

SO_GERICHTE VSBES.2021.147 vom 6. Juli 2021

SO Obergericht, 2021-07-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.147

FR: SO_GERICHTE VSBES.2021.147 du 6 juillet 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2021.147 del 6 luglio 2021

Erwägungen

E. 1

1.1 Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (fortan: Beschwerdegegnerin) verneinte mit Verfügung vom 9. Oktober 2015 einen Anspruch der Versicherten A.____ (fortan: Beschwerdeführerin), geb. 1973, auf eine Rente sowie auf berufliche Massnahmen, da die Beschwerdeführerin vollumfänglich als Hausfrau tätig sei und in diesem Bereich keine wesentlichen Einschränkungen bestünden (IV-Stelle Beleg / IV-Nr. 15). Diese Verfügung blieb unangefochten. 1.2 Am 9. September 2019 meldete sich die Beschwerdeführerin erneut zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 24). Die Beschwerdegegnerin holte verschiedene Unterlagen ein, namentlich ein monodisziplinäres Gutachten der [...] (fortan: B.____) vom 19. Juni 2020 (IV-Nr. 59.1). Sodann stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Vorbescheid vom 7. Juli 2020 in Aussicht, dass weder eine Rente noch berufliche Massnahmen gewährt würden (IV-Nr. 64). Dagegen liess die Beschwerdeführerin am 2. September 2020 Einwand erheben (IV-Nr. 67). Die Beschwerdegegnerin holte daraufhin bei den B.____ eine Stellungnahme vom 14. Dezember 2020 ein (IV-Nr. 72 S. 1 f.). In der Folge verfügte sie am 6. Juli 2021, dass wie angekündigt weder ein Anspruch auf eine Rente noch auf berufliche Massnahmen bestehe. Zwar sei nunmehr von einem Status der Beschwerdeführerin als Erwerbstätige auszugehen, doch sei kein invalidisierender Gesundheitsschaden nachweisbar (Aktenseite / A.S. 1 ff.).

E. 1.2

hiervor) gingen folgende Unterlagen bei der Beschwerdegegnerin ein: 4.2.1 4.2.1.1 Pract. med. G.____ und lic. phil. H.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, aus der Praxis von Dr. med. E.____, stellten im Bericht vom 23. August 2019 (IV-Nr. 21) folgende Diagnosen: 1. Schwere depressive Episode (F 32.2), chronifiziert 2. Auf dem Boden einer kombinierten Persönlichkeitsakzentuierung (verausgabend, ängstlich-vermeidend, histrionisch, abhängig; Z73.0) 3. Insomnie (F51.0) 4. Dissoziative Störungen unklarer Ätiologie (F44.8)

E. 2

a) Es sei die Beschwerdesache zur korrekten Durchführung des Vorbescheidverfahrens resp. zur Wahrung der Gehörsrechte im Zusammenhang mit der Stellungnahme der B.____ vom 14. Dezember 2020 an die [Beschwerdegegnerin] zurückzuweisen. b) Eventualiter: Es seien der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40 % zuzüglich einem Verzugszins zu 5 % ab wann rechtens auszurichten. c) Subeventualiter: Es sei die Beschwerdesache zu medizinischen und beruflich-konkreten Abklärungen an die [Beschwerdegegnerin] zurückzuweisen.

E. 3

Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen.

E. 3.2

3.2.1 Anspruch auf eine Invalidenrente haben versicherte Personen, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG).

3.2.2 Als Invalidität gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur dann vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

3.2.3 Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 6 ATSG). Ob ein psychisches Leiden zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, beurteilt sich grundsätzlich bei allen solchen Erkrankungen nach einem normativen Prüfungsraaster, dem sog. strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429 sowie 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416 f.). Anhand eines Kataloges von Indikatoren, welche sich auf den funktionellen Schweregrad des Leidens und die Konsistenz des Verhaltens beziehen, erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des (unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits) tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294 f. und E. 4.1.3 S. 297); liegt aber ein Ausschlussgrund in Form einer Aggravation o.ä. vor, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente (a.a.O., E. 2.2.1 f. S. 287 f.). Die massgeblichen Standardindikatoren lauten wie folgt (a.a.O. E. 4.1.3 S. 297): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» a) Komplex «Gesundheitsschädigung» o Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde o Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz o Komorbiditäten b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) c) Komplex «Sozialer Kontext» 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) o gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen o behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG gilt als eröffnet, sobald eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (Amanda Wittwer, Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Zürich 2017, S. 109 Fn 615). Der Rentenanspruch wiederum könnte frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG entstehen (s. Art. 29 Abs. 1 IVG). Dies wäre hier, angesichts der Neuanmeldung vom 9. September 2019 (E. I. 1.2 hiervor), im März 2020 der Fall.

3.2.4 Nach dem hier massgeblichen bisherigen Recht (s. E. II. 3.1 hiervor) besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente sowie ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG, in

Kraft bis 31. Dezember 2021). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen) in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Beim Einkommensvergleich werden in der Regel die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Soweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der Umstände im Einzelfall zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, s. BGE 128 V 29 E. 1 S. 30).

3.3 Tritt die IV-Stelle wie hier auf eine Neuanschuldung ein, so ist analog wie bei einem Revisionsfall vorzugehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_737/2019 vom 19. Juli 2020 E. 3.2.1). Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG, in der bis 31. Dezember 2021 geltenden Fassung). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 125 V 368 E. 2 S. 369). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f., 117 V 198 E. 3b S. 199). Die Frage, ob eine erhebliche, d.h. mit Bezug auf den Invaliditätsgrad rentenwirksame Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, beurteilt sich auf Grund eines Vergleichs des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung – oder einer späteren, auf einer umfassenden Prüfung beruhenden Bestätigung oder Änderung – bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der streitigen Revisionsverfügung (BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.). Das Heranziehen eines Verwaltungsaktes als Vergleichsbasis setzt voraus, dass er auf den Abklärungen beruht, welche mit Blick auf die möglicherweise veränderten Tatsachen notwendig erscheinen (Urteil des Bundesgerichts 9C_162/2020 vom 16. September 2020 E. 4.1).

3.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.). Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und gerichtliche Beschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu

würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (a.a.O.; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So 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 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). 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 351 E. 3b/cc S. 353).

3.5 Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz, d.h. die Verwaltung resp. das Gericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Grundsatz gilt jedoch nicht uneingeschränkt, sondern wird durch die Mitwirkungspflichten des Versicherten relativiert (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158). Ein Teilgehalt der Mitwirkungspflicht besteht in der Teilnahme am Beweisverfahren (Ueli Kieser in: Kommentar zum ATSG, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 43 N 96). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen mithin im Sozialversicherungsverfahren in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf dem Wege der Beweiserhebung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten. Gleiches gilt, wenn der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, nicht rechtserheblich erscheint (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1d S. 162). In einer solchen antizipierten Beweiswürdigung liegt kein Verstoß gegen das verfassungsmässig gewährleistete rechtliche Gehör (BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung

bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1).

4. 4.1 Als die Beschwerdegegnerin das erste Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin abwies (s. E. I. 1.1 hiervor), lagen ihr folgende ärztlichen Unterlagen vor:

4.1.1 Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte in seinem Bericht vom 26. Juni 2015 (IV-Nr. 6) folgende Diagnosen: · Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), Erschöpfungssyndrom · Rezidivierende Synkopen; differentialdiagnostisch orthostatisch, rhythmogen · Migräne ohne Aura, fast täglich Die Beschwerdeführerin sei seit dem 1. Januar 2015 vollständig arbeitsunfähig. Sie wirke müde und kraftlos. Im Kontakt sei sie freundlich zugewandt und in der Schwingungsfähigkeit reduziert. Das Denken sei klar, wach und orientiert. Seit Jahren bestünden multiple Belastungsfaktoren. Die Beschwerdeführerin habe hohe Leistungserwartungen an sich selbst und in der Vergangenheit dazu geneigt, die eigenen physischen Grenzen zu verdrängen. Aktuell liege ein Erschöpfungszustand mit latenter Suizidalität vor. Die Beschwerdeführerin sei nicht belastbar und leide unter Konzentrationsschwierigkeiten. Deshalb komme weder die bisherige noch eine andere Tätigkeit in Frage.

4.1.2 Der Bericht von Dr. med. F.____, Fachärztin für Allgemeinmedizin FMH, vom 18. August 2015 (IV-Nr. 13) enthielt folgende Diagnosen: Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Depressive Störung Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Lactoseintoleranz homozygot - Rezidivierende Eisenmangelanämie - Rezidivierende Synkopen Die Beschwerdeführerin sei traurig, niedergeschlagen, müde sowie antriebs- und kraftlos. Aktuell liege die Arbeitsfähigkeit bei 50 %, doch bestehe noch Potential, allenfalls durch einen stationären psychiatrischen Aufenthalt. Zumutbar seien aktuell ca. fünf Stunden am Tag z.B. in der Reinigung oder in einer Fabrik. In diesem Rahmen sei die Leistungsfähigkeit eingeschränkt, da mehr Pausen benötigt würden.

4.1.3 In ihrer Verfügung vom 9. Oktober 2015 (IV-Nr. 15) hielt die Beschwerdegegnerin fest, es fehle an medizinischen Diagnosen, welche eine langdauernde Arbeitsunfähigkeit begründen würden. Die medizinische Behandlung sei noch nicht vollends ausgeschöpft und eine Besserung des Gesundheitszustandes scheine möglich. Das Empfinden der Beschwerdeführerin, arbeitsunfähig zu sein, sei nicht massgebend. Zudem lägen invaliditätsfremde Faktoren vor.

4.2 Nach der Neuanmeldung (s. E. I.

E. 4

4.1 Als die Beschwerdegegnerin das erste Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin abwies (s. E. I. 1.1 hiervor), lagen ihr folgende ärztlichen Unterlagen vor:

4.1.1 Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte in seinem Bericht vom 26. Juni 2015 (IV-Nr. 6) folgende Diagnosen:

Die Beschwerdeführerin sei seit dem 1. Januar 2015 vollständig arbeitsunfähig. Sie wirke müde und kraftlos. Im Kontakt sei sie freundlich zugewandt und in der Schwingungsfähigkeit reduziert. Das Denken sei klar, wach und orientiert. Seit Jahren bestünden multiple Belastungsfaktoren. Die Beschwerdeführerin habe hohe Leistungserwartungen an sich selbst und in der Vergangenheit dazu geneigt, die eigenen physischen Grenzen zu verdrängen. Aktuell liege ein Erschöpfungszustand mit latenter Suizidalität vor. Die Beschwerdeführerin sei nicht belastbar und leide unter Konzentrationsschwierigkeiten. Deshalb komme weder die bisherige noch eine andere Tätigkeit in Frage.

