis seien intakt, im 3-Begriffe-Test seien drei von drei Begriffen erinnert worden, die Konzentration und Aufmerksamkeit seien unauffällig, der Substraktionstest sei sicher durchgeführt worden, das formale Denken sei geordnet, auf das Wesentliche beschränkt und in angemessener Geschwindigkeit erfolgt (S. 186 f.). Damit kommt dem polydisziplinären Gutachten der Gutachterstelle E.____ vom 8. Juli 2019 grundsätzlich Beweiseignung zu. 7.2 Es ist nachfolgend zu prüfen, ob der Beweiswert des Gutachtens der Gutachterstelle E.____ durch die zeitlich vor dem Gutachten verfassten Arztberichte geschmälert oder erschüttert wird: 7.2.1 Im internistischen Teilgutachten (IV-Nr. 162 S. 10 ff.) hielt Dr. med. AD.____ fest, es würden weder spezifisch internistische Beschwerden genannt noch seien internistische Erkrankungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aktenkundig. Dieser Einschätzung kann mit Blick auf die durch die Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden (Schlafstörungen, Ängste, Konzentrationsschwierigkeiten, IV-Nr. 162 S. 27) und die vorliegenden medizinischen Akten gefolgt werden. Die Hausärztin Dr. med. N.____ nennt in ihren Berichten vom 18. September 2013, 9. April 2014, 1. März 2018 und 13. Juni 2019 (vgl. E. II. 6.2, 6.6, 6.16, 6.20 hiervor) ein HWS-Distorsionstrauma, ein panvertebrales Schmerzsyndrom bei Status nach Verkehrsunfall und ein schweres Kontaktekzem beider Hände (Allergie auf Desinfektionsmittel, Putzmittel, Abwaschmittel), also Diagnosen aus den medizinischen Fachgebieten der Orthopädie, Dermatologie und Neurologie. Auch im allgemeininternistischen Teilgutachten der Gutachterstelle C.____ vom 23. März 2015 (vgl. E. II. 6.8 hiervor) wurde festgehalten, eine allgemeininternistische Diagnose sei nie mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit angeführt worden (IV-Nr. 46.1 S. 6). Der Beweiswert des internistischen Teilgutachtens wird demnach durch die vorgängig verfassten internistischen Berichte nicht infrage gestellt 7.2.2 Bezüglich des dermatologischen Teilgutachtens von Dr. med. AE.____ (IV-Nr. 162 S. 46 ff.) ist auf die Berichte des behandelnden Dermatologen Prof. Dr. med. L.____ einzugehen. Im Bericht vom 22. Mai 2013 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) wies dieser einen Verdacht auf ein chronisch-irritatives Handekzem bei einer Kontakt-Sensibilisierung gegen Thiurame ohne aktuelle klinische Relevanz aus. Diese Verdachtsdiagnose bestätigte er sodann im Arztbericht vom 27. Mai

2014 (vgl. E. II. 6.7 hiervor). Gleichzeitig wurde auf eine volle Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in der Krankenpflege hingewiesen. Erst im Bericht vom 13. Februar 2018 (vgl. E. II. 6.15 hiervor) sprach Prof. Dr. med. L. ___ nicht mehr von einer reinen Verdachtsdiagnose, sondern ging von der gefestigten Diagnose eines «chronischen Handekzems» aus. Da die Diagnosen eines «chronisch irritativen Handekzems» und einer «Kontaktallergie auf Thiuram-Mix» durch den dermatologischen Gutachter bestätigt wurden, sind keine anderslautenden diagnostischen Beurteilungen ersichtlich. Auch die Einschätzung des dermatologischen Gutachters Dr. med. AE. ___, wonach die Kontaktallergie gegen Thiuram-Mix durch Prof. Dr. med. L. ___ mittels Epicutantest im Mai 2013 nachgewiesen worden sei, erweist sich aufgrund der vorangehenden Ausführungen als korrekt. Die weitere Ausführung des dermatologischen Gutachters, wonach die Kontaktallergie gegen Thiuram-Mix klinisch nicht relevant sei, da die Beschwerdeführerin zu dieser Substanz keinen Kontakt habe, da diese vornehmlich als Vulkanisationsbeschleuniger Verwendung finde, stimmt mit der Angabe von Prof. Dr. med. L. ___ im Bericht vom 22. Mai 2013 überein (vgl. E. II. 6.1 hiervor), wonach die Kontakt-Sensibilisierung gegen Thiurame «ohne aktuelle klinische Relevanz» sei. Übereinstimmung besteht auch in der Aussage, die Arbeitsfähigkeit in einer geeigneten Tätigkeit sei nicht reduziert. Damit finden sich im dermatologischen Teilgutachten von Dr. med. AE. ___ keine von den Diagnosen und Feststellungen von Prof. Dr. med. L. ___ abweichenden Beurteilungen. Damit wird der Beweiswert des dermatologischen Teilgutachtens nicht geschmälert. Soweit der dermatologische Teil des Gutachtens der Gutachterstelle C. ___ vom 23. März 2015 (E. II. 6.8 hiervor) die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit anders beurteilt (Arbeitsunfähigkeit von 50 %), bildet dies ebenfalls keinen Anlass zu Zweifeln, denn das Versicherungsgericht erachtete diese Einschätzung in seinem Urteil vom 7. November 2017 als nicht überzeugend und nahm – neben der psychiatrischen Komponente – auch aus diesem Grund eine Rückweisung vor. 7.2.3

