

# SO\_GERICHTE VSBES.2021.26 vom 6. Juli 2021

SO Obergericht, 2021-07-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2021.26\\_d20210706](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.26_d20210706)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2021.26 du 6 juillet 2021

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2021.26 del 6 luglio 2021

## Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

## Erwägungen

### E. 1

Die Verfügung vom 19. Januar 2021 sei aufzuheben.

### E. 2

Der rechtserhebliche Sachverhalt sei umfassend abzuklären.

### E. 3

3.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert bzw. aufgehoben, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV). Dies gilt in analoger Weise auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 351 E. 3.5.3) sowie dann, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 68 E. 5.2.3, 125 V 412 E. 2b, 117 V 200 E. 4b).

3.2 Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf eine Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen, bezogen auf Art. 41 a.F. IVG). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 133 V 108, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, s. BGE 105 V 30 ■ durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit

demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

#### **E. 4**

4.1 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).

Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der rentenanspruchsbegründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

4.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (AHI 2001 S. 113 E. 3a).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

5. Gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin bestünden diverse Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit des C.\_\_\_\_-Gutachtens sprächen. Diese ergäben sich hauptsächlich aus dem Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, sowie lic. phil. E.\_\_\_\_, Eidg. anerkannte Psychotherapeutin, Psychologin FSP, vom 20. Januar 2020. Diesem Bericht sei einerseits die Begründung dafür zu entnehmen, weshalb der Medikamentenspiegel anlässlich der Begutachtung im C.\_\_\_\_ nicht aussagekräftig gewesen sei. Andererseits ergebe sich daraus eine nach der Begutachtung eingetretene Zustandsverschlechterung, welche von der Beschwerdegegnerin nicht weiter abgeklärt worden sei. Im Weiteren zeigten Dr. med. D.\_\_\_\_ und Psychologin E.\_\_\_\_ nachvollziehbar auf, weshalb bei der Beschwerdeführerin von einer Schmerzstörung auszugehen sei, wogegen das Vorliegen einer solchen Diagnose im Gutachten gar nicht diskutiert worden sei. Weiter werde dargelegt, welche relevanten Punkte im Gutachten nicht erwähnt (z.B. gering ausgeprägte Introspektions- und

Reflexionsfähigkeit) bzw. nicht korrekt erfasst worden seien (z.B. Schwierigkeiten mit längeren Autofahrten). Überdies erläuterten Dr. med. D.\_\_\_\_ und Psychologin E.\_\_\_\_ schlüssig und nachvollziehbar, weshalb es bei der Beschwerdeführerin Differenzen gebe zwischen dem subjektiv Erlebten und dem Beobachtbaren und welche Auswirkungen die Fassadenpersönlichkeit der Beschwerdeführerin habe. Alles in allem komme der besagte Bericht zum Schluss, dass das C.\_\_\_\_-Gutachten wichtige Punkte vernachlässigt habe und dem bei der Beschwerdeführerin vorliegenden Krankheitsbild und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht gerecht werde. Diese Indizien, welche die Zulässigkeit des Gutachtens in Frage stellten, hätten auch mit der Stellungnahme der C.\_\_\_\_-Gutachter nicht gänzlich aus dem Weg geschaffen werden können. So hätten die Gutachter als Grund, welcher gegen das Vorhandensein einer Schmerzstörung spreche, angeführt, es würden kaum physiotherapeutische Behandlungen durchgeführt. Dem sei entgegenzuhalten, dass die Beschwerdeführerin in Behandlung bei Chiropraktor F.\_\_\_\_ sei und dort chiropraktorisches Massnahmen kombiniert mit Training zur Rumpf- und Rückenstabilisation sowie Ergonomie-Training absolviere, womit sie eine der Physiotherapie verwandte Therapie mache. Im Weiteren würden die Gutachter auch der von Dr. med. D.\_\_\_\_ und Psychologin E.\_\_\_\_ festgestellten Fassadenpersönlichkeit nicht gerecht, in dem sie hierzu lapidar ausführten, es entspreche nicht der klinischen Erfahrung, dass schwer depressive Menschen makellos zurechtgemacht daher kämen und die nötige Energie hätten, eine solche Fassade aufrecht zu halten. Schliesslich sei an dieser Stelle erwähnt, dass die Beweiskraft eines Gutachtens, welches bei der C.\_\_\_\_ eingeholt worden sei, ohnehin fraglich sei. Es sei sehr zweifelhaft, ob eine Begutachtungsstelle, deren Machenschaften derart negativ in die Schlagzeilen geraten seien, einen Sachverhalt so zuverlässig abklären könne, damit dieser eine würdige Grundlage für einen IV-Entscheid darstellen könne. Bevor die bekannt gewordenen Vorkommnisse rund um das C.\_\_\_\_ nicht geklärt seien, könne nicht ohne Weiteres auf ein Gutachten dieser Stelle abgestellt werden.