4.1.2 Der Bericht von Dr. med. F.____, Fachärztin für Allgemeinmedizin FMH, vom 18. August 2015 (IV-Nr. 13) enthielt folgende Diagnosen:

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Depressive Störung

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Lactoseintoleranz homozygot
- Rezidivierende Eisenmangelanämie
- Rezidivierende Synkopen

Die Beschwerdeführerin sei traurig, niedergeschlagen, müde sowie antriebs- und kraftlos. Aktuell liege die Arbeitsfähigkeit bei 50 %, doch bestehe noch Potential, allenfalls durch einen stationären psychiatrischen Aufenthalt. Zumutbar seien aktuell ca. fünf Stunden am Tag z.B. in der Reinigung oder in einer Fabrik. In diesem Rahmen sei die Leistungsfähigkeit eingeschränkt, da mehr Pausen benötigt würden.

4.1.3 In ihrer Verfügung vom 9. Oktober 2015 (IV-Nr. 15) hielt die Beschwerdegegnerin fest, es fehle an medizinischen Diagnosen, welche eine langdauernde Arbeitsunfähigkeit begründen würden. Die medizinische Behandlung sei noch nicht vollends ausgeschöpft und eine Besserung des Gesundheitszustandes scheinbar möglich. Das Empfinden der Beschwerdeführerin, arbeitsunfähig zu sein, sei nicht massgebend. Zudem lägen invaliditätsfremde Faktoren vor.

4.2 Nach der Neuanmeldung (s. E. I. 1.2 hiervor) gingen folgende Unterlagen bei der Beschwerdegegnerin ein:

4.2.1

4.2.1.1 Pract. med. G.____ und lic. phil. H.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, aus der Praxis von Dr. med. E.____, stellten im Bericht vom 23. August 2019 (IV-Nr. 21) folgende Diagnosen:

Seit dem letzten Bericht im Juli 2015 erscheine die Beschwerdeführerin regelmässig ein- bis zweimal im Monat zur psychotherapeutischen Sitzung und werde mit 20 mg Escitalopram behandelt. Es sei keine Verbesserung der Symptome erreicht worden. Im BDI-II vom 9. Juli 2019 erreiche die Beschwerdeführerin 43 Punkte, wobei der Cut-off für eine schwere depressive Episode bei 29 liege. Die Beschwerdeführerin erfülle alle zehn Kriterien nach ICD-10 für eine schwere depressive Episode (depressive Stimmung, Interessen- und Freudverlust, verminderter Antrieb und gesteigerte Ermüdbarkeit, Verlust des Selbstvertrauens / Selbstwertgefühls, unbegründete Selbstvorwürfe und unangemessene Schuldgefühle, wiederkehrende Gedanken an den Tod, Klagen über vermindertes Denk- und Konzentrationsvermögen, psychomotorische Hemmung, Ein- und Durchschlafstörungen sowie Appetitverlust). Die depressive Symptomatik zeige sich insbesondere in einer Antriebslosigkeit, in einer eingeschränkten Belastbarkeit, welche sich als rasche Erschöpfung äussere, und in einer ausgeprägten Müdigkeit. Es gelinge der Beschwerdeführerin kaum, eine Tagesstruktur aufrecht zu erhalten und sich um die Kinder und den Haushalt zu kümmern. Die Ressourcen reichten nicht für eine berufliche Herausforderung. Es bestehe eine hohe soziale Belastung auf Grund der finanziellen Schwierigkeiten, der psychischen und physischen Instabilität des Ehemannes sowie dessen

drohender Ausweisung. Der Beschwerdeführerin sei bewusst, dass die Ausschaffung ihres Mannes verhindert würde, wenn sie arbeiten könnte. Sie schaffe dies jedoch wegen der schweren chronifizierten Depression nicht. Die prädisponierende Persönlichkeitsstruktur, die geringe Introspektionsfähigkeit und die starke Somatisierung verhinderten den Aufbau von Skills und Copingstrategien, um die Depression zu bewältigen. Diesbezüglich würde die Beschwerdeführerin auch in einem stationären Setting kaum profitieren.

4.2.1.2 Dr. med. I.____, Fachärztin für Chirurgie / Praktische Ärztin beim Regionalen Ärztlichen Dienst der Invalidenversicherung (RAD), hielt in ihrer Stellungnahme vom 1. Oktober 2019 (IV-Nr. 22) dafür, vergleiche man die Berichte von Dr. med. E.____ vom Juni 2015 und August 2019, so lasse sich eine Verschlechterung nicht sicher ableiten. Damals wie heute handle es sich um einen depressiven Zustand mit Grübelneigung, rascher Erschöpfung, Müdigkeit und Schlafstörungen. Da bisher keine medizinische Abklärung erfolgt sei, lasse sich aus medizinischer Sicht kein echter Vergleich der Zustandsbilder von 2015 mit den aktuellen durchführen.

4.2.1.3 Dr. med. E.____ bekräftigte in seinem Bericht vom 22. November 2019 (IV-Nr. 34) die früheren Angaben. Die Beschwerdeführerin sei seit Januar 2015 vollständig arbeitsunfähig. Auf Grund der chronifizierten Depression, vor allem auch wegen der Bewusstseinsausfälle, könne die Beschwerdeführerin z.B. keine Maschinen bedienen oder in jeglicher Tätigkeit eine konstante Leistung aufrechterhalten. Auch eine angepasste Tätigkeit komme nicht in Frage. Ressourcen für eine Eingliederung seien keine vorhanden. Die Beschwerdeführerin sei in den letzten Jahren auch sozial und in der Freizeit eingeschränkt. Dazu reichten ihre Kraftressourcen nicht und sie fühle sich zu lust- und antriebslos.

4.2.1.4 Dr. med. J.____, Fachärztin für Neurologie, teilte der Beschwerdegegnerin am 27. November 2019 mit, sie habe die Beschwerdeführerin nur am 30. September 2014 gesehen (IV-Nr. 35). Der Bericht von diesem Tag (IV-Nr. 36) enthielt folgende Diagnosen:

4.2.1.5 Der Bericht von Dr. med. K.____ vom 2. Dezember 2019 (IV-Nr. 37) enthielt folgende Diagnosen:

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Die Beschwerdeführerin sei körperlich gesund und befinde sich diesbezüglich in keiner speziellen Behandlung. Gut wäre ein Arbeitsversuch mit maximal drei bis vier Stunden pro Tag. Die Traurigkeit, Müdigkeit und der schlechte Bildungsstand stünden einer Eingliederung im Weg.

4.3 Dem Gutachten der B.____ vom 19. Juni 2020 (IV-Nr. 59.1) liessen sich folgende Diagnosen entnehmen (S. 18):

4.3.1 Die Beschwerdeführerin gab an, sie könne unter keinen Umständen arbeiten (S. 12). Es gehe ihr nicht gut. Sie leide seit sechs Jahren unter Ein- und Durchschlafstörungen und bekomme pro Nacht durchschnittlich nur 2,5 Stunden Schlaf. Zusätzlich leide sie unter heftigen stechenden Magenschmerzen und ständiger Übelkeit. Weiter werde sie sehr oft, mindestens einmal pro Monat, plötzlich und ohne Grund für zwei bis drei Minuten bewusstlos bzw. ohnmächtig, letztmals vor drei Wochen, als sie auf die Strasse gefallen und erst am Boden liegend wieder aufgewacht sei. Einmal sei sie z.B. mit einer Kollegin unterwegs gewesen, welche ihr nachträglich geschildert habe, was passiert sei. Ihrer

Hausärztin habe sie nicht von diesen Attacken berichtet. Sie leide auch unter Brustschmerzen, wie wenn sich die Brust zusammenziehe. Die Hausärztin habe hier keine Auffälligkeiten festgestellt. Darüber hinaus bestünden starke anhaltende Kopfschmerzen. Auch aktuell habe sie Schmerzen, die sie auf einer Skala von eins bis zehn mit einer fünf angeben würde. Es gehe ihr nie ganz gut und normalerweise sogar noch schlechter als jetzt. Deswegen habe sie teilweise auch Suizidgedanken. Nur wegen der Kinder bringe sie sich nicht um. Ihr Mann sei schwer krank und leide u.a. an einem Morbus Behcet (S. 10). Ständig mache sie sich Sorgen um ihre Kinder und die schlechte finanzielle Situation. Ihr Appetit sei vermindert, das Gewicht aber gestiegen. Sie habe keine Hobbies mehr; früher habe sie im Chor gesungen, dies mache ihr jedoch momentan keinen Spass. Sie sei eher zurückgezogen, selbst zu den Kindern habe sie kaum Kontakt (S. 11). Sie wohne zusammen mit dem Ehemann und den drei Kindern und lebe seit Jahren von Sozialhilfe. Ihre Mutter besuche sie höchstens einmal im Monat. Direkt nach dem Aufstehen um 8:00 Uhr lege sie sich ohne Frühstück in der Stube auf das Sofa. Sie mache nichts im Haushalt. Ihr Ehemann kümmere sich trotz seiner gesundheitlichen Einschränkungen um die Kinder, kaufe ein, koche usw. Sie verbringe den ganzen Tag auf dem Sofa und schaue den ganzen Tag nur fern. Oft esse sie weder am Mittag noch am Abend etwas. Ihre Termine erledige sie meistens zu Fuss oder werde vom Ehemann gefahren. Kleider kaufe sie sich keine mehr. Meist verlasse sie das Haus nur wegen der Termine bei ihrer Psychologin, welche noch einmal im Monat stattfänden. Sie befinde sich seit 2015 in Behandlung und habe bereits verschiedene Medikamente wie z.B. Trazodon ausprobiert. Aktuell nehme sie 20 mg Escitalopram pro Tag, was ihr kaum helfe, aber wenigstens etwas ruhiger mache. Obwohl es ihr schlechter gehe, wolle sie nicht in eine Klinik oder Tagesklinik, weil sie der Meinung sei, dass man ihr dort nicht helfen können und sie nicht von ihrer Familie getrennt sein wolle (S. 12).

4.3.2 Das Gutachten hielt fest, der Ehemann habe den Begutachtungstermin vom 10. Februar 2020 am 06. Februar 2020 telefonisch abgesagt, da seine Frau die Kinder hüten müsse. In der Folge habe man bis 11. Februar 2020 insgesamt siebenmal erfolglos versucht, die Beschwerdeführerin oder ihren Mann telefonisch zu erreichen. Auf den Brief vom 11. Februar 2020 hin habe der Ehemann am 18. Februar 2020 mitgeteilt, das Telefon sei gesperrt gewesen. Am Tag des neuen Termins vom 24. Februar 2020 habe sich die Beschwerdeführerin per Telefon abgemeldet, da sie krank sei. Zum nächsten Termin am 9. März 2020 sei sie nicht erschienen, wobei sie erst später erklärt habe, dass sie den 10. März 2020 eingetragen habe, obwohl die Einladung korrekt auf den 9. März 2020 datiert gewesen sei. Der neue Termin am 6. April 2020 habe dann wegen der Coronapandemie abgesagt werden müssen. Am 26. Mai 2020 schliesslich seien die Beschwerdeführerin und ihr Ehemann pünktlich erschienen, aber am falschen Standort der B.____, weshalb die Begutachtung mit ca. einer Stunde Verspätung angefangen habe (S. 13 f.). Bei Bedarf habe ein Dolmetscher übersetzt, die Beschwerdeführerin habe sich aber recht gut und verständlich auf Deutsch mitteilen können, und auch ihr Sprachverständnis sei als ausreichend erschienen. Die Beschwerdeführerin sei problemlos in der Lage, sich für die Blutabnahme und die körperliche Untersuchung zu einem etwa 100 m entfernten Gebäude zu begeben. Die anschließende Befragung von ca. 14:00 bis 16:00 Uhr bewältige sie ohne Pausen oder sichtbare Beeinträchtigung. Während der Untersuchung wirke die Beschwerdeführerin weder angestrengt noch schmerzgeplagt. Ihre Antworten und die Schilderung der Beschwerden blieben oft sehr vage und unkonkret, dies unabhängig davon, ob der Dolmetscher übersetze oder nicht. Daher hätten sich trotz mehrfacher Nachfrage

viele Angaben nicht konkretisieren lassen (S. 14).