Betreffend das neurologische Teilgutachten von Dr. med. S. ___ ist auf den Bericht des Neurologen Dr. med. Q. ___ vom 27. Januar 2014 (vgl. E. II. 6.4 hiervor) einzugehen. Dieser konnte aufgrund seiner durchgeführten Untersuchung und der MR-Abklärung weder eine traumatische Schädigung noch eine andere Beeinträchtigung von Rückenmark und Nervenwurzel nachweisen. In diesem Sinn hielt auch Dr. med. AH. ___ im Bericht vom 14. Februar 2014 (vgl. E. II. 6.5 hiervor) fest, durch die durchgeführte gründliche neurologische Abklärung habe im cervicalen Bereich keine Pathologie bestätigt werden können. Auch im neurologischen Teilgutachten der Gutachterstelle C. ___ vom 23. März 2015 (vgl. E. II. 6.8 hiervor) wurde festgehalten, es bestehe eine Übereinstimmung mit dem Bericht von Dr. med. Q. ___ (IV-Nr. 46.1 S. 19 unten). Es kann daher der Einschätzung von Dr. med. S. ___ im neurologischen Teilgutachten gefolgt werden, wonach sich im neurologischen Untersuchungsbefund kein Anhalt für eine Störung des zentralen oder peripheren Nervensystems ergebe. Der Hirnnervenstatus sei normal, es fänden sich keine Paresen oder Atrophien, die Muskeleigenreflexe seien seitengleich schwach auslösbar, Sensibilität und Koordination seien intakt. Auffällig sei eine vermeintlich eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule, wobei jedoch das Ausmass der demonstrierten Bewegungseinschränkung bei wiederholter Prüfung wechselnd sei und nicht mit der ungestört wirkenden spontanen Beweglichkeit des Kopfes korreliere. Auch die durchgeführte MRI der HWS vom 20. März 2019 zeige einen altersentsprechenden Befund. In der spinalen MRI der LWS vom 20. März 2019 zeige sich eine linksbetonte Bandscheibenprotrusion in Höhe LWK5/SWK1. Für eine L5- oder S1-Wurzelkompression

links ergebe sich klinisch indes kein Anhalt, anamnestisch würden ehemals vorrangig rechtsbetonte Lumbalgien berichtet (IV-Nr. 162 S. 114). Diese bildgebenden Befunde (IV-Nr. 162 S. 228) entsprechen im Übrigen dem Ergebnis der am 8. Januar 2014 bei Dr. med. AH.____ durchgeführten MRI der Wirbelsäule mit der im lumbalen Bereich bestehenden Osteochondrose L5/S1 (vgl. E. II. 6.3 hiervor). Folglich sind keine Aussagen in den Vorakten erkennbar, welche den Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens einschränken.