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, das Gutachten des C.\_\_\_\_ habe insgesamt festgehalten, dass bei der Beschwerdeführerin aus polydisziplinärer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Kosmetikerin habe festgestellt werden können. In diesem Sinne liege keine Diagnose vor, welche eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit begründe. Die bisherige Tätigkeit als selbständige Kosmetikerin sowie körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten seien der Beschwerdeführerin weiterhin zumutbar. Somit sei es ihr weiterhin möglich, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erwirtschaften. Der entgegenstehende Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 20. Januar 2020 sei der Gutachterstelle zur Stellungnahme zugestellt worden. Der Gutachter im Fachbereich Psychiatrie habe zu den gerügten Punkten Stellung genommen. Gestützt auf die medizinische Beurteilung durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) seien die Ausführungen im Gutachten sowie jene in der Stellungnahme nachvollziehbar und schlüssig und es könne auf das Gutachten abgestellt werden. Ein Belastbarkeitstraining sei nicht angezeigt, da nach wie vor die selbständige Tätigkeit als Kosmetikerin ausgeübt werden könne und somit die Anspruchsvoraussetzungen für berufliche Massnahmen nicht erfüllt seien.

6. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren grundsätzlich ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1

ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) ■ durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten Rentenabweisungsverfügung ■ vorliegend am 15. Dezember 2000 ■ bestanden hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_413/2009 vom 11. September 2009 E. 4), mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 19. Januar 2021 (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2). Da aber die Rentenabweisung mit Verfügung vom 15. Dezember 2000 nicht aufgrund einer umfassenden Beurteilung der medizinischen Akten erfolgte, sondern aufgrund dessen, dass die Beschwerdeführerin ihre Umschulung zur Kosmetikerin erfolgreich abschloss und damit als erfolgreich eingegliedert galt, kann vorliegend ein Sachverhaltsvergleich unterbleiben. Vielmehr ist die Neuanschuldung vom 14. Mai 2018 wie eine Erstanmeldung zu behandeln.

Bezüglich der vorerwähnten strittigen Frage sind im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang:

6.1 Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH, Allgemeinmedizin, stellte in ihrem ärztlichen Zeugnis vom 17. Juni 2018 (IV-Nr. 50, S. 4) folgende Diagnosen:

In den letzten Jahren sei eine allgemeine Erschöpfung mit diversen somatischen Symptomen im Vordergrund gestanden. Es habe eine ausgeprägte Mangelsituation in Bezug auf Vitamin-B12, Vitamin D und Eisen bestanden, was alles substituiert worden sei. Gleichzeitig habe eine subklinische Hypothyreose bestanden. Immer wieder leide sie auch unter thorakolumbalen Schmerzen welche sich in gewissen degenerativen Veränderungen erklärten. Zudem sei die Beschwerdeführerin auf Grund der schwierigen psychosozialen Situation in der Behandlung bei Frau lic. phil. H.\_\_\_\_.

6.2 Im Bericht des I.\_\_\_\_ vom 17. Dezember 2018 betreffend die neuropsychologischen Untersuchungen vom 26. und 29. November 2018 (IV-Nr. 63, S. 4) wurde ausgeführt, es seien vordergründig Beeinträchtigungen in den Aufmerksamkeitsfunktionen Reaktionsgeschwindigkeit (Alertness) und geteilte Aufmerksamkeit zu vermerken. Klinisch zeige sich die Aufmerksamkeitsstörung (Flüchtigkeitsfehler, vereinzelt fehlendes Aufnehmen von Informationen) ebenfalls während der Untersuchung. In den Gedächtnisleistungen fänden sich Beeinträchtigungen im Lernen von einfachem verbalem und von visuellem Material. Die Leistungen in diesem Bereich würden durch die Aufmerksamkeitsstörung überlagert. Das Wiedererkennen verbaler Inhalte sei grenzwertig. Die exekutive Funktion theoretische Handlungsplanung sei als grenzwertig zu beurteilen. Zudem fänden sich deutliche Hinweise auf eine depressive Problematik. Die Befunde entsprächen (in Anlehnung an die SVNP Tabelle1) insgesamt einer leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Funktionseinschränkung. Das neuropsychologische Ausfallprofil sei mit der wahrscheinlichen Depression sowie der Schmerzproblematik gut vereinbar.