4.3.3 Was den psychiatrischen Befund angehe, so ergebe die Untersuchung keinen Anhalt für Bewusstseins-, Orientierungs-, Auffassungs-, Konzentrations- oder Merkfähigkeitsstörungen. Ebenso wenig bestünden formale Denkstörungen, Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Die Stimmungslage erscheine als unauffällig. Die Beschwerdeführerin lege eine ausgeprägte Klagsamkeit an den Tag, die sich aber überwiegend auf ihre körperlichen Symptome beziehe. Trotzdem erscheine sie voll schwingungsfähig und nicht im eigentlichen Sinne depressiv verstimmt. Bezüglich der Zukunft und des Umgangs mit ihrer schwierigen Situation sei sie etwas ängstlich, aber vor allem ratlos. Die Psychomotorik und der Antrieb präsentierten sich ungestört; die Beschwerdeführerin berichte eine völlige Kraft- und Antriebslosigkeit, die man so aber kaum nachvollziehen könne. Während der Untersuchung unterstreiche sie ihre Beschwerden häufig gestenreich und betone dabei immer wieder die subjektive Schwere der Symptome. Im Gegensatz dazu liessen sich die geschilderten Beschwerden dann aber kaum konkretisieren. Zirkadiane Besonderheiten fehlten. Aggressivität bestehe keine. Es lägen weder eine akute noch eine latente Suizidalität und auch keine Selbstverletzung vor (S. 14). Der Schlaf sei schwer gestört und es bestehe ein nahezu vollständiger sozialer Rückzug. Die orientierende neurologische Untersuchung erbringe keine Hinweise auf eine Einschränkung der höheren kognitiven Funktionen. Es zeigten sich ein unauffälliger Hirnnervenstatus und eine regelrechte Motorik ohne Pyramidenbahnzeichen. Störungen der Sensibilität oder der Koordination liessen sich nicht finden. Stand und Gang seien unbeeinträchtigt. Im Blutspiegel liege Escitalopram mit 3 ng/ml deutlich unter dem Referenzwert von 15 ■ 80 ng/ml (S. 15).

4.3.4 Der behandelnde Psychiater habe im August 2019 festgehalten, dass aktuell alle zehn Kriterien einer schweren Depression erfüllt seien. Dabei übernehme er allerdings die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ohne kritische Würdigung, was im versicherungsmedizinischen Kontext problematisch sei. Die Erhebung von psychiatrischen Symptomen beruhe zwar tatsächlich zu einem sehr großen Teil auf den subjektiven Angaben der Exploranden, aber umso wichtiger erscheine es, diese Angaben nicht nur aufzunehmen, sondern sie auch zu validieren, d.h. es müsse geprüft werden, ob sie in sich stimmig und plausibel seien und z.B. zu den beobachtbaren Symptomen oder zusätzlichen Informationen aus der Krankengeschichte passten. In der Auflistung des behandelnden Psychiaters, die das Vorhandensein der Diagnosekriterien belegen solle, würden indes Widersprüche zwischen den Angaben der Beschwerdeführerin und den eigenen Beobachtungen deutlich. So beschreibe der Psychiater u.a., die beklagte depressive Stimmung (Kriterium 1) sei in der Untersuchung nicht sichtbar und die Schwingungsfähigkeit erhalten. Bei der Herleitung des angeblichen Interessenverlustes (Kriterium 2) erwähne er, die Beschwerdeführerin habe sich früher für Kleidung interessiert habe, was ihr nun keine Freude mehr bereite. An anderer Stelle hebe der Psychiater aber den Umstand hervor, dass sie stets gepflegt und betont weiblich gekleidet sei. Die Herleitung der Kriterien 3 bis 6 beruhe ausschließlich auf den Angaben der Beschwerdeführerin. Der Psychiater attestiere kognitive Einschränkungen (Kriterium 7), obwohl er explizit erwähne, dass er diese nicht beobachten könne. Als Beleg für psychomotorischen Auffälligkeiten (Kriterium 8) schildere er Taubheitsgefühle usw. und übernehme dann auch die Angaben der Beschwerdeführerin zu ihren Schlafstörungen (Kriterium 9). Auch ihre widersprüchliche Aussage zum Kriterium 10, dass sie zwar keinen

Appetit habe, aber immer wieder etwas esse, übernehme der Psychiater ohne weitere Einordnung. In der hiesigen Exploration stünden zunächst vor allem körperliche Symptome im Vordergrund. Erst später erwähne die Beschwerdeführerin dann im Zusammenhang mit ihren Belastungsfaktoren Gedanken an den Tod, wobei sie diese Aussage schon im nächsten Satz deutlich relativiere. Die Stimmungslage zeige sich sehr klagsam bezüglich der körperlichen Symptome, aber unabhängig davon eigentlich recht ausgeglichen. Die Schwingungsfähigkeit sei gut erhalten (S. 16). Die Beschwerdeführerin beschreibe zwar einen Verlust an Interessen und eine deutliche Ermüdbarkeit, eigentliche Insuffizienz- oder Schuldgefühle, eine psychomotorische Anspannung oder Hemmung würden aber nicht deutlich. Die beklagten sehr unspezifischen kognitiven Symptome in Form einer gewissen Blockade, liessen sich nicht mit den typischerweise doch deutlich detaillierteren Beschreibungen solcher Symptome im Rahmen einer depressiven Pseudodemenz in Einklang bringen. Auch die Angaben zu der seit sechs Jahren unverändert bestehenden sehr ausgeprägten Schlafstörung erschienen angesichts des ansonsten kaum beeinträchtigten klinischen Bildes zumindest fragwürdig. Darüber hinaus beklage die Beschwerdeführerin zwar einen Verlust des Appetits, aber gleichzeitig sei es zu einer Gewichtszunahme gekommen. Angesichts der teils sehr demonstrativ wirkenden Beschwerdeschilderung und des deutlichen Kontrasts zwischen den beklagten und den beobachtbaren Symptomen, erscheine es zusammenfassend kaum möglich, überhaupt eine mittelgradige oder gar eine schwere depressive Symptomatik zu bestätigen, da man bei diesem Schweregrad klare und eindeutige Symptome erwarten würde, die auch in der Untersuchung nachvollziehbar seien. Gleichzeitig könne man natürlich nicht sicher ausschliessen, dass eine gewisse depressive Symptomatik vorliege, die aber durch die sehr demonstrative Präsentation verdeckt werde (S. 17).

4.3.5 Neben der schweren Depression diagnostiziere der Psychiater 2019 auch eine Insomnie. Da Schlafstörungen ein häufiges Symptom vieler psychischer Störungen seien, schlage die ICD-10-Klassifikation vor, diese nur als eigenes Störungsbild zu klassifizieren, wenn die Schlafstörungen das klinische Bild beherrschten. Angesichts der unspezifischen Beschwerdepräsentation sei dies hier nicht der Fall. Zudem verweise der Bericht von 2019 auf eine sonstige dissoziative Störung, wobei unklar bleibe, welche der Unterkategorien nach ICD-10 gemeint seien. Das wesentliche Merkmal einer dissoziativen Störung seien Störungen der Erinnerung, der Kontrolle über Bewegungen oder der Wahrnehmung von Empfindungen. Körperliche Ursachen dieser Symptome würden dabei nicht gefunden, und häufig verberge sich hinter den Ausfällen ein offensichtlicher Ausdruck von emotionalen Konflikten oder Bedürfnissen. Die von der Beschwerdeführerin geschilderten Attacken, in denen sie das Bewusstsein verliere, könnten anhand dieser Kriterien tatsächlich z.B. im Rahmen eines dissoziativen Anfalls erklärt werden, da keine somatische Ursache bestätigt sei (S. 17). Letztlich sei aber auch diese Zuordnung kaum möglich, da es aus den sechs Jahren, in denen sich diese Episoden angeblich in monatlichen Abständen ereignet hätten, keine einzige fremdanamnestic Bestätigung solcher Anfälle gebe, die eine bessere syndromale Zuordnung überhaupt erst ermöglichen würde (S. 17 f.). Ähnliche Überlegungen würden auch für die Verdachtsdiagnose einer somatoformen Störung (F45.0) gelten. Zwar schienen auch hier einzelne Kriterien einer solchen Störung erfüllt zu sein, nämlich die anhaltende Klage über körperliche Beschwerden ohne erklärendes somatisches Korrelat, gleichzeitig lasse sich aber ein anderes sehr zentrales Kriterium, nämlich der wiederholte und anhaltende Wunsch nach einer medizinischen Bestätigung und Abklärung dieser Beschwerden, eben nicht nachvollziehen. Daher könne man auch diese Diagnosen

nicht bestätigen. Dasselbe gelte für die vom Psychiater festgehaltene Persönlichkeitsakzentuierung. Diese Diagnose lasse sich kaum schlüssig nachvollziehen, da sowohl die soziale als auch die berufliche Biographie der Explorandin bis zum Alter von 41 Jahren völlig unauffällig gewesen sei (S. 18).

4.3.6 Zusammenfassend sei angesichts der sehr demonstrativen und unauthentisch wirkenden Beschwerdepräsentation eine klare diagnostische Zuordnung der Beschwerden kaum möglich. Eine leichte depressive Störung könne man kaum ausschliessen, aber eine relevante mittelgradige oder gar schwere Depression lasse sich nicht bestätigen. Zudem wäre allenfalls eine Konversionsstörung zu diskutieren, wobei aber auch hier die Grundlage anhand der Krankengeschichte und der Untersuchung als recht unsicher erscheine. Die anderen genannten Diagnosen seien auf der Grundlage der ICD-10 Kriterien nicht nachvollziehbar. Hinsichtlich einer leichten depressiven Episode bzw. einer Konversionsstörung liessen sich allenfalls Verdachtsdiagnosen stellen, die aber weitergehende Abklärung benötigen würden, bevor man sie als gegeben ansehen könne (S. 18).