7.2.4 Im orthopädischen Teilgutachten vom 8. Juli 2019 gab Dr. med. AF.____ in Bezug auf die durch die Beschwerdeführerin geklagten rechtsseitigen Kopfschmerzen seit 2013 an, es finde sich bei der hiesigen klinischen Untersuchung kein erklärendes klinisches und bildmorphologisches Korrelat (Fehlen einer spontanen Bewegungseinschränkung, Fehlen einer paravertebralen Muskeltonuserhöhung, Fehlen eines radikulären Defizits). Dies decke sich mit den aktenkundigen Voreinschätzungen aus den Jahren 2015 und 2018 (IV-Nr. 162 S. 153). Diese gutachterlichen Ausführungen erweisen sich mit Blick auf die Vorakten als korrekt: So ist zum einen dem rheumatologischen Teilgutachten im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens der Gutachterstelle C.____ vom 23. März 2015 (vgl. E. II. 6.8 hiervor) zu entnehmen, dass sich rein unter Berücksichtigung der objektiven Untersuchungsbefunde und der dokumentierten früheren externen bildgebenden sowie klinischen Evaluationen keinerlei relevante patho-anatomischen Befunde am Bewegungsapparat fänden (IV-Nr. 46.1 S. 16). Ähnliche Angaben sind auch dem Gutachten der Gutachterstelle AA.____ vom 13. Dezember 2018 (vgl. E. II. 6.19 hiervor) zu entnehmen. So wurden fehlende strukturelle Veränderungen am Bewegungsapparat und nicht relevante objektive klinische Befunde festgehalten (IV-Nr. 145 S. 11 oben). Aus den medizinischen Akten ergibt sich somit übereinstimmend, dass für die durch die Beschwerdeführerin beklagten Schmerzen kein objektivierbares Korrelat besteht. In Bezug auf den im Gutachten der Gutachterstelle C.____ vom 23. März 2015 ausgewiesenen «Status nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma vom 8. September 2013 (ICD-10 S13.5)» (vgl. E. II. 6.8 hiervor), hielt bereits der RAD-Arzt Dr. med. B.____ in seiner Aktennotiz vom 6. August 2015 (vgl. E. II. 6.11 hiervor) fest, dieses habe die Beschwerdeführerin nur während drei Monaten eingeschränkt. Dieser Einschätzung entspricht sodann der gutachterliche Befund von Dr. med. AF.____, wonach sich bei der klinischen Untersuchung kein die geklagten Beschwerden erklärendes klinisches und bildmorphologisches Korrelat finde (vgl. oben). Der Beweiswert des orthopädischen Teilgutachtens wird durch die früher verfassten medizinischen Akten nicht geschmälert, sondern vielmehr gestützt.

7.2.5 In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. AG.____ ergibt sich Folgendes (IV-Nr. 162 S. 159 ff.): 7.2.5.1 Es ist zunächst auf den Bericht der behandelnden Psychiaterin pract. med. I.____ vom 2. April 2018 und ihr Schreiben vom 3. Juli 2019 einzugehen (vgl. E. II. 7.17, 6.21 hiervor). In Bezug auf die darin gestellte Diagnose einer «kombinierten Persönlichkeitsstörung mit Anteilen der narzisstischen, der paranoiden, der abhängigen und der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung, ICD-10 F61.0» führte der psychiatrische Gutachter Dr. med. AG.____ aus, diese Diagnose sei nicht ICD-konform. So setzte eine solche Diagnose eine in der Kindheit oder Jugend beginnende psychische und das Verhalten mit erheblichen negativen sozialen Folgen störende Auffälligkeit voraus, was sich aus der Biographie und hiesigen Exploration und aus den Akten Daten indes nicht ableiten lasse (IV-Nr. 162 S. 190). Diesen gutachterlichen Ausführungen kann aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin im Rahmen der Exploration bei Dr. med. AG.____ gefolgt werden. So gab sie an, eine schöne Kindheit erlebt zu haben. Probleme mit häuslicher Gewalt, Alkohol

