

SO_GERICHTE VSBES.2020.86 vom 17. März 2020

SO Obergericht, 2020-03-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.86

FR: SO_GERICHTE VSBES.2020.86 du 17 mars 2020

IT: SO_GERICHTE VSBES.2020.86 del 17 marzo 2020

Erwägungen

E. 9

Dezember 2019 (IV-Nr. 37.1) kamen die Gutachter zum Schluss, die Beschwerdeführerin sei aus psychiatrischer Sicht aufgrund einer Neurasthenie in jeglichen Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. Schliesslich legte die Beschwerdegegnerin das bidisziplinäre Gutachten Dr. med. D.____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), vor, welcher mit Bericht vom 30. Januar 2020 (IV-Nr. 43) festhielt, das Gutachten sei nicht schlüssig. Im gegenwärtigen Stand bestehe bei der Beschwerdeführerin keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Gestützt auf diesen RAD-Bericht verneinte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 17. März 2020 (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.) den Anspruch der Beschwerdeführerin auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente. 2.

Dagegen lässt die Beschwerdeführerin am 6. Mai 2020 Beschwerde erheben (A.S. 5 ff.) und folgende Rechtsbegehren stellen: 1. Die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 17. März 2020 sei vollumfänglich aufzuheben. 2. a) Es seien der Beschwerdeführerin ab wann rechtens die gesetzlichen IV-Leistungen (berufliche Massnahmen, IV-Rente) bei einem IV-Grad von 100 %, eventuell von mindestens 40 %, zzgl. Verzugszins zu 5 % ab wann rechtens auszurichten. b) Eventualiter: es sei mittels Rückfragen bei der Gutachterstelle, C.____, der medizinische Sachverhalt ergänzend abzuklären. c) Subeventualiter: es sei ein medizinisches Gutachten in Auftrag zu geben. 3. Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen. 4. Der Beschwerdeführerin sei die volle unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverteidigung unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren. 5. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. U.K.u.E.F.

3. Mit Eingabe vom 5. Juni 2020 (A.S. 33) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf Einreichung einer Beschwerdeantwort und schliesst auf Abweisung der Beschwerde. 4. Mit Verfügung vom 8. September 2020 (A.S. 52) wird der Beschwerdeführerin im vorliegenden Verfahren ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von sämtlichen Gerichtskosten und von der Kostenvorschusspflicht) bewilligt und Rechtsanwalt Claude Wyssmann, [...], als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. 5. Mit Verfügung vom 26. Oktober 2020 (A.S. 58 ff.) veranlasst das Versicherungsgericht bei Dr. med. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, [...], ein Gerichtsgutachten. Das Gutachten ergeht am 20. Mai 2021 (A.S. 64 ff). 6. Mit Stellungnahmen vom 21. Juni 2021 (A.S. 125 f.) und 12. Juli 2021 (A.S. 129 f.) lassen sich die Parteien abschliessend vernehmen. 7. Am 1. Juni 2022 findet vor dem Versicherungsgericht eine Verhandlung statt. Anwesend sind die Beschwerdeführerin und ihr Rechtsvertreter, Rechtsanwalt Claude Wyssmann. Die Beschwerdegegnerin hat auf eine Teilnahme an der Verhandlung verzichtet; ihr ist denn auch das Erscheinen freigestellt worden. Rechtsanwalt Wyssmann reicht die Berichte von Dr. med. F.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie vom 31. Mai 2022 (Urkunde 3), von Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädie und

Unfallchirurgie, vom 17. Mai 2022 (Urkunde 4) sowie von med. pract. H.____, Innere Medizin, vom 31. Mai 2022 (Urkunde 5) zu den Akten. Zudem stellt er den Beweisantrag, es sei bei Dr. med. F.____ ein ergänzender Bericht bezüglich der Traumafolgestörung einzuholen. Sodann modifiziert der Rechtsvertreter die in der Beschwerde vom 6. Mai 2020 gestellten Rechtsbegehren teilweise: 1. Die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 17. März 2020 sei vollumfänglich aufzuheben. 2. a) Es seien der Beschwerdeführerin die gesetzlichen IV-Leistungen (beruflichen Massnahmen / Invalidenrente) bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 %, zzgl. Verzugszins zu 5 % ab wann rechtens auszurichten. b) Eventualiter: Es sei ein Gerichtsgutachten mindestens in der internistischen, rheumatologischen, orthopädischen, neurologischen, schlafmedizinischen und psychiatrischen Fachrichtung einzuholen. c) Subeventualiter: Die Sache sei zu ergänzenden medizinischen und beruflichen/erwerblichen Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen. 3. Die Kosten des Gerichtsgutachtens von Dr. med. E.____ seien der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 4. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 8. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit notwendig, eingegangen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). 2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. 3. 3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4). 3.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, 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 hinreichende 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).

3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). 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 352 E. 3a). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 352 ff. E. 3b). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 104 V 212). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

4. Gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin stelle sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt, die gutachtliche Beurteilung einer vollen Arbeitsunfähigkeit sei nicht schlüssig ausgefallen, sodass abschliessend auf die anderslautende Beurteilung durch den RAD abgestellt werden könne, wonach eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben sei. Weiter erachte es die Beschwerdegegnerin bei feststehenden Befunden als zulässig, dass der Rechtsanwender abschliessend einem ohne eigene Untersuchungen zustande gekommenen RAD-Bericht und nicht einem in der Folgenabschätzung anders lautenden C.____-Gutachten entsprechen dürfe, ohne dass zuvor Rückfragen an die Gutachter erfolgten (vgl. Urteil des

Bundesgerichts 9C_342/2016 vom 8. August 2016, E. 5.2. mit Hinweis auf Urteil 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3 und 5.4 (in: SVR 2009 IV Nr. 56 S. 1 74). Dem sei entgegenzuhalten, dass der RAD-Arzt, Dr. med. D.____, am 30. Januar 2020 die gutachtlich gestellte Diagnose einer Neurasthenie als «keineswegs überzeugend» erachtet habe. Ausserdem bestreite der Nicht-Psychiater Dr. med. D.____, dass eine Erschöpfung und andere wesentliche vom psychiatrischen Gutachter erhobene Befunde vorlägen. So meine Dr. med. D.____, eine Erschöpfung leugnen zu können, indem er auf die gutachtlichen Feststellungen hinweisen könne, wonach bei der gutachtlichen Exploration eine «ausgesprochen lebendige Kommunikation» geherrscht habe und die Versicherte dem Experten «ohne Latenz» geantwortet habe. Damit aber, dies scheine die Beschwerdegegnerin komplett zu verkennen, könne nicht von einem an sich feststehenden medizinischen Sachverhalt ausgegangen werden, der eine blossе Aktenbeurteilung als genügend erscheinen lassen könnte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_559/2019 vom 20. Januar 2020 E. 5.2.1. mit Hinweis auf Urteil 9C_25/2015 vom 1. Mai 2015 E. 4.1). Bei der RAD-Stellungnahme vom 30. Januar 2020 handle es sich ausserdem nicht um einen Bericht im Sinne der von der Beschwerdegegnerin angerufenen Rechtsprechung. Der Verfasser der Stellungnahme vom 30. Januar 2020 sei Facharzt für Allgemeine Medizin, nicht aber Facharzt für Psychiatrie. Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedürfe es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 f. E. 5.1). Der Beweiswert einer spezialärztlichen Expertise hänge u.a. davon ab, ob die begutachtende Person über die entsprechende Fachausbildung verfüge. Deshalb sei für die Eignung einer Ärztin oder eines Arztes als Gutachtensperson in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender, dem Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse dienender spezialärztlicher Titel der berichtenden oder zumindest der den Bericht visierenden Arztperson vorausgesetzt (Urteil des Bundesgerichts 9C_547/2010 vom 26. Januar 2011 mit Hinweis auf die Urteile 8C_65/2010 und 8C_66/2010 vom 6. September 2010 E. 3.1, 9C_270/2008 vom 12. August 2008 E. 3.3). Beides sei vorliegend nicht der Fall. Soweit die Beschwerdegegnerin resp. deren RAD sodann geltend mache, die Neurasthenie sei, soweit sie überhaupt als Diagnose bestätigt werden könnte, ohnehin nicht invalidisierend, verletze sie sämtliche rechtlichen Vorgaben. Insbesondere habe die IV-Stelle in Verletzung von Bundesrecht keine Indikatorenprüfung durchgeführt. Dabei seien sämtliche psychischen Leiden dem strukturierten Beweisverfahren zu unterziehen (vgl. BGE 143 V 418). Ausserdem sei dem Gutachten klar voller Beweiswert zuzuerkennen. Der Gutachter Dr. med. I.____ lege nämlich überzeugend dar, dass die anhaltende Erschöpfungssymptomatik vor dem Hintergrund der besonderen innerpsychischen Struktur als Neurasthenie betrachtet werden könne. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei ebenso schlüssig dargelegt und stehe in Übereinstimmung zu den mittels Mini-ICF APP Rating festgestellten erheblichen Beeinträchtigungen der Proaktivität und Spontanaktivitäten sowie Widerstands- und Durchhaltefähigkeit. Es sei auch dargelegt worden, dass und warum ein Therapieerfolg sich erst mittel- bis langfristig positiv auf das Leistungsvermögen auszuwirken vermöge. Es handle sich insgesamt um sorgfältige, nachvollziehbare und überzeugende gutachtliche Ausführungen. Sollte durch das Gericht weiterer Klärungsbedarf bestehen, so wäre dieser primär durch Rückfragen an die Gutachter der C.____ zu beantworten. Die Gutachter seien ausserdem bereits aus Gründen des rechtlichen Gehörs der Versicherten und des Untersuchungsgrundsatzes durch das Gericht aufzufordern, zum RAD-Bericht vom 30. Januar 2020 Stellung zu beziehen. Dies insbesondere mit Blick auf die Behauptung des RAD-Arztes Dr. med. D.____, wonach die