4.3.7 Die aktuell beklagte Symptomatik entspreche der bereits 2015 beschriebenen Problematik. Obwohl die Beschwerdeführerin und ihre Therapeuten übereinstimmend von gravierenden Einschränkungen ausgingen, seien in den letzten fünf Jahren keinerlei Massnahmen eingeleitet worden, um die Therapie in irgendeiner Form zu intensivieren. Eine stationäre Behandlung wäre indiziert und sinnvoll. Die intensivere Verhaltensbeobachtung in diesem Setting würde sicher dazu beitragen, das recht diffus wirkende Zustandsbild besser zu erfassen. Angesichts des seit 2015 stagnierenden Verlaufes wäre es zudem auch sinnvoll, die tatsächlichen Fähigkeiten der Beschwerdeführerin in einem therapeutischen Setting zu prüfen und dann gegebenenfalls den Aufbau von Alltagsaktivitäten zu unterstützen (S. 19).

4.3.8 Es zeigten sich auf mehreren Ebenen deutliche Inkonsistenzen: Die beklagten Symptome liessen sich kaum mit den in der Untersuchung beobachtbaren Symptomen in Einklang bringen. Die Beschwerdeführerin beschreibe sich als schwerstkranke Person, die zuhause nichts mehr erledigen könne, von körperlichen Symptomen geplagt werde und ständig unter der Angst leide, durch eine ihrer attackenartigen Bewusstlosigkeiten zu sterben. Gemäss ihrem Ehemann habe sie aber den ersten Begutachtungstermin abgesagt, um die Kinder zu hüten (E. II. 4.3.2 hiervor). In der Untersuchung arbeite sie zwei Stunden konzentriert mit, bewältige eine gewisse Gehstrecke ohne sichtbare Zeichen von Angst oder Schmerzen problemlos und unangestrengt und hinterlasse insgesamt kaum einen beeinträchtigten Eindruck. Die diagnostische Zuordnung der Therapeuten sei nicht nachvollziehbar. Die beklagten Beschwerden würden offensichtlich nicht validiert und die vergebenen Diagnosen liessen sich anhand der ICD-Klassifikation nicht bestätigen, da zentrale Kriterien der festgehaltenen Diagnosen eben nicht erfüllt seien oder fremdanamnestic Angaben zu den beklagten Beschwerden völlig fehlten. Die Beschwerdeführerin beklage zwar einen grossen Leidensdruck, lehne aber jede Therapie ab, die über das aktuelle, nur aus monatlichen stabilisierenden Gesprächen mit der Psychologin bestehende Setting hinausgehe. Eine weiterführende Abklärung der Schlafstörung sei trotz der beklagten Schwere nicht erfolgt. Medikamente oder spezifische Psychotherapiestrategien, die zur Behandlung von chronischen Depressionen üblicherweise vorgeschlagen würden, habe man bisher nicht genutzt. Der Blutspiegel der bestehenden Psychopharmakotherapie liege weit unterhalb des therapeutischen Bereichs. Obwohl die

Beschwerdeführerin angeblich monatlich das Bewusstsein verliere und dadurch im Strassenverkehr fast schon verunglückt wäre, unternehme sie keinerlei Schritte zur Abklärung oder gar Behandlung dieser angeblich als bedrohlich empfunden Symptomatik. Dasselbe scheine für die beklagten Bauch-, Brust und Kopfschmerzen zu gelten (S. 20). Auch die Fähigkeiten und Ressourcen liessen sich nicht beschreiben. Die Beschwerdeführerin verneine vehement in irgendeiner Form über nutzbare Ressourcen zu verfügen. Sie bestätige zwar allgemein die in den Berichten mehrfach erwähnten psychosozialen Belastungsfaktoren, aber man habe von ihr trotz konkreter Nachfrage weder genauere Informationen zur finanziellen Situation noch zur Belastung durch die Erkrankung des Ehemanns erhalten (S. 21).

4.3.9 Was den funktionellen Schweregrad angehe, so lasse sich die Art der Gesundheitsschädigung aus den genannten Gründen nicht klar eingrenzen. Eine Beurteilung der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde erscheine unmöglich. Hinweise auf eine prämorbid Abweichung der Persönlichkeit seien nicht feststellbar. Gewisse Informationen zum sozialen Kontext gingen zwar aus der Akte hervor, könnten aber im Gespräch nicht konkretisiert werden. Bei der Konsistenzprüfung ergäben sich wie bereits dargelegt gleich auf mehreren Ebenen Inkonsistenzen. Das tatsächliche Aktivitätenniveau in unterschiedlichen Lebensbereichen lasse sich auf Grund der Beschwerdepräsentation nicht konklusiv beurteilen. Ein behandlungs- und eingliederungsanamnestischer Leidensdruck sei aber sicher auszuschliessen, da in den letzten fünf Jahren weder psychiatrisch noch somatisch weiterführende medizinische Massnahmen oder Abklärungen durchgeführt worden seien und von der Beschwerdeführerin auch abgelehnt würden. Der Spiegel von Escitalopram liege deutlich unterhalb des therapeutischen Bereichs. Aus diesen Gründen könne man aktuell keine medizinisch begründbare Einschränkung der Arbeitsfähigkeit objektivieren. Dies gelte auch retrospektiv (S. 21 f.). Es sei davon auszugehen, dass es in den letzten Jahren zu keinen wesentlichen Veränderungen gekommen sei (S. 24). Zwar werde eine Reihe an medizinischen Symptomen und Einschränkungen benannt, aber eine klare Zuordnung zu einem Störungsbild sei nicht möglich (S. 21). Weitergehende Abklärungen und Überprüfungen der beklagten Symptome seien daher notwendig. Eine klarere Abgrenzung einer unbewussten Beschwerdepräsentation im Rahmen einer Konversionsstörung von einer Aggravation bzw. Simulation lasse sich vermutlich noch am ehesten durch die intensive Verhaltensbeobachtung in einem stationären therapeutischen Setting erzielen. Behandlungsoptionen und die Prognose könnten erst dann sinnvoll diskutiert werden, wenn der differentialdiagnostische Prozess diesbezüglich abgeschlossen sei (S. 23).

E. 4.4

4.4.1 Die RAD-Ärztin Dr. med. I. ___ hielt in ihrer Stellungnahme vom 2. Juli 2020 (IV-Nr. 63) dafür, das Gutachten sei schlüssig und nachvollziehbar. Es gebe keine medizinischen Hinweise darauf, dass die Beschwerdeführerin in einer ausserhäuslichen Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkt wäre. Es könne zu jedem Zeitpunkt von einer vollen Einsatzfähigkeit für ausserhäusliche Tätigkeiten ausgegangen werden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht seien aktuell keine weiteren Abklärungen angezeigt.

4.4.2 Nachdem die Beschwerdeführerin Einwand gegen den Vorbescheid vom 7. Juli 2020 erhoben hatte, äusserte sich die B. ___ am 14. Dezember 2020 (IV-Nr. 72 S. 1 f.) wie folgt: Die von Dr. med. E. ___ aufgeführten Diagnosen lägen anhand der jeweiligen Diagnosekriterien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht vor. Man könne daher keine

Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit objektivieren. Eine Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin im freien Arbeitsmarkt wäre aus psychiatrischer Sicht zu 100 % möglich.

4.5 Im Beschwerdeverfahren reichte die Beschwerdeführerin folgende Berichte ein:

4.5.1 Dr. med. G.____ und D. Sc. L.____, Psychologin, stellten im Bericht vom 22. August 2021 (Beschwerdebeilage / BB-Nr. 4) folgende Diagnosen:

Die Beschwerdeführerin erfülle alle Kriterien nach ICD-10 für eine schwere depressive Episode. Ihr Zustand sei gekennzeichnet durch eine unverändert depressive Stimmungslage, Müdigkeit, Kraftlosigkeit, ständiges Grübeln, Antriebs- und Freudlosigkeit, sozialen Rückzug, vermindertes Selbstvertrauen sowie Selbstvorwürfe und Schuldgefühle. Hinzu kämen eine schwere Ein- und Durchschlafstörung sowie kurze Anfälle von Bewusstseinsverlust. Es gelinge der Beschwerdeführerin nur unter grösster Anstrengung, eine Tagesstruktur aufrecht zu erhalten. Ihre Ressourcen reichten derzeit nicht aus, um sich allein um den Haushalt zu kümmern. Sie leide unter vielen Sorgen und Ängsten. Nach wie vor bestehe eine sehr hohe Belastung auf Grund der finanziellen Schwierigkeiten sowie der psychischen und physischen Instabilität des Ehemannes. Im aktuellen BDI-II würden 54 Punkte erreicht, womit sich der depressive Zustand sogar leicht verschlechtert habe. Die Beschwerdeführerin erscheine regelmässig ein- bis zweimal im Monat zur psychotherapeutischen Sitzung und werde mit 20 mg Escitalopram behandelt. Es sei keine Zustandsverbesserung eingetreten. Eigentlich sehe man die Beschwerdeführerin als therapieresistent an. Eine stationäre Behandlung wäre auf Grund der schwierigen familiären Situation kontraindiziert und würde zu einer Verschlimmerung führen. Einer beruflichen Eingliederung stehe man wegen des stagnierenden Verlaufs negativ gegenüber.

4.5.2 Der Bericht von Dr. med. K.____ vom 10. Februar 2022 (BB-Nr. 5) enthielt folgende Diagnosen:

Im Vordergrund stünden starke depressive Symptome wie Erschöpfung und Konzentrationsstörungen. Die Beschwerdeführerin sei stark auf die Hilfe ihrer Familie angewiesen. Die tiefen Eisenwerte verstärkten die Müdigkeit noch. Die Diät zufolge der Lactoseintoleranz sei moralisch und finanziell belastend. Die Schilddrüse erfordere eine Medikation und regelmässige Laboruntersuchungen. Sie bitte, das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin vor dem Hintergrund der psychischen Situation und der begleitenden somatischen Beschwerden wohlwollend zu prüfen.

E. 4.6

4.6.1 Das B.____-Gutachten geniesst vollen Beweiswert, entspricht es doch vollumfänglich den Anforderungen der Rechtsprechung (s. E. II. 3.4 hiervor): Das Gutachten stammt von zwei unabhängigen Experten auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie, welche die Beschwerdeführerin zu ihren subjektiven Beschwerden, ihren Lebensumständen sowie ihrer Vorgeschichte befragten (E. II. 4.3.1 hiervor), die objektiven Befunde erhoben (E. II. 4.3.3 hiervor) und die wesentlichen Vorakten zur Kenntnis nahmen (IV-Nr. 59.1 S. 5 ■ 10). Auf dieser Grundlage befassten sich die Experten sodann eingehend mit dem Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (E. II. 4.3.4 ■ 4.3.9 hiervor). Die Experten gelangten zum Schluss, das demonstrative und nicht authentische Verhalten der Beschwerdeführerin verhindere eine Objektivierung und diagnostische Einordnung der Symptomatik und damit auch verlässliche Aussagen zur Arbeitsfähigkeit. Dies wird unter Bezugnahme auf die Feststellungen während der Untersuchung sowie die

Akten ausführlich und überzeugend begründet. Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, dringt nicht durch:

4.6.1.1 An der Verhandlung macht der Vertreter der Beschwerdeführerin geltend, diese sei bei der Begutachtung von einem Griechen befragt worden, also Herrn D. _____. Diesem habe aber damals der Facharztstitel gefehlt. Aus dem B. ____-Gutachten gehe nicht hervor, ob D. ____ oder Dr. med. C. ____ die Exploration durchgeführt habe. Wenn Herr D. ____ tatsächlich die Untersuchung übernommen habe, so wäre das Gutachten schon aus diesem Grund mangelhaft und nicht verwertbar (A.S. 46).