oder Missbrauch habe es nicht gegeben (IV-Nr. 162 S. 185). Die von med. pract. I. ___ im Bericht vom 2. April 2018 beschriebenen Ereignisse in der Kindheit der Beschwerdeführerin führen zu keinem anderen Resultat. So wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe bis sieben Jahre zusammen mit ihrer Mutter und den drei Geschwistern in [...] bei der Familie ihres Vaters gelebt und sei dann ohne Kenntnisse der deutschen Sprache zusammen mit der Familie in die Schweiz zu ihrem bereits hier lebenden Vater immigriert (IV-Nr. 109 S. 6 f.). Der Beschwerdeführerin gelang es sodann – so auch die behandelnde Psychiaterin (IV-Nr. 109 S. 12) – aus eigener Kraft mit Hilfe einer Nachbarin, Deutsch zu lernen. Ausserdem absolvierte sie die Grundschule und das 10. Schuljahr (IV-Nr. 109 S. 7). Aus dem Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach Dr. med. AG. ___ einen schweren Diagnosefehler begangen habe, indem er die Adoleszenz-Kriterien der ICD-10 einer Persönlichkeitsstörung nach F6 falsch zitiert habe (A.S. 32), vermag diese nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. So sind bei der Beschwerdeführerin keine – wie von der Beschwerdeführerin vorgebracht – «in der späten Kindheit oder Adoleszenz beginnenden Bedingungen ersichtlich, welche ihre Persönlichkeitsentwicklung beeinflusst» hätten (S. 33 oben). Die Argumentation der behandelnden Psychiaterin, «zahlreiche Erschwernisse» in der frühen Kindheit der Beschwerdeführerin seien die der psychischen Entwicklung abträglich gewesen, vermag in diesem Zusammenhang nicht zu überzeugen. Die Emigration des Vaters in die Schweiz, wobei er die Mutter nach der Geburt der Beschwerdeführerin bei den Schwiegereltern zurückliess, ereignete sich deutlich vor der «späten Kindheit oder Adoleszenz».

Entsprechend den Ausführungen von Dr. med. AG. ___ hielt sodann auch Dr. med. B. ___, RAD, in seiner Stellungnahme vom 6. November 2019 (vgl. E. II. 6.24 hiervor) fest, die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sei aus Sicht des RAD wenig wahrscheinlich, zumindest aber zu wenig gesichert. Er wies zudem darauf hin, dass die laufende Behandlung dem psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin, wie er im Gutachten der Gutachterstelle E. ___ festgehalten werde, angemessen sei, aber bei einer wesentlich ausgeprägteren Störung klar als ungenügend zu taxieren wäre. Eine Persönlichkeitsstörung wurde auch im Anschluss an den stationären Aufenthalt in der Klinik H. ___ nicht diagnostiziert (vgl. E. II. 6.10 hiervor). Die behandelnde Psychiaterin steht demnach mit dieser Diagnose allein. Weiter führte Dr. med. AG. ___ in Bezug auf die durch pract. med. I. ___ ausgewiesenen Diagnosen einer «rezidivierenden depressiven Störung, Episoden mittelgradig bis schwer, ICD-10 F33.(1 – 2)» und einer «anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, ICD-10 F45.4» aus, die parallele Stellung der Diagnose einer depressiven Episode und einer somatoformen Schmerzstörung sei nicht ICD-konform, da F45.4-Diagnosen bei Attestierung einer affektiven Störungsdiagnose nicht zu kodieren seien (sondern in der affektiven Diagnose aufgingen). Zudem lasse sich gemäss Dr. med. AG. ___ eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung auch jetzt nicht attestieren, da im hiesigen klinischen Eindruck weder eine erhebliche Schmerzbeeinträchtigung zu erkennen noch ein schmerzbezüglicher ungelöster seelischer Konflikt zu explorieren gewesen sei. Folglich fehlten für diese Diagnose seiner Ansicht nach die ICD-10 Achsenkriterien (IV-Nr. 162 S. 190). Diese gutachterliche Beurteilung erscheint plausibel, da die Beschwerdeführerin anlässlich der gutachterlichen Exploration zwar über Schmerzen im Bereich der rechten Schulter, des Rückens, im Nacken rechtsbetont, klagte (IV-Nr. 162 S. 176), und angab, etwa zweimal am Tag eine Tablette Dafalgan sowie bei Bedarf üblicherweise zweimal am Tag Inflammac Dragees einzunehmen (IV-Nr. 162 S. 184). Im Rahmen der Exploration wurde indes festgehalten, dass die Beschwerdeführerin im