Psychomotorik der Versicherten nicht auf eine Erschöpfung hindeute. Sodann führte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin anlässlich der Verhandlung vom 1. Juni 2022 ergänzend aus, es bestünden im vorliegenden Fall verschiedene Probleme. In somatischer Hinsicht bestehe keine taugliche Beweisgrundlage. Zudem liege von der Hausärztin keine brauchbare Berichterstattung vor. Damit lägen lediglich Spuren auf somatische Probleme vor. Es gebe aber in den Akten diverse Hinweise auf relevante somatische Einschränkungen vor. Die diagnostizierten degenerativen Rückenbeschwerden seien nicht erst aktuell aufgetreten, weshalb diesbezüglich weitere Abklärungen zu tätigen seien. Es reiche aus, dass das Schmerzleiden mindestens teilweise durch objektivierbare Beschwerden erklärt werden könne. Falls diese nicht somatisch nachgewiesen werden könnten, wäre stattdessen aus psychiatrischer Sicht das Vorliegen einer allfälligen somatoformen Schmerzstörung zu prüfen. Ein weiteres Problem sei die Erschöpfung der Beschwerdeführerin. Das Erschöpfungssyndrom sei durch einen Neurologen diagnostiziert worden. Dieses sei jedoch im Gutachten von Dr. med. E. ___ nicht widerlegt worden. Sie habe sich dazu nicht geäußert und schon gar nicht retrospektiv. Zudem sei Dr. med. J. ___ von der C. ___ davon ausgegangen, dass das Chronic Fatigue Syndrom (CFS) nicht im Bereich der Psychiatrie liege und habe stattdessen die neurologisch gestellte Diagnose als korrekt bezeichnet. Die typischen Kriterien lägen bei der Beschwerdeführerin denn auch vor. Weder die Neurasthenie noch das CFS seien durch das Gutachten des Gerichts beweismässig widerlegt worden. Deshalb seien neurologische Abklärungen zu tätigen. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, ihre Abklärungen hätten ergeben, dass ungeachtet der Einschätzung der Administrativgutachter keine medizinische Diagnose vorliege, welche eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit begründe. Die bisherige Arbeit als Serviceangestellte, wie auch sämtlich andere Tätigkeiten, seien der Beschwerdeführerin somit weiterhin zumutbar (vgl. RAD-Stellungnahme vom 30. Januar 2020). Es liege somit keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vor. Wenn es allein um die Folgenabschätzung der diagnostizierten Leiden hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit gehe, sei es zulässig, dass die IV-Stelle – wie hier geschehen – der RAD-Stellungnahme und nicht dem in der Folgenabschätzung anderslautenden Gutachten entspreche (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C_342/2016 vom 8. August 2016 E. 5). Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Administrativgutachten sei im Hinblick auf die gestellten strukturellen und funktionell-klinischen Diagnosen nicht schlüssig ausgefallen. Der RAD habe zu Recht erkannt, dass die rechtlich gebotenen Anforderungen an eine schlüssige und nachvollziehbare Einschätzung der Arbeits(un)fähigkeit im Sinne der Rechtsprechung (BGE 140 V 193) nicht erfüllt seien, und sei damit seiner gesetzlichen Aufgabe gemäss Art. 59 Abs. 2 bis IVG nachgekommen. Auf die Stellungnahme des RAD vom 30. Januar 2020 könne abgestellt werden, da sie in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden sei, in der Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchte und die gezogenen Schlussfolgerungen wohlbegründet seien (BGE 125 V 351 E. 3a). Überdies liege ein lückenloser Befund vor, sodass die direkte fachärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rücke. Es schade deshalb nicht, dass der RAD die versicherte Person nicht persönlich untersucht habe (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_822/2017 vom 19. Februar 2018 E. 4.1.1-2 und 9C_25/2015 vom 1. Mai 2015 E. 4.1 mit Hinweisen). 5. Strittig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen von Belang:

5.1 Im Bericht der K. ___ vom 19. Dezember 2014 (IV-Nr. 12) wurde die

Verdachtsdiagnose einer leichten depressiven Störung, DD Anpassungsstörung in Rahmen der Trennung, gestellt. Sie berichte, sie befinde sich in einer schwierigen Lebenssituation, sie sei seit vier Monaten von ihrem Freund getrennt und es gehe ihr psychisch nicht gut. Vor zwei Monaten habe sie ihre Arbeit als Verkäuferin selbständig gekündigt. Sie habe drei Kinder, die ältere Tochter sei nur am Wochenende bei ihr, die beiden anderen Kinder lebten ganz bei ihr. Sie habe einen sehr guten Kontakt zu den Kindern, sei jedoch manchmal überfordert. Sie könne sich nicht konzentrieren, nicht schlafen, habe ständig kreisende Gedanken im Kopf, sie sehe müde aus und fühle sich auch müde. 5.2 Mit Bericht vom 12. September 2016 (IV-Nr. 15, S. 8) diagnostizierte Prof. Dr. med. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, eine psychosozial schwierige Situation durch multiple Stressoren. Der Psychiater nannte folgende psychosoziale Faktoren: Unklarer Aufenthaltsstatus der Beschwerdeführerin mit Androhung der Wegweisung aus der Schweiz nach Deutschland; alleinerziehende Mutter von drei Kindern; sozial isoliert; Traurigkeit, Somatisierung mit Kopfdruck und Schlafstörungen sowie Gewichtsverlust. Die aus Marokko stammende Beschwerdeführerin habe ihre Eltern früh verloren. Sie habe wenig Kontakt zu Verwandten in Marokko. Ihr zweiter Ehemann sei gewalttätig gewesen und habe sie vor den Kindern geschlagen. 5.3 Dr. med. M.____, Fachärztin für Neurologie FMH, stellte in ihrem Bericht vom 31. Oktober 2017 (IV-Nr. 15, S. 6) folgende Diagnose: Häufige migräniforme Kopfscherzen mit/bei - Triggerfaktoren: · Sehr schlechte Nachtschlafqualität · ängstlich rasch überforderte Persönlichkeitsstruktur · Wetterwechsel · Licht- und Lärmtriggerung · unzureichende Trinkmenge · hypotone Blutdruckwerte 5.4 Im Notfallbericht des N.____ vom 22. November 2018 (IV-Nr. 10) wurde ein akutes Thoracovertebralsyndrom diagnostiziert und der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit vom 22. bis 25. November 2018 attestiert. 5.5 Med. pract. B.____, diagnostizierte im undatierten Bericht (Eingang IV-Stelle: 2. April 2019; IV-Nr. 15) eine psychosoziale Belastung mit einer depressiven Störung, eine Somatisierung, migräniforme Kopfschmerzen, eine Lumbalgie sowie chronische Rückenschmerzen. Eine angepasste Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin im Rahmen von vier bis sechs Stunden zumutbar. 5.6 Mit Bericht vom 14. Juni 2019 (IV-Nr. 26) hielt med. pract. B.____ fest, der Allgemeinzustand der Beschwerdeführerin habe sich in den letzten zwei Wochen ziemlich verschlechtert. Aktuell warte sie auf ein Aufgebot der Psychosomatik Abteilung im O.____ sowie von Dr. med. P.____ (Psychiatrie) in [...]. Aufgrund ihrer aktuellen psychosozialen Belastungssituation und dem allgemeinen gesundheitlichen Zustand (mit deutlicher Verschlechterung) komme zurzeit eine Arbeitsfähigkeit überhaupt nicht in Frage. 5.7 Dr. med. Q.____, Oberarzt, O.____, Universitätsklinik für Neurologie, Psychosomatische Medizin, stellte in seinem Bericht vom 27. Juni 2019 (IV-Nr. 30, S. 4) folgende Diagnosen: 1. Chronisches Erschöpfungssyndrom (Chronic-Fatigue-Syndrom) 2. Depressive Episode, DD i.R. von Diagnose 1 Mit ihrer langjährigen und vielfältigen Symptomatik erfülle die Beschwerdeführerin alle Kriterien für ein Chronic-Fatigue-Syndrom. Typisch dabei seien – neben der Müdigkeit und der raschen Erschöpfbarkeit – die Schlafstörungen, die belastungsabhängigen Schmerzen mit langer Erholungszeit, die kognitiven Störungen sowie die vegetativen Symptome. Regelmäßig fänden sich chronische Stressoren. Bei der Beschwerdeführerin seien dies die seit Jahren anhaltenden psychosozialen Belastungen, verschärft noch durch die anhaltenden gesundheitlichen Störungen. 5.8 Im bidisziplinären Gutachten der C.____ vom 9. Dezember 2019 (IV-Nr. 37.1) wurden folgende Diagnosen gestellt: - Neurasthenie ICD-10 F48.0 - Migräniforme Kopfschmerzen - Neigung zu Hypotonie - Neigung zu Obstipation (anamnestisch unauffällige