Richtig ist, dass Herr D. ____, der das Gutachten mitunterzeichnet hatte, gemäss Medizinalberuferegister damals noch über keinen Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie verfügte (s. BB-Nrn. 7 + 8 sowie A.S. 50). Dies schadet aber nichts. Der Gutachter hat die grundlegenden Aufgaben im Rahmen einer medizinischen Expertise persönlich zu erfüllen. Zu diesen Aufgaben, die nicht delegiert werden können, gehört nicht nur die kritische Analyse des gesamten Dossiers oder die Gedankenarbeit hinsichtlich der Beurteilung des Falles, sondern auch die Untersuchung der zu begutachtenden Person. Demgegenüber ist es zulässig, für untergeordnete Hilfsarbeiten (wie z.B. technische Aufgaben, Recherche oder Schreibearbeiten) Hilfspersonen beizuziehen, solange die Verantwortung für die Expertise, insbesondere die Begründung und die Schlussfolgerungen sowie die Beantwortung der Gutachterfragen, in den Händen des Gutachters bleibt (Urteil des Bundesgerichts 9C_525/2020 vom 29. April 2021 E. 4.1.2). Dies ist hier der Fall, denn Dr. med. C. ____ teilte dem Gericht am 23. Mai 2022 mit (A.S. 50), er habe das Gutachten persönlich erstellt. Herr D. ____ sei im Rahmen der Aus- und Weiterbildung beigezogen worden. Die Aufnahme der Anamnese und die Erhebung des Psychostatus seien vollumfänglich durch ihn, Dr. med. C. ____, erfolgt, wobei Herr D. ____ anwesend gewesen sei. Die Verantwortung für das B. ____-Gutachten lag somit allein beim qualifizierten fachärztlichen Experten Dr. med. C. ____, während Herr D. ____ im Rahmen seiner Mitwirkung keine dem Experten vorbehaltenen Aufgaben in Eigenregie übernahm. Es besteht kein Anlass, an der klaren und unmissverständlichen Auskunft von Dr. med. C. ____ zu zweifeln, zumal die Parteien dagegen keine Einwände erhoben haben. Die Behauptung der Beschwerdeführerin, die Exploration sei durch Herrn D. ____ erfolgt, erweist sich folglich als unzutreffend. Weitere Beweismassnahmen in Form der beantragten Partei- und Zeugenbefragung sind nicht erforderlich.

4.6.1.2 Die Berichte von Dr. med. G. ____ und Dr. med. E. ____ vom 23. August resp. 22. November 2019 (E. 4.2.1.1 + 4.2.1.3 hiervor) vermögen keine Zweifel am Gutachten zu erwecken. Der Umstand, dass ein Administrativgutachten und die Berichte der behandelnden (Fach-) Ärzte in Bezug auf Diagnose und Einschätzung der noch zumutbaren Arbeitsfähigkeit diametral voneinander abweichen, heisst nicht, dass das Gutachten in Frage zu stellen ist und weitere Abklärungen erforderlich sind. Dafür müssten sich aus den Arztberichten konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens ergeben (Urteil des Bundesgerichts 9C_761/2018 vom 25. Januar 2019 E. 4.2), d.h. objektiv feststellbare Gesichtspunkte, die von den Experten nicht erkannt oder gewürdigt wurden und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen. Dies ist hier nicht der Fall. Die Experten haben sich mit den besagten Berichten im Detail befasst (E. II. 4.3.4 f. hiervor) und erläutert, warum sie den dortigen Aussagen nicht folgen. Sie verweisen dabei einerseits zutreffend auf die unkritische Übernahme der subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin durch die Therapeuten, ist es doch versicherungsmedizinisch unabdingbar, solche Angaben,

auch wenn sie glaubhaft erscheinen mögen, mit objektiven Befunden zu untermauern (s. Urteil des Bundesgerichts 9C_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2). Andererseits legen die Experten dar, dass die Kriterien gemäss ICD-10 für die von den Dres. G.____ und E.____ gestellten Diagnosen nicht erfüllt sind. Im Übrigen ist auch auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag hinzuweisen. Die behandelnden Medizinalpersonen haben sich in erster Linie auf die Behandlung der versicherten Personen zu konzentrieren; ihre Berichte verfolgen nicht den Zweck einer objektiven Beurteilung des Gesundheitszustands, welche einen abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubt (Urteil des Bundesgerichts 9C_248/2017 vom 15. Februar 2018 E. 6.2.1). An dieser Würdigung des Gerichts vermag auch der nach dem Gutachten ergangene Bericht von Dr. med. G.____ vom 22. August 2021 (E. II. 4.5.1 hiervor) nichts zu ändern, bietet er doch gegenüber den früheren Berichten keine wesentlichen neuen Erkenntnisse. Dr. med. G.____ bekräftigt vielmehr weitestgehend seine Ausführungen im Bericht vom 23. August 2019, welche im B.____-Gutachten verworfen worden waren. Er befasst sich weder konkret mit den Schlussfolgerungen der Experten noch kann er dartun, dass es seit der Begutachtung zu einer relevanten gesundheitlichen Verschlimmerung gekommen sei. Eine solche lässt sich auch nicht aus der gegenüber früher höheren Punktzahl im BDI-II ableiten, auf welche Dr. med. G.____ verweist. Dieses Testergebnis ist für sich allein genommen nicht massgeblich, denn einem testmässigen Erfassen der Psychopathologie kann im Rahmen der psychiatrischen Exploration generell nur ergänzende Funktion zukommen. Ausschlaggebend ist vielmehr die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts 8C_370/2020 vom 15. Oktober 2020 E. 5.2). Auf dieser Grundlage wurde aber im Gutachten überzeugend dargelegt, dass sich keine gesicherten Diagnosen stellen lassen.

4.6.1.3 Richtig ist, dass das B.____-Gutachten lediglich Verdachtsdiagnosen enthält und von verbindlichen Aussagen zur Arbeitsfähigkeit absieht. Daraus ergibt sich aber nichts für die Beschwerdeführerin. Der Sachverständige soll einmal keine Sicherheit vortäuschen, die es gar nicht gibt; die Beweiskraft eines Gutachtens wird dadurch, dass es sich der Schwierigkeiten bei der Einschätzung der Situation bewusst ist, nicht geschmälert, sondern vielmehr erhöht (Urteil des Bundesgerichts 9C_464/2013 vom 11. Oktober 2013 E. 3.2.3). Entscheidend ist aber, dass die Experten die von Dr. med. E.____ gestellten Diagnosen verworfen haben, weil die einschlägigen Kriterien nicht nachweisbar seien. Die Verdachtsdiagnosen im Gutachten sind daher so zu verstehen, dass allenfalls diese Leiden vorliegen könnten, aber keine anderen, gravierenderen. Ausserdem geht die Ungewissheit bei der Diagnostik gemäss Gutachten auf das Verhalten der Beschwerdeführerin zurück, d.h. auf die sehr demonstrative und unauthentisch wirkende Beschwerdepräsentation während der Begutachtung sowie die trotz Nachfrage vagen Angaben z.B. zu psychosozialen Belastungsfaktoren. Kann aber aus diesem Grund ein für die Arbeitsfähigkeit relevantes Leiden nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden, so wirkt sich dies zu Lasten der Beschwerdeführerin aus, d.h. es darf auf weitere psychiatrische Abklärungen verzichtet werden, ohne den Untersuchungsgrundsatz zu verletzen (s. Urteil des Bundesgerichts 9C_836/2019 vom 15. Juni 2020 E. 4.3 und 9C_659/2017 E. 4.4).

4.6.1.4 Selbst wenn die Experten eine leichtgradige depressive Episode und eine Konversionsstörung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit diagnostizieren könnten, so

wäre eine Arbeitsunfähigkeit anhand der Indikatorenprüfung zu verneinen: Es finden sich keine besonders ausgeprägten objektivierbaren Befunde, präsentierte sich doch der Psychostatus bei der Begutachtung weitgehend unauffällig (E. II. 4.3.3 hiervor). Eine Persönlichkeitsakzentuierung verneinten die Experten. Der von der Beschwerdeführerin eingereichte Auszug offenbar aus einem Gutachten der Gutachterstelle M.____, wonach eine Persönlichkeitsstörung sich auch nach einer langen stabilen Phase manifestieren könne (BB-Nr. 3), ist unbehelflich, da sich dieses Gutachten nicht auf den vorliegenden Fall bezieht, der Zusammenhang der Textstelle nicht ersichtlich ist und der Autor unbekannt bleibt. Ein umfassender sozialer Rückzug, wie er behauptet wird, liegt nicht vor; die Beschwerdeführerin gibt zwar an, das Haus meist nur noch für ihre monatlichen Therapiesitzungen zu verlassen, berichtet dann aber an anderer Stelle, sie sei mit einer Kollegin unterwegs gewesen oder besuche ihre Mutter (E. II. 4.3.1 hiervor). Weiter bestehen zwischen der Beschwerdeschilderung und dem beobachteten Verhalten der Beschwerdeführerin diverse Inkonsistenzen, wobei ihre Angaben auch in sich widersprüchlich sind. Dies wird im Gutachten ausführlich dargestellt (s. namentlich E. II. 4.3.4 + 4.3.8 hiervor), etwa wenn die Beschwerdeführerin angibt, daheim nichts mehr zu machen und keinen Appetit zu haben, dann aber auf die Kinder aufpasst und nicht ab-, sondern zunimmt (E. II. 4.3.1 + 4.3.2 hiervor). Auch ein Leidensdruck, wie er nach den geschilderten Beschwerden zu erwarten wäre, ist nicht ersichtlich. Die Beschwerdeführerin bemühte sich nie, ihre Psychotherapie zu intensivieren, indem sie eine stationäre resp. halbstationäre Behandlung ablehnte und sich mit ambulanten Gesprächen alle zwei bis vier Wochen begnügte, was nicht als engmaschige Begleitung gelten kann. Auch an einer ausgebauten Behandlung mit Psychopharmaka zeigte die Beschwerdeführerin kein Interesse; sie erhält lediglich ein einziges Medikament verschrieben, welches sie gemäss Blutspiegel nicht in wirksamer Dosierung einnimmt (E. II. 4.3.8 hiervor). Somit sind bislang noch nicht alle Behandlungsoptionen ausgeschöpft worden.

Eine Einschränkung des Leistungsvermögens lässt sich somit im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens nicht begründen.