Gespräch ruhig und gelassen gewesen sei und die Mimik und Gestik unbeeinträchtigt gewirkt hätten (IV-Nr. 162 S. 186 unten). Es kann daher im Rahmen der psychiatrischen Exploration nicht von einer schmerzgeplagt wirkenden Beschwerdeführerin ausgegangen werden, was sich im Übrigen auch mit Blick auf die anderen Teilgutachten bestätigen lässt. So wurde im Rahmen des neurologischen Untersuchungsbefundes darauf hingewiesen, dass während der gesamten Untersuchung (von 11.30 bis 13.00 Uhr, IV-Nr. 162 S. 82) kein namhaft schmerzgeplagter Eindruck bestanden habe (IV-Nr. 162 S. 108). Dementsprechend wurde auch im Rahmen der orthopädischen Exploration festgehalten, es seien weder ein Schonsitz, noch Schonhaltungen erkennbar gewesen und es habe kein schmerzgeplagter klinischer Eindruck bestanden (IV-Nr. 162 S. 147). Zudem gibt es an der Angabe der Beschwerdeführerin, wonach sie täglich Schmerzmittel einnehme, aufgrund der durchgeführten Laboruntersuchung vom 20. März 2019 erhebliche Zweifel, indem die gemessenen Werte von Diclofenac und Paracetamol unter dem therapeutischen Zielbereich lagen (IV-Nr. 162 S. 39). Es ist daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass diese Schmerzmedikamente jedenfalls nicht in der von der Beschwerdeführerin angegebenen Menge eingenommen werden. Somit scheinen die durch die Beschwerdeführerin beklagten Schmerzen nicht derart einschränkend zu sein, dass eine tägliche Zufuhr von erhöhten Mengen Schmerzmittel notwendig wäre. In Bezug auf die im Gutachten der Gutachterstelle C. ___ vom 23. März 2015 ebenfalls bestätigte Diagnose einer «anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)» (vgl. E. II. 6.8 hiervor) kann im Hinblick auf das Urteil des Versicherungsgerichts VSBES.2016.175 vom 7. November 2017 (IV-Nr. 95 S. 25) zudem festgehalten werden, dass diese Diagnose nicht ohne Weiteres zu überzeugen vermochte, da keine substantiierte Auseinandersetzung mit dieser Diagnosestellung stattfand, weshalb deren Herleitung nicht überzeugte (IV-Nr. 95 S. 25 Mitte). Die von der behandelnden Psychiaterin med. pract. I. ___ ebenfalls ausgewiesene Diagnose einer «rezidivierenden depressiven Störung, Episoden mittelgradig bis schwer, ICD-10 F33.(1-2)» konnte Dr. med. AG. ___ ebenfalls nicht bestätigen. So führte er aus, im aktuellen psychiatrischen Untersuchungsbefund präsentiere sich eine initial etwas unruhige, leicht gereizt imponierende Beschwerdeführerin, die im Laufe der Untersuchung zunehmend entspannter gewirkt habe. Es bestehe eine leichte Grübelneigung und ein auf krankheitsspezifische Themen eingegengtes Denken, die Stimmung sei zum dysthymen Pol hin verschoben, wobei klinische Zeichen einer schwergradigen Depressivität, wie eine vitale Antriebs-, Freud- und Interessenreduktion, wesentliche vegetative Symptome oder eine Störung der zirkadianen Rhythmik nicht festzustellen seien (IV-Nr. 162 S. 189 f.). Diesen Ausführungen kann gefolgt werden. Die Beschwerdeführerin gab an, tagsüber je nach ihren Möglichkeiten und gesundheitlichen Einschränkungen zu versuchen, die Einkäufe und die Hausarbeit zu erledigen, beim Autofahren keine Probleme zu haben, überwiegend Kontakte zu der in der Nähe lebenden Familie zu haben und in den vergangenen Jahren für drei Wochen mit dem eigenen Auto in die [...] Heimat gereist zu sein, um die Familie und Verwandte zu sehen. Ausserdem stehe sie üblicherweise zwischen 6.00 Uhr und 6.30 Uhr auf und schaue, dass die beiden älteren Kinder gut in die Schule kämen. Die jüngste Tochter betreue sie zu Hause (IV-Nr. 162 S. 185). Die behandelnde Psychiaterin geht nicht näher auf das Aktivitätsniveau ein. Zudem setzt sie sich in ihrem Bericht vom 2. April 2018 (vgl. E. II. 6.17 hiervor) mit der rezidivierenden depressiven Störung nicht näher auseinander, weshalb sich diese Diagnose als nicht nachvollziehbar erweist. Im Schreiben vom 3. Juli 2019 (vgl. E. II.