Panendoskopie) - Hyperlipidämie, kontrollbedürftig - Hypervitaminose B12, kontrollbedürftig - Unklare CK-Erhöpfung, kontrollbedürftig Aus psychiatrischer Sicht sei eine Neurasthenie zu diagnostizieren. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sei die Versicherte aus psychiatrischer Sicht nicht für eine Arbeit im ersten Arbeitsmarkt geeignet. Dies gelte sowohl für die angestammte Tätigkeit wie auch für jede bildungsentsprechende Verweistätigkeit. Durch entsprechende und geeignete Therapie sollte aber mittel- bis langfristig wieder eine Arbeitsfähigkeit erreicht werden können. Vorbehalten blieben weitere medizinische, vorwiegend somatische Abklärungen und die Aufgleisung einer intensiven psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapie. Aus allgemeininternistischer Sicht bestünden migräniforme Kopfschmerzen, eine Neigung zur Hypotonie, eine Neigung zur Obstipation, eine Hyperlipidämie, eine Hypervitaminose B12 sowie eine unklare CK-Erhöpfung, kontrollbedürftig. Aus streng allgemeininternistischer Sicht sei die Versicherte voll arbeitsfähig. 5.9 Mit Stellungnahme vom 30. Januar 2020 (IV-Nr. 45) führte Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, RAD, aus, die Diagnose einer Neurasthenie sei keineswegs überzeugend, und deren Auswirkungen seien es noch weniger, weil die Beurteilung des Gutachters vor allem auf subjektiven Angaben beruhe; das Krankheitsgefühl der Versicherten sei ausgeprägt, die Psychomotorik habe aber nicht auf Erschöpfung hingedeutet («ausgesprochen lebendige Kommunikation, sie antwortete ohne Latenz ...»). Diese Äusserung werde durch die Beschreibung des Psycho-Status bestätigt, wie ebenfalls die Beobachtung im Erstgespräch der IV-Stelle (s. Intake-Bericht). Es bestünden Hinweise für eine Diskrepanz zwischen den subjektiven und den objektiven Faktoren; die Schwierigkeiten in der psychosozialen Situation seien erheblich. Somit könne man schlussfolgern, dass gegenwärtig kein invalidisierender Gesundheitsschaden dokumentiert werde. Der Gutachter habe eine konsequente psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung empfohlen; bisher habe die Versicherte eigentlich nur sporadische Behandlungsversuche unternommen. Demnach sei das Gutachten nicht schlüssig. Im gegenwärtigen Stand bestehe bei der Beschwerdeführerin keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Der RAD-Psychiater sei zu dieser abschliessenden Stellungnahme einbezogen worden. 6. Nachfolgend ist der Beweiswert des bidisziplinären Gutachtens der C.____ vom 9. Dezember 2019 zu prüfen: 6.1 Im internistischen Teilgutachten der C.____ (IV-Nr. 37.1) wurde ausgeführt, objektiv zeige sich aus allgemeininternistischer Sicht eine 41-jährige Versicherte in ordentlichem Allgemeinzustand. 170 cm gross, 60 kg schwer, BMI 21, normosom. Sauerstoffsättigung in Ruhe 98 %. Bewusstseinsklar und allseits orientiert. Afebril. Lymphknotenstationen kursorisch unauffällig. Blutdruck 115/70 mmHg, Puls 61/min, regelmässig. Unauffällige Herzlungenauskultation ohne pathologische Nebengeräusche bei kardiopulmonaler Kompensation. Karotiden beidseits unauffällig. Keine Zyanose. Keine Ödeme. Unauffällige periphere Durchblutung. Abdomen weich und indolent mit unauffälliger Palpation. Darmgeräusche normal. Keine Gefässgeräusche. Keine Hepatosplenomegalie. Nierenlogen beidseits indolent. Schilddrüse palpatorisch unauffällig. Laborchemisch zeige sich eine grenzwertige Leukozytose mit Neutrophilie, kontrollbedürftig, ein leicht erniedrigtes korrigiertes Kalzium, ebenfalls kontrollbedürftig, eine CK-Erhöpfung, ebenfalls kontrollbedürftig sowie eine kontrollbedürftige Hyperlipidämie. Zudem habe man eine Hypervitaminose B12 gefunden, welche ebenfalls kontrolliert werden sollte. Der TSH-Wert sei referenzwertig bei klinisch euthyreoter Stoffwechsellage. Der CDT-Wert sei negativ und spreche gegen einen erhöhten Äthylkonsum in den vergangenen Wochen und Monaten. In der klinischen Chemie finde man ein unauffälliges CRP, ein normales Ferritin,

referenzwertige Leber- und Nieren-Parameter sowie eine normale LDH. Auch sei die Blutsenkungsreaktion normal. Es bestehe keine Anämie. Im durchgeführten Urin-Drogen-Screening finde man durchwegs negative Werte für Amphetamine, Barbiturate, Benzodiazepine, Cannabis, Kokain, Opiate sowie Äthylalkohol. Inwieweit die vereinzelt erhöhten Labor-Parameter insbesondere die CK-Erhöhung sowie die Hypervitaminose B12 zu werten seien, bleibe im Rahmen dieses Gutachtens offen, respektive könne nicht beantwortet werden. Aus allgemeininternistischer Sicht könnten migräniforme Kopfschmerzen sowie eine Neigung zur Hypotonie diagnostiziert werden. Ferner bestehe eine Neigung zur Obstipation, eine Panendoskopie sei anamnestisch unauffällig. Daneben bestünden wie bereits unter Laborbefunden erwähnt eine Hyperlipidämie, eine Hypervitaminose B12 sowie eine unklare CK-Erhöhung. Alle diese pathologischen Laborwerte seien kontrollbedürftig und im Verlaufe eventuell auch abklärungsbedürftig. Gestützt auf die vorgehenden Ausführungen vermag sodann die gutachterliche Schlussfolgerung zu überzeugen, wonach zum gegenwärtigen Zeitpunkt aus streng allgemeininternistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Somit kann auf das internistische Teilgutachten der C.____ abgestellt werden. 6.2 6.2.1 Im psychiatrischen Teilgutachten der C.____ (IV-Nr. 37.3) führte der Gutachter aus, die Datenlage bei der Versicherten sei ungenügend. Man wisse namentlich nicht, wie der Unfall im Vorschulalter abgelaufen sei und aus welchem soziokulturellen Umfeld sie stamme. Bei der Anamneseerhebung habe er, Dr. med. I.____, versucht, diese Fakten zu vertiefen, was aber nur sehr unvollständig gelungen sei. Sie habe zum Beispiel pauschal angegeben, dass Marokko schon damals ein zivilisiertes, den mitteleuropäischen Verhältnissen vergleichbares Land gewesen sei, ohne dass sie diese Beschreibung habe veranschaulichen können. Sie habe darauf hingewiesen, dass Frauen schon damals emanzipiert gewesen seien und sie über ihr Schicksal selbst habe entscheiden können. Erstaunlich sei dann das Unfallereignis. Eine vollständig amputierte Extremität in Nordafrika mit einer heute erkennbaren vollständigen Funktion des Organs wieder herzustellen, sei kaum vorstellbar. Im internistischen Status seien bemerkenswerterweise keine großen Narben am Bein beschrieben worden; was ja sicher auffallen müsste, wenn das Bein wirklich vollständig amputiert und wieder angenäht worden wäre. Auf der psychologischen Ebene seien die exakten chirurgischen Gegebenheiten gar nicht entscheidend. Die Versicherte habe den Unfall als schwerwiegendes Trauma in Erinnerung. Heute liessen sich aber die eindeutigen Symptome einer posttraumatischen Störung nicht nachweisen. Es fehlten die Flashbacks, es sei keine andauernde Übererregbarkeit nachweisbar und auch Konfrontationen mit verletzten Personen führten nicht zu übermässigen emotionalen Reaktionen. Sehr wichtig scheine aber, dass sie später immer wieder «Mikrotraumen» erlebt habe, die nicht die Schwere von Ereignissen gehabt hätten, wie sie Voraussetzung für eine posttraumatische Belastungsstörung seien. Sie sei immer wieder gedemütigt worden, gekränkt, enttäuscht. Ihre Hoffnungen auf Geborgenheit hätten sich nie erfüllt und sie habe sich von allen Menschen verlassen gefühlt. Die Mutter sei verstorben, die Auswanderung sei wenig früher erfolgt, der Ehemann habe sich auf eine Beziehung zur späteren Stiefmutter eingelassen und habe die Versicherte vernachlässigt. Die Geschwister hätten sich abgewandt. Sie habe betont, nie wirklich ein Gefühl der Verliebtheit oder der Liebe erlebt zu haben und dadurch von ihrer ganzen Existenz, von den erreichten Zielen enttäuscht zu sein. Das Chronic-Fatigue-Syndrom liege nach der ICD-Klassifikation nicht im Bereich der Psychiatrie und der Neurologe habe innerhalb seines Fachgebiets, in dem in den Akten vorhandenen Bericht vom 27. Juni 2019 die Problematik perfekt zusammengefasst. Seine

Einschätzung könne hier bestätigt werden. Die Beschwerden dauerten mehr als sechs Monate, seien nicht lebenslang vorhanden, sie seien nicht das Ergebnis einer aktuellen Beanspruchung und Ruhe habe zu keinen Verbesserungen geführt. Das Aktivitätenniveau im ganzen Alltag sei substantziell reduziert und es liessen sich keine organischen Ursachen finden. Die psychiatrische Diagnose der Neurasthenie lasse sich mit den praktisch identischen Beurteilungskriterien bestätigen. Die vermehrte Müdigkeit nach geringen Anstrengungen, die fehlenden Erholungsmöglichkeiten seien wesentliche Aspekte der Neurasthenie. Die Arbeitsleistungen, die Effektivität hätten wie gefordert bei der Bewältigung täglicher Aufgaben massiv abgenommen und wie gefordert beschreibe die Versicherte die Ermüdbarkeit als unangenehmes Eindringen, Ablenken der Assoziationen und Erinnerungen. Die körperliche Schwäche, Schmerzen gehörten typischerweise zur Neurasthenie und bei der Beschwerdeführerin seien diese Teile schon über Jahrzehnte nachweisbar. Die Diagnose der Neurasthenie müsse damit zwingend gestellt werden. In den Akten würden auch Ängste beschrieben, die die Beschwerdeführerin in der gutachterlichen Untersuchung allerdings nicht so prononciert angegeben habe. Eine eigenständige Angststörung könne nicht diagnostiziert werden. Die Punktzahl des Mini-ICF's belege die Einschränkungen im Alltag. Im Zeitpunkt der Untersuchung liege keine verwertbare Fähigkeit vor, die in der freien Wirtschaft eine Lohnarbeit ermöglichen würde. Durch Trainings parallel zu einer konsequenten Therapie sollte mittel- und langfristig aber eine Lohnarbeit wieder möglich werden. Sie habe zuletzt im Gastgewerbe in wechselnden Funktionen gearbeitet und dort seien Chancen zum Wiedereinstieg sicher auch realistisch.