4.6.2 Die Beschwerdeführerin macht weiter geltend, ein monodisziplinäres psychiatrisches Gutachten reiche nicht aus, da es auch somatische Gesichtspunkte gebe, die zu klären seien. Die Beschwerdeführerin ist in der Tat noch nie polydisziplinär begutachtet worden. Eine interdisziplinäre Vorgehensweise ist jedoch nicht stets dann geboten, wenn Diagnosen aus verschiedenen Disziplinen gestellt werden, sondern nur dort, wo die verschiedenartigen Leiden für sich und in ihrem Zusammenwirken invalidisierend wirken können (Urteil des Bundesgerichts 9C_330/2018 vom 5. Februar 2019 E. 5.1.1). Dies ist hier nicht der Fall. Die Hausärztin spricht zwar einerseits von rezidivierenden Synkopen (E. II. 4.2.1.5 hiervor). Diese waren jedoch schon bei der Erstanmeldung bekannt, wobei damals keine neurologische Ursache entdeckt werden konnte (s. E. II. 4.2.1.4 hiervor). Andererseits ist neu von einer Hashimoto Thyreoditis die Rede. Die Hausärztin führt dieses Leiden zwar unter den Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit an. Daraus ergibt sich jedoch nichts für die Beschwerdeführerin; entscheidend ist vielmehr, dass die Hausärztin sie ausdrücklich als körperlich gesund bezeichnet und festhält, es laufe keine spezielle somatische Behandlung (E. II. 4.2.1.5 hiervor). Im neuen Bericht vom 10. Februar 2022 wiederholt Dr. med. K.____ die Diagnosen aus dem früheren Bericht. Zusätzliche Erkenntnisse ergeben sich hier keine. Soweit Dr. med. K.____ andeuten will, es gebe Wechselwirkungen zwischen psychischen und somatischen Leiden, verfängt dies schon

deshalb nicht, weil es an einer Begründung fehlt. Darauf, dass laut Gutachten gar keine gesicherten psychiatrischen Diagnosen vorliegen, geht Dr. med. K.____ nicht ein.

Vor diesem Hintergrund besteht in somatischer Hinsicht kein Abklärungsbedarf, so dass das vorliegende psychiatrische Gutachten ausreicht, um den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin abschliessend zu beurteilen.

4.7 Zusammenfassend fehlt es an einer Arbeitsunfähigkeit, aus der sich überhaupt eine Invalidität ergeben könnte. Demgemäss entfällt auch ein Anspruch auf eine Rente sowie auf berufliche Eingliederungsmassnahmen, ohne dass ein Einkommensvergleich durchgeführt oder geprüft werden müsste, ob seit 2015 eine Veränderung eingetreten ist.

E. 4.8

4.8.1 Da die Beschwerdeführerin unterlegen ist, entschädigt der Kanton ihren unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a Schweizerische Zivilprozessordnung / ZPO, SR 272). Das Gericht setzt die Kostenforderung des Rechtsbeistands fest, wobei der Stundenansatz CHF 180.00 beträgt (§ 160 Abs. 3 i.V.m. § 161 Gebührentarif / GT, BGS 615.11).

4.8.2 Die vom Vertreter der Beschwerdeführerin eingereichte Kostennote vom 4. Mai 2022 (A.S. 43 f.) weist einen Zeitaufwand von 15,33 Stunden aus. Dieser beinhaltet jedoch auch reinen Kanzleiaufwand, der im Stundenansatz eines Anwaltes bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist, nämlich die Klientenbriefe («Brief an Klientin»), bei denen mangels eindeutiger Bezeichnung praxisgemäss von Orientierungskopien u.ä. auszugehen ist. Die entsprechenden Positionen sind folglich zu streichen ($9 \times 0,17 = 1,53$ Stunden), womit ein anrechenbarer Aufwand von 13,8 Stunden verbleibt. Daraus ergibt sich mit dem armenrechtlichen Ansatz von CHF 180.00 eine Entschädigung von CHF 2'484.00.

Was die Auslagen über insgesamt CHF 107.30 betrifft, so sind die 80 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Die Auslagen reduzieren sich so auf CHF 67.30.

Einschliesslich CHF 196.45 Mehrwertsteuer (7,7 % seit 1. Januar 2018) beläuft sich die Entschädigung demnach auf total CHF 2'747.75.

4.8.3 Vorbehalten bleiben der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 1'040.40 (Differenz zum vollen Honorar von CHF 3'788.15), wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes richtet sich dabei nach einem Stundenansatz von CHF 250.00, wie er in der Kostennote geltend gemacht wird und am 25. August 2021 zwischen der Beschwerdeführerin und ihrem Vertreter vereinbart worden ist (A.S. 19).

5. Das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht ist kostenpflichtig, sofern es sich wie hier um Streitigkeiten betreffend die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung handelt. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1bis IVG).

Die unterlegene Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege ab

Prozessbeginn durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

2. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistands der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Claude Wyssmann, Oensingen, wird auf CHF 2'747.75 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleiben der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistands im Umfang von CHF 1'040.40 (Differenz zum vollen Honorar), wenn die Beschwerdeführerin A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

3. Die Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn die Beschwerdeführerin A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb 30 Tageseit 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 Zwischenentscheidungen (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

Haldemann

E. 5

Verdacht auf Somatisierungsstörung (F45.0) Seit dem letzten Bericht im Juli 2015 erscheine die Beschwerdeführerin regelmässig ein- bis zweimal im Monat zur psychotherapeutischen Sitzung und werde mit 20 mg Escitalopram behandelt. Es sei keine Verbesserung der Symptome erreicht worden. Im BDI-II vom 9. Juli 2019 erreiche die Beschwerdeführerin 43 Punkte, wobei der Cut-off für eine schwere depressive Episode bei 29 liege. Die Beschwerdeführerin erfülle alle zehn Kriterien nach ICD-10 für eine schwere depressive Episode (depressive Stimmung, Interessen- und Freudverlust, verminderter Antrieb und gesteigerte Ermüdbarkeit, Verlust des Selbstvertrauens / Selbstwertgefühls, unbegründete Selbstvorwürfe und unangemessene Schuldgefühle, wiederkehrende Gedanken an den Tod, Klagen über vermindertes Denk- und Konzentrationsvermögen, psychomotorische Hemmung, Ein- und Durchschlafstörungen sowie Appetitverlust). Die depressive Symptomatik zeige sich insbesondere in einer Antriebslosigkeit, in einer eingeschränkten Belastbarkeit, welche sich als rasche Erschöpfung äussere, und in einer ausgeprägten Müdigkeit. Es gelinge der Beschwerdeführerin kaum, eine Tagesstruktur

aufrecht zu erhalten und sich um die Kinder und den Haushalt zu kümmern. Die Ressourcen reichten nicht für eine berufliche Herausforderung. Es bestehe eine hohe soziale Belastung auf Grund der finanziellen Schwierigkeiten, der psychischen und physischen Instabilität des Ehemannes sowie dessen drohender Ausweisung. Der Beschwerdeführerin sei bewusst, dass die Ausschaffung ihres Mannes verhindert würde, wenn sie arbeiten könnte. Sie schaffe dies jedoch wegen der schweren chronifizierten Depression nicht. Die prädisponierende Persönlichkeitsstruktur, die geringe Introspektionsfähigkeit und die starke Somatisierung verhinderten den Aufbau von Skills und Copingstrategien, um die Depression zu bewältigen. Diesbezüglich würde die Beschwerdeführerin auch in einem stationären Setting kaum profitieren.

4.2.1.2 Dr. med. I.____, Fachärztin für Chirurgie / Praktische Ärztin beim Regionalen Ärztlichen Dienst der Invalidenversicherung (RAD), hielt in ihrer Stellungnahme vom 1. Oktober 2019 (IV-Nr. 22) dafür, vergleiche man die Berichte von Dr. med. E.____ vom Juni 2015 und August 2019, so lasse sich eine Verschlechterung nicht sicher ableiten. Damals wie heute handle es sich um einen depressiven Zustand mit Grübelneigung, rascher Erschöpfung, Müdigkeit und Schlafstörungen. Da bisher keine medizinische Abklärung erfolgt sei, lasse sich aus medizinischer Sicht kein echter Vergleich der Zustandsbilder von 2015 mit den aktuellen durchführen.

4.2.1.3 Dr. med. E.____ bekräftigte in seinem Bericht vom 22. November 2019 (IV-Nr. 34) die früheren Angaben. Die Beschwerdeführerin sei seit Januar 2015 vollständig arbeitsunfähig. Auf Grund der chronifizierten Depression, vor allem auch wegen der Bewusstseinsausfälle, könne die Beschwerdeführerin z.B. keine Maschinen bedienen oder in jeglicher Tätigkeit eine konstante Leistung aufrechterhalten. Auch eine angepasste Tätigkeit komme nicht in Frage. Ressourcen für eine Eingliederung seien keine vorhanden. Die Beschwerdeführerin sei in den letzten Jahren auch sozial und in der Freizeit eingeschränkt. Dazu reichten ihre Kraftressourcen nicht und sie fühle sich zu lust- und antriebslos.

4.2.1.4 Dr. med. J.____, Fachärztin für Neurologie, teilte der Beschwerdegegnerin am 27. November 2019 mit, sie habe die Beschwerdeführerin nur am 30. September 2014 gesehen (IV-Nr. 35). Der Bericht von diesem Tag (IV-Nr. 36) enthielt folgende Diagnosen: · Rezidivierende Synkopen, differentialdiagnostisch orthostatisch, rhythmogen (detaillierte neurologische Untersuchung sowie Echokardiographie und 24 Stunden-EKG unauffällig, keine Hinweise für epileptische Anfälle) · Migräne ohne Aura, fast täglich, bei Medikamentenübergebrauch · Verdacht auf Depression · Durchschlafstörung

4.2.1.5 Der Bericht von Dr. med. K.____ vom 2. Dezember 2019 (IV-Nr. 37) enthielt folgende Diagnosen: Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit · Depressive Störung (bei schwieriger Lebenssituation) · Rezidivierende Synkopen · Hashimoto Thyreoditis Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit · Lactoseintoleranz homozygot · Eisenmangelanämie · Status nach Hp pos Gastritis mit Eradikation (Dezember 2015) Die Beschwerdeführerin sei körperlich gesund und befinde sich diesbezüglich in keiner speziellen Behandlung. Gut wäre ein Arbeitsversuch mit maximal drei bis vier Stunden pro Tag. Die Traurigkeit, Müdigkeit und der schlechte Bildungsstand stünden einer Eingliederung im Weg.

4.3 Dem Gutachten der B.____ vom 19. Juni 2020 (IV-Nr. 59.1) liessen sich folgende Diagnosen entnehmen (S. 18): · Verdacht auf depressive Episode (F32.0), aktuell leichtgradig, chronischer Verlauf · Verdacht auf Konversionsstörung mit dissoziativen Anfällen (44.5)

4.3.1 Die Beschwerdeführerin gab an, sie könne unter keinen Umständen arbeiten (S. 12). Es gehe ihr nicht gut. Sie leide seit sechs Jahren unter Ein- und Durchschlafstörungen und bekomme pro Nacht durchschnittlich nur 2,5 Stunden Schlaf. Zusätzlich leide sie unter heftigen stechenden Magenschmerzen und ständiger Übelkeit.