12.1 Die in der Verfügung vom 24. Juni 2020 (A.S. 6) vorgenommene Invaliditätsberechnung ist unbestritten geblieben und im Ergebnis nicht zu beanstanden: So hat die Beschwerdegegnerin zunächst den IV-Grad für das Jahr 2014 (frühestmöglicher Beginn des Rentenanspruchs nach Ablauf des im September 2013 ausgelösten Wartejahres, vgl. E. II. 2.2 hiervor) und anschliessend für das Jahr 2018 berechnet. Dabei ist die Beschwerdegegnerin für die Festsetzung des Valideneinkommens korrekterweise vom zuletzt bei der Firma O.____ erzielten Jahreseinkommen der Beschwerdeführerin (vgl. Arbeitgeberfragebogen vom 5. März 2014 und telefonische Lohnauskunft vom 30. September 2015, IV-Nr. 18 sowie Protokolleintrag vom 30. September 2015) vom Bruttolohn für das Jahr 2012 (als die Beschwerdeführerin noch keine gesundheitlichen Einschränkungen hatte) von CHF 45'035.00 (entspricht einem Pensum von 70 %) ausgegangen. Für das Jahr 2014 hat die Beschwerdegegnerin bei der Bestimmung des Invalideneinkommens korrekterweise auf den Tabellenlohn (LSE 2014, TA1_tirage_skill_level, Total, Niveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art», Frauen) von CHF 4'300.00 abgestellt und diesen auf die übliche Anzahl Wochenstunden von 41,7 im Jahr (x 12) hochgerechnet. Dies entspricht bei einem Pensum von 100 % einem Invalideneinkommen von CHF 53'793.00. Diese Summe ist allerdings, entgegen der Berechnung der Beschwerdegegnerin, nicht mit dem Invalideneinkommen gleichzusetzen, sondern dieses ist zwecks Vergleichbarkeit mit dem Valideneinkommen ebenfalls auf der Basis eines Pensums von 70 % zu bestimmen und beläuft sich somit auf CHF 37'655.00. Verglichen mit dem Valideneinkommen von CHF 45'035.00 resultiert für den Erwerbsanteil eine Einschränkung von 16 %. Mit der anzuwendenden gemischten Bemessungsmethode (70 % ausserhäusliche Erwerbstätigkeit, 30 % Haushalt) ergibt sich unter Berücksichtigung der Einschränkungen im Bereich Haushalt von 15 % (vgl. E. II. 6.12 hiervor) ein Invaliditätsgrad von 16 %. Es besteht folglich kein Anspruch auf eine IV-Rente.

12.2 Für das Jahr 2018 hat die Beschwerdegegnerin bei der Bestimmung des Valideneinkommens ebenfalls auf den zuletzt erzielten Jahreslohn von CHF 45'035.00 abgestellt (vgl. oben) und diesen auf einem 70%-Pensum beruhenden Betrag auf ein Pensum von 100 % aufgerechnet (: 70 x 100) sowie an den Nominallohnindex 2015 / 2018 (Frauen, Ziff. 86 ■ 88 «Gesundheits- u. Sozialwesen», : 101.8 x 103.1) angepasst. Somit beträgt das Valideneinkommen insgesamt CHF 65'157.30. Beim Invalideneinkommen hat die Beschwerdegegnerin korrekterweise auf den Tabellenlohn (LSE 2018, TA1_tirage_skill_level, Total, Niveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art», Frauen) von CHF 4'371.00 abgestellt und diesen auf die übliche Anzahl Wochenstunden von 41,7 im Jahr (x 12) hochgerechnet sowie an den Nominallohnindex 2016 / 2018 angepasst (T1.10 Nominallohnindex, Total Frauen [: 105,0 x 105,9]). Dies entspricht einem Invalideneinkommen von CHF 55'049.00. Bei einem Valideneinkommen von CHF 65'157.30 und einem Invalideneinkommen von CHF 55'049.00 ergibt sich eine Erwerbseinbusse von CHF 10'108.30, welche einer Einschränkung von 15,5 % entspricht. Mit der weiterhin anzuwendenden gemischten Bemessungsmethode (70 % ausserhäusliche Erwerbstätigkeit : 30 % Haushalt) ergibt sich in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit mit einer Einschränkung von 15.5 % ein Teil-Invaliditätsgrad von 10.9 %. Unter Berücksichtigung der 15%igen Einschränkungen im 30%-Pensum Haushalt von 4.5 % (vgl. E. II. 6.23 hiervor) resultiert insgesamt ein Invaliditätsgrad von gerundet 15.4 %. Damit besteht ebenfalls kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. dazu E. II. 2 hiervor). An diesem Ergebnis würde sich selbst dann