6.2.2 Bezüglich der vorgehenden psychiatrischen Beurteilung ist festzuhalten, dass sowohl die Neurasthenie (ICD-10: F48.0) wie das Chronic-Fatigue-Syndrom (CFS) (G93.3) zu den Krankheitsbildern gehören, die dadurch gekennzeichnet sind, dass ihre funktionellen Auswirkungen qualitativ und quantitativ ungewiss sind. So hielt denn auch der psychiatrische Gutachter fest, die psychiatrische Diagnose der Neurasthenie lasse sich mit den praktisch identischen Beurteilungskriterien wie die Diagnose des Chronic-Fatigue-Syndroms bestätigen (s. E. II. 6.2.1 hiavor). Bei dieser Ausgangslage bedarf es einer besonderen Prüfung, ob die Einschränkung der Leistungsfähigkeit in dem von Gesetzes wegen (Art. 6 ff. ATSG, Art. 4 Abs. 1 IVG) erforderlichen kausalen Zusammenhang mit den in Frage stehenden Gesundheitsschäden steht. Dabei geht es zunächst um die (auf medizinischem Fundament beruhenden) Tatfragen, ob ein solcher Gesundheitsschaden hinreichend erstellt ist und wie weit ein solcher für die funktionellen Ausfälle verantwortlich ist, sowie anschliessend um die Rechtsfrage, ob die Folgen des festgestellten Leidens eine invalidisierende Wirkung haben (Urteil des Bundesgerichts 9C_302/2013 vom 25. September 2013 E. 4.1).

6.2.2.1 Gemäss dem Urteil des Bundesgerichts 8C_841/2016 vom 30. November 2017 sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen: 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) Bezüglich des Kriteriums «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde» hielt der psychiatrische

Gutachter fest, die vermehrte Müdigkeit nach geringen Anstrengungen und die fehlenden Erholungsmöglichkeiten seien wesentliche Aspekte der Neurasthenie. Die Arbeitsleistungen, die Effektivität hätten wie gefordert bei der Bewältigung täglicher Aufgaben massiv abgenommen und wie gefordert beschreibe die Beschwerdeführerin die Ermüdbarkeit als unangenehmes Eindringen, Ablenken der Assoziationen und Erinnerungen. Die körperliche Schwäche, Schmerzen gehörten typischerweise zur Neurasthenie und bei der Beschwerdeführerin seien diese Teile schon über Jahrzehnte nachweisbar. Die Diagnose der Neurasthenie müsse damit zwingend gestellt werden (IV-Nr. 37.3 S. 6 Ziff. 7.1). Bezüglich des Behandlungs- und Eingliederungserfolgs oder -resistenz der diagnoserelevanten Befunde führte der psychiatrische Gutachter aus, mit einer therapeutischen Perspektive, ohne Berücksichtigung der rechtlichen und versicherungstechnischen Voraussetzungen müsste die Beschwerdeführerin mit Programmen zur Strukturierung der Woche, zur Zielfindung in der Therapie unterstützt werden. Die Beschwerdeführerin habe überzeugend geäußert, dass sie zu Anstrengungen in dieser Richtung gewillt sei und nach dem Wegzug der ältesten Tochter dürfte es im Haushalt auch Entlastung geben. Arbeitsabklärungen, Arbeitsversuche im geschützten Rahmen seien damit anzustreben, um der Beschwerdeführerin auch wieder einen Selbstwert zu geben und die noch vorhandenen Ressourcen zu mobilisieren. Die Beschwerdeführerin beschreibe Schlafstörungen fast schon über Jahrzehnte und hier erscheine eine Abklärung in einem spezifischen Schlaflabor mit Objektivierung des Schlafverhaltens und daraus abgeleiteten Therapievorschlügen sinnvoll. Durch die aufgezeigten Massnahmen dürfte sich aber eine wesentliche Verbesserung in den nächsten Monaten ergeben, sodass eine Neubeurteilung zum Beispiel in ein bis zwei Jahren aus psychiatrischer Sicht zu empfehlen sei (IV-Nr. 37.3 S. 6 f. Ziff. 7.2). Die Beschwerdeführerin stehe aktuell in psychiatrischer Behandlung (IV-Nr. 37.3 S. 5 Ziff. 5). Es könne fast nur durch die Besonderheiten ihrer Persönlichkeit erklärt werden, dass sie mehr als ein Jahr einen Psychotherapeuten habe suchen müssen. Diese Besonderheiten erklärten sich durch ihre Persönlichkeitseigenschaften. Behandlungserfolge würden dadurch natürlich sehr erschwert. Die aktuelle Psychotherapie befinde sich in der Aufbauphase und man könne hoffen, dass dort eine andauernde Verbindlichkeit erreicht werden könne. Die Beschwerdeführerin habe denn auch in der Vergangenheit immer wieder eine Therapie in Anspruch genommen, allerdings habe sie diese immer wieder abgebrochen. Gemäss dem psychiatrischen Gutachter hätten die bisherigen Behandlungsmassnahmen zu keinem nachhaltigen Erfolg geführt (IV-Nr. 37.3 S. 6 Ziff. 7.2). Bezüglich allfälliger Komorbiditäten und Wechselwirkungen äusserte sich der psychiatrische Gutachter nicht. Er hält zwar fest, die körperliche Schwäche, Schmerzen gehörten typischerweise zur Neurasthenie und bei der Beschwerdeführerin seien diese Teile schon über Jahrzehnte nachweisbar [IV-Nr. 37.3 S. 6 Ziff. 7.1]), er gibt aber nicht an, inwiefern die Kopfschmerzen (oder die Schlafprobleme), über welche die Beschwerdeführerin seit Jahren schon klagt, die Neurasthenie unter Umständen beeinflussen. Dem Gutachten ist einzig zu entnehmen, dass die finanzielle Situation im Zusammenhang mit dem (mindestens angedeuteten) sozialen Rückzug stehen dürfte. Die Beschwerdeführerin selber hält fest, ihre Beschwerden würden durch die psychischen Probleme verstärkt und umgekehrt (IV-Nr. 37.1 S. 7 Ziff. 3.1 unten). Der allgemeine Stress und ihre Beschwerden hätten sie krank gemacht. Die Enttäuschungen hätten sie belastet, psychisch krank gemacht, letztlich zu Schlafproblemen geführt. Sie müsse viel grübeln, sei multipel verletzt worden, alles gehe auf die Seele, sie habe Vieles in sich hineingefressen. Die Enttäuschungen und der Stress