Weiter werde sie sehr oft, mindestens einmal pro Monat, plötzlich und ohne Grund für zwei bis drei Minuten bewusstlos bzw. ohnmächtig, letztmals vor drei Wochen, als sie auf die Strasse gefallen und erst am Boden liegend wieder aufgewacht sei. Einmal sei sie z.B. mit einer Kollegin unterwegs gewesen, welche ihr nachträglich geschildert habe, was passiert sei. Ihrer Hausärztin habe sie nicht von diesen Attacken berichtet. Sie leide auch unter Brustschmerzen, wie wenn sich die Brust zusammenziehe. Die Hausärztin habe hier keine Auffälligkeiten festgestellt. Darüber hinaus bestünden starke anhaltende Kopfschmerzen. Auch aktuell habe sie Schmerzen, die sie auf einer Skala von eins bis zehn mit einer fünf angeben würde. Es gehe ihr nie ganz gut und normalerweise sogar noch schlechter als jetzt. Deswegen habe sie teilweise auch Suizidgedanken. Nur wegen der Kinder bringe sie sich nicht um. Ihr Mann sei schwer krank und leide u.a. an einem Morbus Behcet (S. 10). Ständig mache sie sich Sorgen um ihre Kinder und die schlechte finanzielle Situation. Ihr Appetit sei vermindert, das Gewicht aber gestiegen. Sie habe keine Hobbies mehr; früher habe sie im Chor gesungen, dies mache ihr jedoch momentan keinen Spass. Sie sei eher zurückgezogen, selbst zu den Kindern habe sie kaum Kontakt (S. 11). Sie wohne zusammen mit dem Ehemann und den drei Kindern und lebe seit Jahren von Sozialhilfe. Ihre Mutter besuche sie höchstens einmal im Monat. Direkt nach dem Aufstehen um 8:00 Uhr lege sie sich ohne Frühstück in der Stube auf das Sofa. Sie mache nichts im Haushalt. Ihr Ehemann kümmere sich trotz seiner gesundheitlichen Einschränkungen um die Kinder, kaufe ein, koche usw. Sie verbringe den ganzen Tag auf dem Sofa und schaue den ganzen Tag nur fern. Oft esse sie weder am Mittag noch am Abend etwas. Ihre Termine erledige sie meistens zu Fuss oder werde vom Ehemann gefahren. Kleider kaufe sie sich keine mehr. Meist verlasse sie das Haus nur wegen der Termine bei ihrer Psychologin, welche noch einmal im Monat stattfänden. Sie befinde sich seit 2015 in Behandlung und habe bereits verschiedene Medikamente wie z.B. Trazodon ausprobiert. Aktuell nehme sie 20 mg Escitalopram pro Tag, was ihr kaum helfe, aber wenigstens etwas ruhiger mache. Obwohl es ihr schlechter gehe, wolle sie nicht in eine Klinik oder Tagesklinik, weil sie der Meinung sei, dass man ihr dort nicht helfen können und sie nicht von ihrer Familie getrennt sein wolle (S. 12).

4.3.2 Das Gutachten hielt fest, der Ehemann habe den Begutachtungstermin vom 10. Februar 2020 am 06. Februar 2020 telefonisch abgesagt, da seine Frau die Kinder hüten müsse. In der Folge habe man bis 11. Februar 2020 insgesamt siebenmal erfolglos versucht, die Beschwerdeführerin oder ihren Mann telefonisch zu erreichen. Auf den Brief vom 11. Februar 2020 hin habe der Ehemann am 18. Februar 2020 mitgeteilt, das Telefon sei gesperrt gewesen. Am Tag des neuen Termins vom 24. Februar 2020 habe sich die Beschwerdeführerin per Telefon abgemeldet, da sie krank sei. Zum nächsten Termin am 9. März 2020 sei sie nicht erschienen, wobei sie erst später erklärt habe, dass sie den 10. März 2020 eingetragen habe, obwohl die Einladung korrekt auf den 9. März 2020 datiert gewesen sei. Der neue Termin am 6. April 2020 habe dann wegen der Coronapandemie abgesagt werden müssen. Am 26. Mai 2020 schliesslich seien die Beschwerdeführerin und ihr Ehemann pünktlich erschienen, aber am falschen Standort der B.____, weshalb die Begutachtung mit ca. einer Stunde Verspätung angefangen habe (S. 13 f.). Bei Bedarf habe ein Dolmetscher übersetzt, die Beschwerdeführerin habe sich aber recht gut und verständlich auf Deutsch mitteilen können, und auch ihr Sprachverständnis sei als ausreichend erschienen. Die Beschwerdeführerin sei problemlos in der Lage, sich für die Blutabnahme und die körperliche Untersuchung zu einem etwa 100 m entfernten Gebäude zu begeben. Die anschließende Befragung von ca. 14:00 bis 16:00 Uhr bewältigte sie ohne Pausen oder sichtbare Beeinträchtigung. Während der Untersuchung wirke die

Beschwerdeführerin weder angestrengt noch schmerzgeplagt. Ihre Antworten und die Schilderung der Beschwerden blieben oft sehr vage und unkonkret, dies unabhängig davon, ob der Dolmetscher übersetze oder nicht. Daher hätten sich trotz mehrfacher Nachfrage viele Angaben nicht konkretisieren lassen (S. 14).

4.3.3 Was den psychiatrischen Befund angehe, so ergebe die Untersuchung keinen Anhalt für Bewusstseins-, Orientierungs-, Auffassungs-, Konzentrations- oder Merkfähigkeitsstörungen. Ebenso wenig bestünden formale Denkstörungen, Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Die Stimmungslage erscheine als unauffällig. Die Beschwerdeführerin lege eine ausgeprägte Klagsamkeit an den Tag, die sich aber überwiegend auf ihre körperlichen Symptome beziehe. Trotzdem erscheine sie voll schwingungsfähig und nicht im eigentlichen Sinne depressiv verstimmt. Bezüglich der Zukunft und des Umgangs mit ihrer schwierigen Situation sei sie etwas ängstlich, aber vor allem ratlos. Die Psychomotorik und der Antrieb präsentierten sich ungestört; die Beschwerdeführerin berichte eine völlige Kraft- und Antriebslosigkeit, die man so aber kaum nachvollziehen könne. Während der Untersuchung unterstreiche sie ihre Beschwerden häufig gestenreich und betone dabei immer wieder die subjektive Schwere der Symptome. Im Gegensatz dazu liessen sich die geschilderten Beschwerden dann aber kaum konkretisieren. Zirkadiane Besonderheiten fehlten. Aggressivität bestehe keine. Es lägen weder eine akute noch eine latente Suizidalität und auch keine Selbstverletzung vor (S. 14). Der Schlaf sei schwer gestört und es bestehe ein nahezu vollständiger sozialer Rückzug. Die orientierende neurologische Untersuchung erbringe keine Hinweise auf eine Einschränkung der höheren kognitiven Funktionen. Es zeigten sich ein unauffälliger Hirnnervenstatus und eine regelrechte Motorik ohne Pyramidenbahnzeichen. Störungen der Sensibilität oder der Koordination liessen sich nicht finden. Stand und Gang seien unbeeinträchtigt. Im Blutspiegel liege Escitalopram mit 3 ng/ml deutlich unter dem Referenzwert von 15 – 80 ng/ml (S. 15).

4.3.4 Der behandelnde Psychiater habe im August 2019 festgehalten, dass aktuell alle zehn Kriterien einer schweren Depression erfüllt seien. Dabei übernehme er allerdings die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ohne kritische Würdigung, was im versicherungsmedizinischen Kontext problematisch sei. Die Erhebung von psychiatrischen Symptomen beruhe zwar tatsächlich zu einem sehr großen Teil auf den subjektiven Angaben der Exploranden, aber umso wichtiger erscheine es, diese Angaben nicht nur aufzunehmen, sondern sie auch zu validieren, d.h. es müsse geprüft werden, ob sie in sich stimmig und plausibel seien und z.B. zu den beobachtbaren Symptomen oder zusätzlichen Informationen aus der Krankengeschichte passten. In der Auflistung des behandelnden Psychiaters, die das Vorhandensein der Diagnosekriterien belegen solle, würden indes Widersprüche zwischen den Angaben der Beschwerdeführerin und den eigenen Beobachtungen deutlich. So beschreibe der Psychiater u.a., die beklagte depressive Stimmung (Kriterium 1) sei in der Untersuchung nicht sichtbar und die Schwingungsfähigkeit erhalten. Bei der Herleitung des angeblichen Interessenverlustes (Kriterium 2) erwähne er, die Beschwerdeführerin habe sich früher für Kleidung interessiert habe, was ihr nun keine Freude mehr bereite. An anderer Stelle hebe der Psychiater aber den Umstand hervor, dass sie stets gepflegt und betont weiblich gekleidet sei. Die Herleitung der Kriterien 3 bis 6 beruhe ausschließlich auf den Angaben der Beschwerdeführerin. Der Psychiater attestiere kognitive Einschränkungen (Kriterium 7), obwohl er explizit erwähne, dass er diese nicht beobachten könne. Als Beleg für psychomotorischen Auffälligkeiten (Kriterium 8) schildere er Taubheitsgefühle usw. und übernehme dann auch die Angaben der Beschwerdeführerin zu ihren Schlafstörungen (Kriterium 9). Auch ihre widersprüchliche Aussage zum Kriterium 10, dass sie zwar keinen

Appetit habe, aber immer wieder etwas esse, übernehme der Psychiater ohne weitere Einordnung. In der hiesigen Exploration stünden zunächst vor allem körperliche Symptome im Vordergrund. Erst später erwähne die Beschwerdeführerin dann im Zusammenhang mit ihren Belastungsfaktoren Gedanken an den Tod, wobei sie diese Aussage schon im nächsten Satz deutlich relativiere. Die Stimmungslage zeige sich sehr klagsam bezüglich der körperlichen Symptome, aber unabhängig davon eigentlich recht ausgeglichen. Die Schwingungsfähigkeit sei gut erhalten (S. 16). Die Beschwerdeführerin beschreibe zwar einen Verlust an Interessen und eine deutliche Ermüdbarkeit, eigentliche Insuffizienz- oder Schuldgefühle, eine psychomotorische Anspannung oder Hemmung würden aber nicht deutlich. Die beklagten sehr unspezifischen kognitiven Symptome in Form einer gewissen Blockade, liessen sich nicht mit den typischerweise doch deutlich detaillierteren Beschreibungen solcher Symptome im Rahmen einer depressiven Pseudodemenz in Einklang bringen. Auch die Angaben zu der seit sechs Jahren unverändert bestehenden sehr ausgeprägten Schlafstörung erschienen angesichts des ansonsten kaum beeinträchtigten klinischen Bildes zumindest fragwürdig. Darüber hinaus beklage die Beschwerdeführerin zwar einen Verlust des Appetits, aber gleichzeitig sei es zu einer Gewichtszunahme gekommen. Angesichts der teils sehr demonstrativ wirkenden Beschwerdeschilderung und des deutlichen Kontrasts zwischen den beklagten und den beobachtbaren Symptomen, erscheine es zusammenfassend kaum möglich, überhaupt eine mittelgradige oder gar eine schwere depressive Symptomatik zu bestätigen, da man bei diesem Schweregrad klare und eindeutige Symptome erwarten würde, die auch in der Untersuchung nachvollziehbar seien. Gleichzeitig könne man natürlich nicht sicher ausschliessen, dass eine gewisse depressive Symptomatik vorliege, die aber durch die sehr demonstrative Präsentation verdeckt werde (S. 17).