nichts ändern, wenn im Bereich Haushalt von einer erheblich höheren Einschränkung als den hier herangezogenen 4,5 % ausgegangen würde. Die Beschwerdegegnerin hat das entsprechende Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin somit zu Recht abgewiesen.

13. Was den Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen anbelangt, fehlt es bei einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit und einem Invaliditätsgrad im Erwerbsbereich von 16 % an den invaliditätsmässigen Voraussetzungen. Zudem befand sich die Beschwerdeführerin bei Erlass der angefochtenen Verfügung in einer unbefristeten Anstellung bei der [...].

14. Insofern der Vertreter der Beschwerdeführerin anlässlich der Verhandlung vor Versicherungsgericht erstmals eine Verletzung des rechtlichen Gehörs rügt, da die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 24. Juni 2020 nicht über die mit Einwand vom 4. Februar 2020 beantragten Ergänzungsfragen an die E.____ entschieden habe, ist Folgendes festzuhalten: Mit Stellungnahme vom 30. März 2020 (IV-Nr. 195 S. 2 f.) führte der RAD-Arzt, Dr. med. B.____, hinsichtlich der im Einwand gestellten Ergänzungsfragen aus, das Unterbreiten der Ergänzungsfragen an den psychiatrischen Teilgutachter mache wenig Sinn, da dadurch kaum ein relevanter Erkenntnisgewinn resultieren dürfte. Wie aus den Akten ersichtlich, stellte die Beschwerdegegnerin dem Vertreter der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 12. Mai 2020 (IV-Nr. 201) sämtliche bis zu diesem Datum ergangenen Unterlagen ■ und somit auch die Stellungnahme von Dr. med. B.____, RAD, vom 30. März 2020 ■ auf CD-ROM zu. Damit hatte der Vertreter der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen vom 24. Juni 2020 bezüglich der ablehnenden Haltung der Beschwerdegegnerin hinsichtlich der eingereichten Fragen Kenntnis, zumal Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung die RAD-Stellungnahme ausdrücklich zum integrierenden Bestandteil dieser Verfügung erklärte. Demnach ist das Vorliegen einer Verletzung des rechtlichen Gehörs zu verneinen.

15. Damit ist die Verfügung vom 24. Juni 2020 (A.S. 1 ff.) zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde ■ soweit darauf einzutreten ist ■ abzuweisen. Im Übrigen ist betreffend weiterer Beweismassnahmen auf die Praxis zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen, wonach der Richter auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten kann, wenn er auf Grund pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162, 104 V 209 E. a S. 211; Urteil des Bundesgerichts 8C_364/2011 vom 11. Oktober 2011 E. 3.1). Da weder von den durch die Beschwerdeführerin beantragten Zeugenbefragung noch von der Parteibefragung (vgl. E. I. 3 Ziff. 4 ■ 7) für den hier zu beurteilenden Zeitraum weiterführenden Erkenntnisse zu erwarten sind, ist darauf zu verzichten.

16. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

17. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

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

4. Je eine Kopie des Protokolls der öffentlichen Verhandlung vom 13. Oktober 2021 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

5. Eine Kopie der an der öffentlichen Verhandlung vom 13. Oktober 2021 eingereichten ergänzenden Kostennote vom 13. Oktober 2021 sowie der Urkunden 8, 9 und 10 geht zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

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

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

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