hätten zu einer Abwärtsspirale geführt (IV-Nr. 37.1 S. 9 Ziff. 3.2.2 oben). Zum Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) ist dem psychiatrischen Teilgutachten zu entnehmen, die Beschwerdeführerin sei im Denken ausgeprägt Defizit orientiert, ohne attraktive Lebensperspektive. Sie weise etwas sensitive Züge auf. Ein Gefühl, immer benachteiligt worden zu sein und immer zu kurz zu kommen, sei nachweisbar (IV-Nr. 37.3 S. 4 Ziff. 4.3). Die Beschwerdeführerin sei immer wieder gedemütigt, gekränkt und enttäuscht worden. Ihre Hoffnungen auf Geborgenheit hätten sich nie erfüllt und sie fühle sich von allen Menschen verlassen. Die Beschwerdeführerin habe betont, nie wirklich ein Gefühl der Verliebtheit oder der Liebe erlebt zu haben und dadurch von ihrer ganzen Existenz, von den erreichten Zielen enttäuscht zu sein (IV-Nr. 37.3 S. 5 unten). Weiter hält der Gutachter fest, das Krankheitsgefühl bei der Beschwerdeführerin sei sehr ausgeprägt (IV-Nr. 37.3 S. 4 Ziff. 4.3 unten). Zum «sozialen Kontext» ist dem psychiatrischen Teilgutachten zu entnehmen, die Beschwerdeführerin sei als siebtes von neun Kindern in Marokko aufgewachsen und ca. 1996 / 1997 nach Deutschland ausgewandert. Ihre Brüder seien alle nach Marokko zurückgekehrt. Die Beziehung zu ihnen sei schwierig gewesen, sie hätten sich nicht um ihr Wohlergehen gekümmert und sich ihren Familien gewidmet. Ähnlich seien die Beziehungen zu ihren vier Schwestern gewesen. Diese stünden unter einem intensiven Einfluss ihrer Ehemänner, würden von denen kontrolliert und auch telefonische Kontakte zu ihnen seien nur schwer möglich. Bereits in Marokko sei die Mutter krank gewesen und es sei absehbar gewesen, dass sie sterben werde. Nach ihrem Tod habe sich der Vater auf eine zweite Ehe eingelassen. Mit dieser Partnerin sei sie nie zurechtgekommen und der Kontakt sei abgebrochen. Im Übrigen habe sie der Vater nie wirklich unterstützt, habe sich nie für ihr Wohlergehen interessiert. Damit habe sie mit einem kurzen Zeitabstand ihr marokkanisches Umfeld und die Mutter verloren, ohne dass ein vollwertiger Ersatz dafür möglich gewesen sei. Sie habe sich sehr alleine und nicht unterstützt gefühlt. Ihr zweiter Ehemann sei spielsüchtig gewesen. Sie habe die Kinder betreut, habe seine Abwesenheiten und den Geldmangel ertragen müssen. Er habe sie misshandelt und geringgeschätzt, auch sexuell bedrängt. Es sei dann zur Scheidung gekommen. Nach der zweiten Ehe hätten die Schmerzen begonnen resp. alles habe sich verschlechtert. Sie habe zunehmend Schlafprobleme bekommen, Nacken- und Kopfschmerzen und Depressionen. Sowohl bei der ersten als auch bei der zweiten Ehe habe sie sich ohne Liebe auf eine Zweckbeziehung eingelassen. Zur Kategorie «gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen» ist dem psychiatrischen Teilgutachten zu entnehmen, ohne Haushaltsabklärung vor Ort könnten detaillierte Fragen zur Haushaltsführung kaum verlässlich beantwortet werden. Nach der Beschreibung müsse der Gutachter annehmen, dass das Leistungsvermögen starken Schwankungen unterworfen sei, dass aber in der Regel alle Handlungen im Haushalt viel mehr Zeit beanspruchten als üblich und in diesem Sinne von einer deutlichen Reduktion auszugehen sei. Aufgrund des bisherigen Verlaufs, beurteile er nach der Situation am Tag seiner Untersuchung die Beschwerdeführerin in der freien Wirtschaft als arbeitsunfähig (IV-Nr. 37.3 S. 6 f. Ziff. 7.2). Die Beschwerdeführerin habe zuletzt im Gastgewerbe in wechselnden Funktionen gearbeitet, wo Chancen zum Wiedereinstieg sicher auch realistisch seien. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit habe auch für Verweistätigkeiten Gültigkeit (IV-Nr. 37.3 S. 7 Ziff. 8). Der psychiatrische Gutachter hält fest, die Punktzahl des Mini-ICF's (21) belege die Einschränkungen im Alltag (IV-Nr. 37.3 S. 6 Ziff. 7.1). Der psychiatrische Gutachter erachtete die Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin im Bereich «Proaktivität und Spontanaktivität»,

wozu u.a. Hobbys, Erholungsaktivitäten, Sport etc. gehören, als erheblich ausgeprägt (IV-Nr. 37.4 S. 2 Ziff. 6). Eine erhebliche Beeinträchtigung stellte der Gutachter zudem im Bereich «Widerstands- und Durchhaltefähigkeit» fest (Ziff. 7). Sämtliche übrigen Bereiche wurden mit einer mässig ausgeprägten, einer leicht ausgeprägten oder ohne Beeinträchtigung qualifiziert. Bezüglich des Kriteriums «behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck» ist dem Gutachten zu entnehmen, die Beschwerdeführerin stehe in psychotherapeutischer Behandlung, welche wöchentlich stattfinde, nehme wöchentlich Physiotherapie in Anspruch und monatlich finde bei ihrer Hausärztin eine Konsultation statt, gelegentlich auch nur eine Telefonkonsultation. Die medikamentöse Therapie sei unklar. Der internistische Gutachter hält dazu ergänzend fest, der Leidensdruck der Beschwerdeführerin sei gut spürbar. Aus allgemeininternistischer Sicht ergäben sich keine Hinweise für Aggravation, Simulation oder Verdeutlichung. Es ergäben sich auch keine sonstigen Inkonsistenzen im Vergleich zur Aktenlage. Dies wurde vom psychiatrischen Gutachter bestätigt. 6.2.2.2 Vorweg ist festzuhalten, dass das psychiatrische Teilgutachten der C.____ nicht genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren gibt, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind. Zudem nimmt der psychiatrische Gutachter nicht konkret dazu Stellung, wie sich die Diagnose der Neurasthenie auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Auch lassen sich der Beschwerdeschilderung der Beschwerdeführerin die für die Neurasthenie erforderlichen Kriterien nicht in dieser Deutlichkeit und in dieser Gesamtheit entnehmen, wie dies der psychiatrische Gutachter vorstehend festhält. Hinzu kommt, dass gewisse Feststellungen mit einer Neurasthenie nur schwer oder gar nicht vereinbar sind. So wird im Gutachten etwa beschrieben, es habe sich eine ausgesprochen lebendige Kommunikation ergeben. Die Beschwerdeführerin habe ohne Latenz geantwortet und sei im Gespräch allzeit voll präsent gewesen (IV-Nr. 37.3 S. 4 Ziff. 4.1). Die Aufmerksamkeit sei immer voll dagewesen. Subjektiv habe die Beschwerdeführerin Gedächtnisstörungen angegeben, diese seien aber höchstens in Ansätzen zu objektivieren gewesen und kaum über das Altersübliche hinausgegangen. Über weite Abschnitte habe die Beschwerdeführerin ausgesprochen lebendig gewirkt, ausdrucksstark argumentiert. Im Gegensatz zur geltend gemachten Müdigkeit sei in der Gesprächssituation der Antrieb und die Psychomotorik ausgeprägt gewesen (IV-Nr. 37.3 S. 4 Ziff. 4.3). Insgesamt hat der psychiatrische Gutachter bei der Beschwerdeführerin keine Müdigkeit wahrgenommen, sondern diese lediglich aus ihrer Schilderung übernommen («Nach ihren Angaben bestehe die Erschöpfung bereits früh morgens und auch nach einigen Stunden Schlaf. [...]. Die Schlafstörungen beschrieb sie als massiv, sie könne weder einschlafen noch durchschlafen und die Nachtruhe übersteige selten wenige Stunden. Der Schlaf sei nie erholsam, die Müdigkeit persistiere» [IV-Nr. 37.3 S. 4 Ziff. 4.3 unten]). Mehrmals wird erwähnt, die Beschwerdeführerin leide seit Längerem unter Ein- und Durchschlafproblemen. Diese sind jedoch bis dato nicht abgeklärt worden. Deutlich wird ausserdem, dass bei der Beschwerdeführerin bereits seit Jahren sehr viele psychosoziale Belastungsfaktoren bestehen, die sich auf ihren Gesundheitszustand auswirken (vgl. IV-Nr. 37.1 S. 10 Ziff. 3.2.6 unten). Sodann fasst der Gutachter bezüglich des Komplexes «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) seine Feststellungen zwar im Rahmen der Untersuchungsbefunde und der medizinischen und versicherungsmedizinischen Beurteilung zusammen, er setzt diese aber nicht in den Zusammenhang mit der gestellten Diagnose bzw. äussert sich nicht dazu, inwiefern die Persönlichkeitszüge die diagnostizierte Neurasthenie beeinflussen könnten. Auch im

Bereich «sozialer Kontext» beschränkt sich der Gutachter darauf, seine Feststellungen im Gutachten wiederzugeben, und verzichtet darauf, diese zu werten. Eine Beurteilung der Ressourcen findet kaum statt. Zu den Einschränkungen im Erwerbsleben und im Alltag (Haushalt, Freizeit etc.) äussert sich der Gutachter ebenfalls nicht konkret. Der psychiatrische Gutachter verweist einzig auf den Mini-ICF. Dieser ist aber sehr pauschal gehalten. Die konkreten Einschränkungen des Aktivitätenniveaus lassen sich somit nicht eindeutig feststellen. Zusammenfassend lassen sich somit gestützt auf die vorgehende Indikatorenprüfung weder die Diagnose einer Neurasthenie noch eines Chronic-Fatigue-Syndroms in nachvollziehbarer Weise bestätigen. Zudem erweist sich das psychiatrische Teilgutachten der C.____ im Lichte der Indikatorenprüfung nicht als genügend beweismässig, als dass darauf abgestellt werden könnte. Bei dieser Ausgangslage erscheint es auch nicht zielführend, – wie von der Beschwerdeführerin beantragt – die Gutachter durch das Gericht aufzufordern, zum RAD-Bericht vom 30. Januar 2020 Stellung zu beziehen. Demnach ist dieser Antrag abzuweisen. Es stellt sich somit des Weiteren die Frage, ob der Sachverhalt auch ohne dieses Teilgutachten abschliessend beurteilt werden kann, so wie dies die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 17. März 2020 gemacht hat. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin kann – anders als in dem von der Beschwerdegegnerin genannten Urteil des Bundesgerichts 9C_342/2016 vom 8. August 2016 – nicht von feststehenden Befunden gesprochen werden, nachdem der psychiatrische Gutachter – wie vorgehend ausgeführt – hauptsächlich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt hat. Es besteht aus psychiatrischer Sicht weiterhin ein medizinisch begründeter Abklärungsbedarf und es geht nicht einzig und allein um die Folgenabschätzung der diagnostizierten Leiden hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit. Die RAD-Stellungnahme vom 30. Januar 2020 reicht diesbezüglich nicht aus, zumal diese nicht von einem psychiatrischen Facharzt, sondern von einem Allgemeinmediziner verfasst wurde, auch wenn im RAD-Bericht festgehalten wurde, es sei ein psychiatrischer RAD-Arzt beigezogen worden. Zudem erachtete der internistische RAD-Arzt nicht nur die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, sondern auch die Diagnose einer Neurasthenie als nicht überzeugend, weshalb schon aus diesem Grund nicht von einer feststehenden Befundlage gesprochen werden kann. Im Übrigen reichen die Ausführungen in der RAD-Stellungnahme vom 30. Januar 2020 in beweismässiger Hinsicht nicht aus, um alleine gestützt darauf davon auszugehen, bei der Beschwerdeführerin liege in psychiatrischer Hinsicht keine Arbeitsunfähigkeit vor. Zudem sind die Vorakten in psychiatrischer Hinsicht zu spärlich, als alleine gestützt darauf eine Beurteilung des Sachverhalts vorgenommen werden könnte. Das Versicherungsgericht kam deshalb nicht umhin, weitere Abklärungen in Form eines psychiatrischen Gerichtsgutachtens zu veranlassen. 7. Aufgrund der genannten Unklarheiten wurde von Seiten des Versicherungsgerichts bei Dr. med. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein gerichtliches Obergutachten veranlasst. Das Gutachten vom 20. Mai 2021 (A.S. 63 ff.) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von einer unabhängigen Fachärztin, welche die Beschwerdeführerin eingehend untersucht und die Vorakten studiert hat. Weiter ist zu prüfen, ob das Gutachten auch den übrigen beweismässigen Anforderungen genügt: 7.1 7.1.1 Im Gutachten wurden folgende Diagnosen gestellt: - Persönlichkeitsakzentuierung mit emotional instabilen, misstrauischen und histrionischen Zügen (ICD-10: Z73) - Anamnestic Status nach depressiven Anpassungsstörungen (ICD-10: F43.20/F43.21) Sodann begründete die Gutachterin die gestellten Diagnosen in nachvollziehbarer Weise: Bei der aktuellen Begutachtung lasse sich