4.3.5 Neben der schweren Depression diagnostiziere der Psychiater 2019 auch eine Insomnie. Da Schlafstörungen ein häufiges Symptom vieler psychischer Störungen seien, schlage die ICD-10-Klassifikation vor, diese nur als eigenes Störungsbild zu klassifizieren, wenn die Schlafstörungen das klinische Bild beherrschten. Angesichts der unspezifischen Beschwerdepräsentation sei dies hier nicht der Fall. Zudem verweise der Bericht von 2019 auf eine sonstige dissoziative Störung, wobei unklar bleibe, welche der Unterkategorien nach ICD-10 gemeint seien. Das wesentliche Merkmal einer dissoziativen Störung seien Störungen der Erinnerung, der Kontrolle über Bewegungen oder der Wahrnehmung von Empfindungen. Körperliche Ursachen dieser Symptome würden dabei nicht gefunden, und häufig verberge sich hinter den Ausfällen ein offensichtlicher Ausdruck von emotionalen Konflikten oder Bedürfnissen. Die von der Beschwerdeführerin geschilderten Attacken, in denen sie das Bewusstsein verliere, könnten anhand dieser Kriterien tatsächlich z.B. im Rahmen eines dissoziativen Anfalls erklärt werden, da keine somatische Ursache bestätigt sei (S. 17). Letztlich sei aber auch diese Zuordnung kaum möglich, da es aus den sechs Jahren, in denen sich diese Episoden angeblich in monatlichen Abständen ereignet hätten, keine einzige fremdanamnestic Bestätigung solcher Anfälle gebe, die eine bessere syndromale Zuordnung überhaupt erst ermöglichen würde (S. 17 f.). Ähnliche Überlegungen würden auch für die Verdachtsdiagnose einer somatoformen Störung (F45.0) gelten. Zwar schienen auch hier einzelne Kriterien einer solchen Störung erfüllt zu sein, nämlich die anhaltende Klage über körperliche Beschwerden ohne erklärendes somatisches Korrelat, gleichzeitig lasse sich aber ein anderes sehr zentrales Kriterium, nämlich der wiederholte und anhaltende Wunsch nach einer medizinischen Bestätigung und Abklärung dieser Beschwerden, eben nicht nachvollziehen. Daher könne man auch diese Diagnosen nicht bestätigen. Dasselbe gelte für die vom Psychiater festgehaltene

Persönlichkeitsakzentuierung. Diese Diagnose lasse sich kaum schlüssig nachvollziehen, da sowohl die soziale als auch die berufliche Biographie der Explorandin bis zum Alter von 41 Jahren völlig unauffällig gewesen sei (S. 18).

4.3.6 Zusammenfassend sei angesichts der sehr demonstrativen und unauthentisch wirkenden Beschwerdepräsentation eine klare diagnostische Zuordnung der Beschwerden kaum möglich. Eine leichte depressive Störung könne man kaum ausschliessen, aber eine relevante mittelgradige oder gar schwere Depression lasse sich nicht bestätigen. Zudem wäre allenfalls eine Konversionsstörung zu diskutieren, wobei aber auch hier die Grundlage anhand der Krankengeschichte und der Untersuchung als recht unsicher erscheine. Die anderen genannten Diagnosen seien auf der Grundlage der ICD-10 Kriterien nicht nachvollziehbar. Hinsichtlich einer leichten depressiven Episode bzw. einer Konversionsstörung liessen sich allenfalls Verdachtsdiagnosen stellen, die aber weitergehende Abklärung benötigen würden, bevor man sie als gegeben ansehen könne (S. 18).

4.3.7 Die aktuell beklagte Symptomatik entspreche der bereits 2015 beschriebenen Problematik. Obwohl die Beschwerdeführerin und ihre Therapeuten übereinstimmend von gravierenden Einschränkungen ausgingen, seien in den letzten fünf Jahren keinerlei Massnahmen eingeleitet worden, um die Therapie in irgendeiner Form zu intensivieren. Eine stationäre Behandlung wäre indiziert und sinnvoll. Die intensivere Verhaltensbeobachtung in diesem Setting würde sicher dazu beitragen, das recht diffus wirkende Zustandsbild besser zu erfassen. Angesichts des seit 2015 stagnierenden Verlaufes wäre es zudem auch sinnvoll, die tatsächlichen Fähigkeiten der Beschwerdeführerin in einem therapeutischen Setting zu prüfen und dann gegebenenfalls den Aufbau von Alltagsaktivitäten zu unterstützen (S. 19).

4.3.8 Es zeigten sich auf mehreren Ebenen deutliche Inkonsistenzen: Die beklagten Symptome liessen sich kaum mit den in der Untersuchung beobachtbaren Symptomen in Einklang bringen. Die Beschwerdeführerin beschreibe sich als schwerstkranke Person, die zuhause nichts mehr erledigen könne, von körperlichen Symptomen geplagt werde und ständig unter der Angst leide, durch eine ihrer attackenartigen Bewusstlosigkeiten zu sterben. Gemäss ihrem Ehemann habe sie aber den ersten Begutachtungstermin abgesagt, um die Kinder zu hüten (E. II. 4.3.2 hiervor). In der Untersuchung arbeite sie zwei Stunden konzentriert mit, bewältige eine gewisse Gehstrecke ohne sichtbare Zeichen von Angst oder Schmerzen problemlos und unangestrengt und hinterlasse insgesamt kaum einen beeinträchtigten Eindruck. Die diagnostische Zuordnung der Therapeuten sei nicht nachvollziehbar. Die beklagten Beschwerden würden offensichtlich nicht validiert und die vergebenen Diagnosen liessen sich anhand der ICD-Klassifikation nicht bestätigen, da zentrale Kriterien der festgehaltenen Diagnosen eben nicht erfüllt seien oder fremdanamnestic Angaben zu den beklagten Beschwerden völlig fehlten. Die Beschwerdeführerin beklage zwar einen großen Leidensdruck, lehne aber jede Therapie ab, die über das aktuelle, nur aus monatlichen stabilisierenden Gesprächen mit der Psychologin bestehende Setting hinausgehe. Eine weiterführende Abklärung der Schlafstörung sei trotz der beklagten Schwere nicht erfolgt. Medikamente oder spezifische Psychotherapiestrategien, die zur Behandlung von chronischen Depressionen üblicherweise vorgeschlagen würden, habe man bisher nicht genutzt. Der Blutspiegel der bestehenden Psychopharmakotherapie liege weit unterhalb des therapeutischen Bereichs. Obwohl die Beschwerdeführerin angeblich monatlich das Bewusstsein verliere und dadurch im Strassenverkehr fast schon verunglückt wäre, unternehme sie keinerlei Schritte zur Abklärung oder gar Behandlung dieser angeblich als bedrohlich empfundenen Symptomatik. Dasselbe scheine für die beklagten Bauch-, Brust und Kopfschmerzen zu gelten (S. 20). Auch die Fähigkeiten und Ressourcen

liessen sich nicht beschreiben. Die Beschwerdeführerin verneine vehement in irgendeiner Form über nutzbare Ressourcen zu verfügen. Sie bestätige zwar allgemein die in den Berichten mehrfach erwähnten psychosozialen Belastungsfaktoren, aber man habe von ihr trotz konkreter Nachfrage weder genauere Informationen zur finanziellen Situation noch zur Belastung durch die Erkrankung des Ehemanns erhalten (S. 21). 4.3.9 Was den funktionellen Schweregrad angehe, so lasse sich die Art der Gesundheitsschädigung aus den genannten Gründen nicht klar eingrenzen. Eine Beurteilung der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde erscheine unmöglich. Hinweise auf eine prämorbid Abweichung der Persönlichkeit seien nicht feststellbar. Gewisse Informationen zum sozialen Kontext gingen zwar aus der Akte hervor, könnten aber im Gespräch nicht konkretisiert werden. Bei der Konsistenzprüfung ergäben sich wie bereits dargelegt gleich auf mehreren Ebenen Inkonsistenzen. Das tatsächliche Aktivitätenniveau in unterschiedlichen Lebensbereichen lasse sich auf Grund der Beschwerdepräsentation nicht konklusiv beurteilen. Ein behandlungs- und eingliederungsanamnestischer Leidensdruck sei aber sicher auszuschliessen, da in den letzten fünf Jahren weder psychiatrisch noch somatisch weiterführende medizinische Massnahmen oder Abklärungen durchgeführt worden seien und von der Beschwerdeführerin auch abgelehnt würden. Der Spiegel von Escitalopram liege deutlich unterhalb des therapeutischen Bereichs. Aus diesen Gründen könne man aktuell keine medizinisch begründbare Einschränkung der Arbeitsfähigkeit objektivieren. Dies gelte auch retrospektiv (S. 21 f.). Es sei davon auszugehen, dass es in den letzten Jahren zu keinen wesentlichen Veränderungen gekommen sei (S. 24). Zwar werde eine Reihe an medizinischen Symptomen und Einschränkungen benannt, aber eine klare Zuordnung zu einem Störungsbild sei nicht möglich (S. 21). Weitergehende Abklärungen und Überprüfungen der beklagten Symptome seien daher notwendig. Eine klarere Abgrenzung einer unbewussten Beschwerdepräsentation im Rahmen einer Konversionsstörung von einer Aggravation bzw. Simulation lasse sich vermutlich noch am ehesten durch die intensive Verhaltensbeobachtung in einem stationären therapeutischen Setting erzielen. Behandlungsoptionen und die Prognose könnten erst dann sinnvoll diskutiert werden, wenn der differentialdiagnostische Prozess diesbezüglich abgeschlossen sei (S. 23).

E. 10

Februar 2022 wiederholt Dr. med. K.____ die Diagnosen aus dem früheren Bericht. Zusätzliche Erkenntnisse ergeben sich hier keine. Soweit Dr. med. K.____ andeuten will, es gebe Wechselwirkungen zwischen psychischen und somatischen Leiden, verfängt dies schon deshalb nicht, weil es an einer Begründung fehlt. Darauf, dass laut Gutachten gar keine gesicherten psychiatrischen Diagnosen vorliegen, geht Dr. med. K.____ nicht ein. Vor diesem Hintergrund besteht in somatischer Hinsicht kein Abklärungsbedarf, so dass das vorliegende psychiatrische Gutachten ausreicht, um den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin abschliessend zu beurteilen. 4.7 Zusammenfassend fehlt es an einer Arbeitsunfähigkeit, aus der sich überhaupt eine Invalidität ergeben könnte. Demgemäss entfällt auch ein Anspruch auf eine Rente sowie auf berufliche Eingliederungsmassnahmen, ohne dass ein Einkommensvergleich durchgeführt oder geprüft werden müsste, ob seit 2015 eine Veränderung eingetreten ist.