bei der Explorandin eine auffällige Persönlichkeitsstruktur im Sinne einer Persönlichkeitsakzentuierung mit emotional instabilen, misstrauischen und histrionischen Zügen feststellen. Diese Wesenszüge äusserten sich vor allem in sozialen Stress- oder Drucksituationen mit Stimmungsschwankungen und impulsiven Gefühlsausbrüchen, teils traurig-verzweifelt, teils wütend, teils kindlich-euphorisch, daneben mit einem misstrauisch-nachtragendem Interaktionsstil und gelegentlich mit dramatisch-überzogenen Verhaltensweisen. Es stelle sich die Frage, ob diese Persönlichkeitszüge in ihrer Gesamtheit so stark ausgeprägt seien, dass sie als kombinierte Persönlichkeitsstörung zu beurteilen seien. Wenn man den Lebens- und Krankheitsverlauf analysiere, seien bei der Explorandin von Kindheit an eine Reihe erheblicher sozialer Schwierigkeiten festzustellen; Beeinträchtigung der schulischen Entwicklung in Marokko durch häufige Fehlzeiten, wohl kein offizieller Schulabschluss; 15-jährig Verlust der familiären Hauptbezugsperson (Mutter), ohne dass der Vater oder andere Angehörige diesen kompensiert hätten; Entwurzelungsgefühle und sprachlich kulturelle Hürden als junge Migrantin in Deutschland; keine Berufsausbildung, sondern lediglich angelernte Service-Tätigkeit; Gewalterfahrung durch den deutlich älteren Ehemann mit folgender Scheidung und Leben als alleinerziehende Mutter von zwei kleinen Kindern; soziale Integrationsprobleme in der Schweiz; erneute Gewalterfahrung in der zweiten Ehe mit rascher Trennung/Scheidung; Fremdplatzierung der beiden älteren Kinder, zeitweise schwierige Zusammenarbeit mit Kinderbeiständen/KESB; zuletzt problematische Beziehungen mit neuen Partnern bzw. Kolleginnen; unklarer Aufenthaltsstatus mit Angst vor Abschiebung. Bei Frau A. ___ habe sich ab der Kindheit eine Neigung gezeigt, als Reaktion auf die genannten vielfältigen sozialen Probleme depressive und psychosomatische Beschwerden (z.B. Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Schwindel, Schmerzen) zu entwickeln. Allerdings seien die psychopathologische Symptomatik und der resultierende Leidensdruck nie stark genug gewesen, als dass sie eine konsequente fachspezifische Behandlung (ambulant oder stationär) in Anspruch genommen hätte. Aus psychiatrischer Sicht sei die Explorandin zwar prinzipiell misstrauisch gegenüber fachärztlich-therapeutischer Hilfe eingestellt, andererseits habe sie doch ein belastbares Vertrauensverhältnis zur Hausärztin med. pract. B. ___ aufbauen und ca. sieben Jahre in deren Behandlung bleiben können. Somit erscheine die Beschwerdeführerin grundsätzlich durchaus in der Lage, sich eine Therapiestelle zu suchen und längerfristig mit einer Fachperson zusammenzuarbeiten. Die Explorandin habe weder in der Vergangenheit noch aktuell eine gravierende Psychopathologie im Sinne von schweren Depressionen oder von selbstschädigenden oder fremdgefährlichen Verhaltensweisen gezeigt, wie sie bei Personen mit einer manifesten Persönlichkeitsstörung oftmals aufträten. Dementsprechend sei es bei ihr nie zu freiwilligen oder per fürsorgerischer Unterbringung verfügbaren stationär-psychiatrischen Behandlungen gekommen. Gesamthaft stünden die sozialen Schwierigkeiten bei der Explorandin – zweifache Migration mit schwieriger Integration, geringe familiäre Unterstützung, zwei gescheiterte Ehen, dauerhafte Fremdplatzierung der zwei älteren Kinder – im Vergleich zu den gesundheitlichen Beschwerden ganz im Vordergrund. Ihre Persönlichkeitsauffälligkeiten im Sinne akzentuierter emotional instabiler, misstrauischer und histrionischer Züge erschwerten es der Explorandin immer wieder, mit diesen sozialen Herausforderungen zielführend und konstruktiv umzugehen und lebensprägende Entscheidungen ausreichend zu überdenken, anstatt impulsiv zu handeln und sich hierdurch in schwierige Situationen zu manövrieren. So habe sich die Explorandin beispielsweise recht dysfunktional verhalten, als sie kurzfristig, ohne Vorbereitungen in Bezug auf das

zukünftige soziale Umfeld, ihre stabile Situation in Deutschland aufgegeben habe und in die Schweiz gezogen sei und dann mit erheblichen Integrationsproblemen habe kämpfen müssen. Weitere Beispiele betreffen das Eingehen und Aufrechterhalten von Ehebeziehungen trotz vorgängig erkennbarer Problemfelder und die «Flucht» ins deutsche Frauenhaus, als sie sich von der KESB unter Druck gesetzt gefühlt habe. Andererseits sei bei der Beschwerdeführerin aber keine so schwer ausgeprägte Persönlichkeitspathologie zu erkennen, die es ihr verunmöglicht hätte, den sozialen Herausforderungen angemessener und konstruktiver zu begegnen. Sie habe sich beispielsweise zwischen dem 25. und 30. Lebensjahr sozial und psychisch gut stabilisieren können und habe gute Fortschritte im Bereich der Integration in Deutschland und ihrer persönlichen Entwicklung gemacht. Als sich in der Schweiz aufgrund erneuter Migration bzw. Partnerschaftsproblemen wiederum eine psychische Beschwerdesymptomatik mit depressiven Reaktionen und psychosomatischen Symptomen entwickelt habe, wäre es ihr möglich und zumutbar gewesen, die jahrelang von der Hausärztin empfohlene psychotherapeutische Hilfestellung anzunehmen, so wie sie auch soziale Unterstützung durch die entsprechenden Behörden in Deutschland und der Schweiz habe organisieren und annehmen können. Durch die wiederholten Konflikte und zwischenmenschlichen Enttäuschungen sei die Explorandin an die Grenzen ihrer emotionalen Belastbarkeit gekommen. Ihre Ressourcen und Widerstandskraft seien geschwunden, so dass sich depressive und psychosomatische Beschwerden (Schwindel, Schmerzen, Schlafstörungen) verstärkt hätten und sie ab November 2018 einen Erschöpfungszustand entwickelt habe, der auch von den Vorgutachtern bei deren Untersuchungen im September 2019 habe festgestellt werden können. Im Untersuchungszeitraum der jetzigen Begutachtung (November / Dezember 2020) habe sich die Beschwerdeführerin gesundheitlich deutlich stabilisiert gezeigt. Sie habe besser schlafen können als zuvor und habe zwar noch unter Gefühlen von Müdigkeit und Erschöpfung gelitten, die jedoch im Tagesablauf nicht dazu geführt hätten, dass sie im Haushalt oder bei der Betreuung der jüngsten Tochter bzw. im Kontakt mit den älteren Kindern relevant beeinträchtigt gewesen sei. Somit habe sich die Explorandin auch ohne die empfohlenen konsequenten ärztlich-therapeutischen und sozial integrativen Massnahmen psychisch stabilisiert. Des Weiteren setzte sich die Gutachterin in überzeugender Weise mit den in den Vorakten gestellten Diagnosen auseinander: Die im Vorgutachten von 9. Dezember 2019 diagnostizierte Neurasthenie (ICD-10: F48.0) sei aus Sicht der Referentin nicht zu bestätigen. Die Neurasthenie beschreibe Menschen, die von ihrer Grundanlage, d.h. konstitutionell wenig belastbar und unabhängig von den an sie gestellten sozialen Anforderungen übermässig psychophysisch ermüdbar seien. Bei der Explorandin gebe es keine Hinweise dafür, dass sie von Jugend an eine solche psychische Grundverfassung gehabt habe. Erst im Rahmen und in der Folge massiver sozialer Probleme, die sie vor allem auch aufgrund ihrer Persönlichkeitsstruktur nicht konstruktiv habe lösen können, sondern im Gegenteil durch ihr dysfunktionales Verhalten noch vergrössert habe, hätten ihre psychophysischen Kräfte nachgelassen. Sie habe nicht mehr nur mit leichten depressiven Verstimmungen und psychosomatischen Symptomen, sondern schliesslich auch mit einem längeren Erschöpfungszustand reagiert. Bei der Beschwerdeführerin seien also andere gesundheitliche Probleme, d.h. eine überdauernde Persönlichkeitsakzentuierung und eine Neigung zu depressiven Anpassungsstörungen, vorhanden, in deren Gefolge nur zeitweise und als Sekundärsymptom eine Erschöpfungssymptomatik auftrete. Zusammengefasst seien bei der Explorandin für die Vergangenheit depressive Reaktionen auf soziale Stressoren im Sinne kürzerer und längerer depressiver Anpassungsstörungen

(ICD-10: F43.20/F43.21) auf dem Boden einer Persönlichkeitsakzentuierung mit emotional instabilen, misstrauischen und histrionischen Zügen (ICD-10: Z73) zu diagnostizieren. Für das Vorliegen anderer Krankheits- und Störungsbilder aus dem psychiatrischen Fachgebiet fänden sich bei der Explorandin im Längs- und Querschnitt keine Anhaltspunkte. Insbesondere nicht für eine Persönlichkeitsstörung, da die diagnostischen Eingangskriterien wie dargestellt nicht erfüllt seien. Laut ICD-10-Klassifikation sei eine Persönlichkeitsakzentuierung nicht als Diagnose zu betrachten, wie dies bei einer Persönlichkeitsstörung der Fall sei, sondern sie werde der Kategorie Z, also «Problemen mit Bezug auf die Lebensbewältigung» zugeordnet. Eine Persönlichkeitsakzentuierung sei somit oftmals durchaus ein Problem für den Betroffenen und/oder sein Umfeld und könne bei entsprechendem Leidensdruck zur Inanspruchnahme von Beratung oder Behandlung führen. Sie sei aber keine psychische Störung vom Rang einer anerkannten Diagnose nach dem massgeblichen Klassifikationssystem der ICD-10. Auch gebe es keine ausreichenden Hinweise darauf, dass die Beschwerdeführerin jemals unter depressiven Krankheitsphasen vom Ausprägungsgrad einer depressiven Episode (F32) gelitten habe. Soweit die Explorandin sich von Fachpersonen untersuchen und selten (kurzzeitig) habe begleiten lassen, sei eine depressive Anpassungsstörung (als Reaktion auf soziale Stressoren wie Partnertrennung, Liebeskummer, Konflikte mit Kolleginnen, Arbeitslosigkeit und Angst vor Ausweisung) diagnostiziert worden (Ambulanz [...] 12/2014) oder es sei nur eine psychosozial schwierige Situation durch multiple Stressoren ohne psychiatrische Diagnose festgestellt worden (Prof. L.____ 09/2016). Dann wieder sei eine Mischung aus einer depressiven und Erschöpfungssymptomatik (O.____ 06/2019) oder eine chronisch konstitutionelle Erschöpfbarkeit im Sinne einer Neurasthenie (Gutachten C.____ 12/2019) diagnostiziert worden. Wegen der fehlenden Inanspruchnahme einer längeren therapeutischen Begleitung könne die Dauer der jeweiligen depressiven Reaktionen/Zustände nicht beurteilt werden, auf Basis der vorhandenen Berichte sei von teils kürzeren (unter einem Monat), teils längeren (bis zu zwei Jahren) depressiven Anpassungsstörungen auszugehen. Gestützt auf diese schlüssigen Ausführungen vermag schliesslich auch die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen, wonach die Explorandin aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung ihrer Arbeitsfähigkeit im angestammten Tätigkeitsbereich als Serviceangestellte aufweise. Es seien ihr neun Stunden Arbeitstätigkeit pro Tag in einem 100%-Pensum zumutbar, wobei sie zu 100 % leistungsfähig sei. Aus psychiatrischer Sicht entspreche die Tätigkeit einer angestellten Servicekraft einer leidensadaptierten Tätigkeit, wobei die Explorandin gemäss ihrer Persönlichkeitsstruktur in kleineren, familiär geführten Betrieben bzw. in überschaubaren Teams ohne ausgeprägte Hierarchie bzw. Mitarbeiterfluktuation ihre Ressourcen optimal nutzen könne. Auch in anderen Bereichen (z.B. Verkauf) sei die Explorandin voll einsetzbar (neun Stunden Arbeitstätigkeit pro Tag in einem 100%-Pensum mit 100 % Leistungsfähigkeit). Dies optimalerweise in kleineren Betrieben bzw. Läden, in denen sie nicht mit besonderen sozialen Herausforderungen (z.B. Kundenbetreuung/-dienst mit Reklamationen oder Leitungsfunktion mit Personalverantwortung) konfrontiert sei. Aus psychiatrischer Sicht weise die Explorandin zudem keine quantitativen (zeitlichen) oder qualitativen Einschränkungen in der Verrichtung der Haushaltstätigkeiten auf. Wie die Gutachterin des Weiteren zu Recht darauf hingewiesen hat, handelt es sich bei der diagnostizierten Persönlichkeitsakzentuierung mit emotional instabilen, misstrauischen und histrionischen Zügen (ICD-10: Z73) um eine sogenannte Z-Diagnose, welche selbst nicht unter den Begriff der invalidenversicherungsrechtlich erheblichen

Gesundheitsbeeinträchtigung fällt (Urteile des Bundesgerichts 9C_551/2016 vom 5. Dezember 2016 E. 5.4, 9C_894/2015 vom 25. April 2016 E. 5.1), womit die gutachterliche Beurteilung der vollen Arbeitsfähigkeit ebenfalls gestützt wird. Im Lichte dieses beweiswertigen fachärztlichen Gutachtens, welches eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit im Gutachtenszeitpunkt in überzeugender Weise verneint, kann auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429). 7.1.2 Schliesslich ist der Beweiswert der gutachterlichen Verlaufsbeurteilung der Arbeitsfähigkeit zu prüfen. Diesbezüglich führte die Gutachterin aus, von Ende November 2018 an sei die Explorandin wegen psychischer und somatischer Beschwerden (Depression, Angst, Schlafstörung, Migräne, Fusschmerzen rechts) sowie psychosozialer Belastung an der letzten Arbeitsstelle von der Hausärztin nachvollziehbar als vollständig arbeitsunfähig beurteilt worden. Ab spätestens 2. April 2019 habe laut Hausärztin bei Depression/Somatisierung und anhaltender psychosozialer Belastung wieder eine Arbeitsfähigkeit von ca. 50 % (vier bis sechs Stunden täglich) bestanden. Ab 14. Juni 2019 sei die Hausärztin wegen psychosozialer Belastung und verschlechterten Allgemeinzustands (und bei geplanten psychiatrisch psychosomatischen Abklärungen) von einer vollständig fehlenden Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Allerdings habe die Beschwerdeführerin ab 28. Juni 2019 Konsultationen bei Dr. P.____ wahrgenommen, der von Krisen (Liebeskummer), aber auch zwischenzeitlich deutlicher subjektiver Besserung berichtet habe, so dass aus Sicht der Referentin damals durchaus eine Teilarbeitsfähigkeit (ca. 50 %) bei der Explorandin vorgelegen habe. Im September 2019 sei gutachterlich ein Erschöpfungszustand dokumentiert worden, jedoch sei aus dem damals erhobenen Befund keine vollständige Arbeitsunfähigkeit abzuleiten. Ab ca. 1. August 2020 sei die Beschwerdeführerin nicht mehr in kontinuierlicher hausärztlicher Behandlung gestanden (Weggang ihrer Hausärztin med. pract. B.____). Ab diesem Zeitpunkt, sicher ab 25. November 2020 (erster Untersuchungstermin bei der Referentin) sei bei der Explorandin von überdauernden Persönlichkeitsauffälligkeiten, aber keiner für die Arbeitsfähigkeit relevanten Psychopathologie auszugehen. Zusammengefasst sei aus gutachterlicher Sicht von 28. November 2018 bis maximal 2. April 2019 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und anschliessend bis maximal 1. August 2020 von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Seither bestehe bei der Beschwerdeführerin aus gutachterlicher Sicht eine volle berufliche Leistungsfähigkeit. Wie von der Beschwerdegegnerin mit Stellungnahme vom 12. Juli 2021 bezüglich der gutachterlichen Verlaufsbeurteilung zurecht gerügt wurde, kann auf diese rückblickende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der psychiatrischen Gutachterin nicht abgestellt werden, wie nachfolgend darzulegen ist. So stützt sich die Gutachterin bei ihrer Beurteilung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit grossenteils auf die durch die damalige Hausärztin, med. pract. B.____, attestierten Arbeitsunfähigkeiten. Med. pract. B.____ verfügt als praktische Ärztin aber über keinen psychiatrischen Facharztstitel, so dass den von ihr aus psychiatrischer Sicht attestierten Arbeitsunfähigkeiten bereits aus diesem Grund nur vermindelter Beweiswert zugemessen werden kann. Hinzukommt, dass der Beschwerdeführerin in den Vorakten von keinem psychiatrischen Behandler eine verminderte Arbeitsfähigkeit attestiert worden ist. Dies wird zudem durch die von der Gutachterin anlässlich der Begutachtung mit den damaligen psychiatrischen Behandlern geführten Telefongespräche (S. 32 ff. des Gutachtens) bestätigt. Weder Prof. Dr. med. L.____, noch Dr. med. P.____ stellen rückblickend eine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Die noch im Bericht der K.____, vom 19. Dezember 2014 gestellte Verdachtsdiagnose einer leichten depressiven Störung, DD Anpassungsstörung in Rahmen

der Trennung, wurde später von keinem psychiatrischen Behandler mehr gestellt. Im Lichte dieser Ausführungen kann eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht auch rückblickend nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit begründet werden. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass sich die Verwaltung – und im Streitfall das Gericht – im Rahmen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) weder über die (den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden) medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-)Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (BGE 141 V 281 E. 5.2.1 S. 306 f., 140 V 193 E. 3 S. 194 ff., je mit Hinweisen). Schliesslich ist anzufügen, dass aus rechtlichen Gründen von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgewichen werden darf, ohne dass die ganze Beurteilung ihren Beweiswert verliert (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_892/2015 vom 22. Januar 2016 E. 2). Das psychiatrische Gerichtsgutachten ist denn auch in allen anderen wesentlichen Belangen beweiswertig und es kann – abgesehen von der rückblickenden gutachterlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit – darauf abgestellt werden. 7.1.3 Am Beweiswert des Gerichtsgutachtens vermag auch der Einwand der Beschwerdeführerin nichts zu ändern, wonach sich die Gutachterin, Dr. med. E. ____, auf Seite 52 ihres Gutachtens zu invalidisierenden somatischen Leiden geäussert habe, zu denen sie aber abschliessend mangels Fachkompetenz nicht Stellung beziehen dürfe. Es handle sich um die orthopädischen, die neurologischen (Kopfschmerzen, Migräne) und schlafmedizinischen Aspekte der Krankheitsgeschichte. Somit sei ein polydisziplinäres medizinisches Gutachten in Auftrag zu geben. Dem ist entgegenzuhalten, dass die Gutachterin keine fachfremde Beurteilung vorgenommen hat, sondern sich auf S. 52 des Gutachtens lediglich im Rahmen der Indikatorenprüfung – auf welche nach dem hiavor Gesagten aber verzichtet werden kann – beim Kriterium «Komorbiditäten» unter anderem zu den somatischen Beschwerden der Beschwerdeführerin äusserte. Dies ist denn auch nicht zu beanstanden, da, wie das Bundesgericht in BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 festgehalten hat, bei der Indikatorenprüfung beim Kriterium «Komorbidität» die bisherigen Kriterien «psychiatrische Komorbidität» und «körperliche Begleiterkrankungen» zu einem einheitlichen Indikator zusammenzufassen sind und demnach eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge psychischer Störung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen vorzunehmen ist. Es ist im Übrigen nicht nachvollziehbar, weshalb ein polydisziplinäres Gutachten veranlasst werden sollte, nachdem auf das beweiswertige Gutachten von Dr. med. E. ____ abgestellt werden kann und aus neurologischer und schlafmedizinischer Sicht kein weiterer Abklärungsbedarf gegeben ist, zumal der somatische Sachverhalt bereits im Gutachten der C. ____ vom 9. Dezember 2019 beweiswertig abgeklärt wurde (s. E. II. 6.1. hiavor). Daran vermögen auch die anlässlich der Verhandlung vom 1. Juni 2022 eingereichten Arztberichte (Urkunden 3 - 5) nichts zu ändern. Diesbezüglich ist vorweg darauf hinzuweisen, dass der Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung – vorliegend 6. Mai 2020 – in tatbeständlicher Hinsicht grundsätzlich die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet (BGE 129 V 4 E. 1.2, 105 V 161 f. E. 2d). Somit haben die mit Bericht von Dr. med. G. ____ vom 17. Mai 2020 (Urkunde 4) – und damit mehr als zwei Jahre nach Erlass der angefochtenen Verfügung – neu gestellten Diagnosen (Tendinitis der Mm Glutaeus-Sehnen rechts, Skoliose und LWS Hyperlordose) vorliegend unberücksichtigt zu bleiben. Das Gleiche gilt sodann auch hinsichtlich des

Berichts von Dr. med. H.____ vom 31. Mai 2022 (Urkunde 5), worin neu eine «Mitte Oktober 2021» erlittene Teilruptur des medialen Kollateralbandes des rechten Knies, eine Cervikalgie an der Schulter sowie eine Tendinopathie der Supraspinatussehne diagnostiziert wird. Schliesslich machte der Vertreter der Beschwerdeführerin anlässlich der Verhandlung vom 1. Juni 2022 geltend, es liessen sich aus dem Bericht von Dr. med. F.____, Fachärztin für Psychotherapie und Psychiatrie, vom 31. Mai 2022 (Urkunde 3) auch gewisse Schlüsse auf den Sachverhalt vor Erlass der Verfügung ziehen. So werde darin festgehalten, es bestehe eine gewisse traumatische Problematik. Diese stehe im Zusammenhang mit Zwangsverheiratung sowie Missbrauch, auch in der Jugend. Es sei deshalb bei Dr. med. F.____ ein ergänzender Bericht einzuholen. Dem ist entgegenzuhalten, dass der vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin anlässlich der Verhandlung erwähnte Missbrauch in der Jugend im Bericht von Dr. med. F.____ nicht erwähnt wird. Es wird lediglich eine Posttraumatische Belastungsstörung als Verdachtsdiagnose «in der Abklärung» gestellt. Dies reicht jedoch weder aus, um den Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. Korthals Altes vom 20. Mai 2021 zu vermindern, noch erscheinen deswegen neue psychiatrische Abklärungen in Form eines Ergänzungsberichts von Dr. med. F.____ oder eines psychiatrischen Gerichtsgutachtens notwendig. Die angesprochene, vermutete Missbrauchsthematik ist im Übrigen bereits im Protokoll über das im Januar 2019 durchgeführte Intake-Gespräch erwähnt (IV-Nr. 9) und kann als den psychiatrischen Gutachtern bekannt vorausgesetzt werden. Im Rahmen der Exploration fanden sich jedoch weder im psychiatrischen Teilgutachten der C.____ noch im Gerichtsgutachten von Dr. med. E.____ Hinweise auf Traumatas in der Jugend bzw. während der beiden gescheiterten Ehen. So wurde im Gutachten der C.____ vom 9. Dezember 2019 (IV-Nr. 37.1) festgehalten, es bestünden keine Hinweise für psychische oder physische Traumatas in Kindheit und Jugend und Dr. med. E.____ führte in ihrem Gutachten vom 20. Mai 2021 aus, insgesamt würde die Explorandin ihre Kindheit und Jugend bis auf den Unfall und seine Folgen als relativ positiv beurteilen. Somit sind die von der Beschwerdeführerin gestellten Beweisanträge, es sei bei Dr. med. F.____ ein ergänzender Bericht bezüglich der Traumafolgestörung einzuholen, sowie, es sei ein Gerichtsgutachten mindestens in der internistischen, rheumatologischen, orthopädischen, neurologischen, schlafmedizinischen und psychiatrischen Fachrichtung zu veranlassen, abzuweisen. 8. Da die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt ist, ist ihr die Selbsteingliederung zumutbar, weshalb der Anspruch auf berufliche Massnahmen ohne Weiteres zu verneinen ist. 9. Gestützt auf die obigen Erwägungen ist es somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 17. März 2020 verneint hat. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die Beschwerdeführerin steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 4. hiervor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Vertreter der Beschwerdeführerin hat am 25. August 2021 und 1. Juni 2022 je eine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 5'424.35 geltend macht. Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 18. September 2006 seit 1. Oktober 2006 bzw. § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung auf CHF 2'971.35

festzusetzen (14.6 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen von CHF 130.90 und MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 786.20 (Differenz zum vollen Honorar [14.6 x CHF 230.00 + Auslagen + MwSt. = CHF 3'757.55; - CHF 2'971.35 = CHF 786.20]), wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Der Nachzahlungsanspruch wird praxisgemäss basierend auf einem Stundenansatz von CHF 230.00 festgesetzt (vgl. § 160 Abs. 2 GT), wenn wie vorliegend keine Honorarvereinbarung mit der Klientin vorgelegt wird, in der ein höherer Ansatz vereinbart worden ist. Andernfalls wäre das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin, die sich zur Höhe des Stundenansatzes nicht äussern konnte, verletzt. Der Unterschied zu den eingereichten Kostennoten ergibt sich einerseits daraus, dass für die unentgeltliche Rechtspflege, wie vorgehend festgehalten, ein Stundenansatz von CHF 180.00 gilt. Andererseits sind verschiedene der geltend gemachten Positionen zu streichen: Mehrere Positionen stellen Kanzleiaufwand dar (Orientierungskopien an die Klientin, Einreichen der Kostennote), der bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Ebenso nicht zu entschädigen sind sämtliche Aufwände und Auslagen bezüglich der Korrespondenzen mit den Sozialen Diensten und der Fachstelle für Soziale Sicherheit, da diese nicht direkt mit dem Verfahren vor dem Versicherungsgericht in Zusammenhang stehen. Zudem dauerte die Verhandlung vor Versicherungsgericht lediglich 45 Minuten. Schliesslich sind Kopien pro Stück nur mit 50 Rappen zu vergüten (§ 158 Abs. 3 Gebührentarif) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Zudem beträgt der Ansatz für die Vergütung von Fahrtspesen CHF 0.70 pro Kilometer (§ 157 Abs. 3 GT i.V.m. 161 lit. a GAV) und nicht CHF 1.00, wie beantragt. 9.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). 9.3 Wie dargelegt, hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen musste. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Kosten des Gutachtens von Dr. med. E.____ vom 20. Mai 2021 von CHF 6'860.00 zu tragen.

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