6.3 Im Bericht vom 25. April 2019 (IV-Nr. 65) stellte Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen:

Grundsätzlich schränkten die einzelnen Diagnosen die Arbeitsfähigkeit nicht langfristig ein. Problematisch seien die Kombination und gegenseitige Wechselwirkung der Diagnosen. Durch die Schmerzen leide die Beschwerdeführerin an Schlafmangel, welche die Depression begünstige. Die Depression verstärke wiederum die Schmerzen, was sich wiederum auf den Schlaf und die Depression negativ auswirke. Bei vorliegender Situation sei langfristig maximal von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen. Geistig bestünden

Konzentrationschwierigkeiten, welche die Fehlerwahrscheinlichkeit und Vergesslichkeit erhöhten, sowie die kognitive Belastbarkeit reduzierten. Psychisch bestünden Einschränkungen durch die mittelgradige Depression, v.a. durch die im Vordergrund stehende rasche Erschöpfbarkeit. Die Schmerzstärke beeinflusse die Konzentrationsfähigkeit und mache alltägliche Handlungen deutlich anstrengender. Die insgesamt reduzierte Belastbarkeit erfordere auch mehr und längere Pausen.

6.4 Dr. med. J.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, stellte in seinem Bericht vom 3. April 2019 folgende Diagnosen:

Die Beschwerdeführerin habe er, Dr. med. J.\_\_\_\_, bereits 2012 wegen einer linksseitigen Lumboischialgie, damals bei einer radikulären Reizsymptomatik L5 links infolge einer mediolateral links gelegenen DH L4/5 behandelt. Die Beschwerden hätten damals nach einer epiduralen Infiltration gebessert, seien offensichtlich im Verlauf allerdings wieder aufgetreten und hätten in letzter Zeit an Intensität zugenommen. Erwähnenswert sei, dass die Beschwerdeführerin geschieden sei, alleinerziehende Mutter und vom geschiedenen Ehemann finanziell bisher nicht unterstützt worden sei. Anamnestisch sei eine Angststörung mit Panikattacken bekannt. Diesbezüglich sei eine psychiatrische resp. psychotherapeutische Behandlung erfolgt. Jetzt bestehe ein thorakolumbovertebrales Schmerzsyndrom, teilweise mit spondylogenen Ausstrahlungen bei Zeichen einer Fehlhaltung mit muskulärer Dysbalance sowie beginnenden degenerativen Wirbelsäulenveränderungen. Hinweise für eine radikuläre Symptomatik, ein entzündlich-rheumatisches Rückenleiden oder auch eine konsumierende Erkrankung fehlten. Das Beschwerdebild dürfte durch eine psychosoziale Problematik überlagert sein. Aus rheumatischer Sicht empfehle er, Dr. med. J.\_\_\_\_, nebst analgetischen und detonisierenden Massnahmen vor allem aktivierende, auf Kräftigung der Rückenmuskulatur ausgerichtete Gymnastik ev. in Kombination mit Instruktion von Entspannungstechniken. Als Schmerztherapie empfehle er eher den Einsatz von Analgetika denn von NSAR ev. in Kombination mit einer schmerzdistanzierenden antidepressiven Therapie, welche vom behandelnden Psychiater verordnet werden sollte.

6.5 Im Bericht des K.\_\_\_\_, [...] für Neurologie, vom 4. Juli 2019 (IV-Nr. 75, S. 9) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Chronisches Schmerzsyndrom mit physischen wie psychischen Anteilen (ICD-10 F45.41)

Bei der Beschwerdeführerin seien nur Teile der Schmerzen organischen Befunden zuzuordnen. Interessant dabei sei einerseits die Chronizität sowie die Ausdehnung der Schmerzen schwerpunktmässig auf die rechte Körperhälfte. Zudem fänden sich mit bedeutenden Verlusten (Vater) sowie mit einer schwierigen Ehe mit Scheidung Elemente einer «pain-proneness». Es scheine auch, dass die Beschwerdeführerin durch ihre Persönlichkeit, aber auch durch die Familienkultur enorm zum Handeln, tätig sein, leisten neige, sich damit auch überfordere. Somit fänden sich zusätzlich zu den Elementen einer rechtsbetonten Hyperalgesie auch deutliche Zeichen eines chronischen Stresssyndromes, welches zudem von einer ängstlich-depressiven und selbstunsicheren Grundhaltung begleitet sei. Aktuell habe die Beschwerdeführerin ein sehr somatisches Krankheitskonzept in Bezug auf die Schmerzsymptomatik. Diese werde im Gespräch völlig getrennt von der seelischen Situation, bzw. Letztere ■ wohl aus Angst ■ werde ausgeklammert und abgespalten. Entsprechend reserviert sei sie gegenüber jeglicher Form von

Psychopharmakotherapie.

6.6 Im C.\_\_\_\_-Gutachten vom 25. November 2019 (IV-Nr. 81.2) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Einfluss auf Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne Einfluss auf Arbeitsfähigkeit

Aus rheumatologischer Sicht beeinflussten die Hypermobilität und das chronische thorakolumbospondylogene Schmerzsyndrom die Arbeitsfähigkeit der Explorandin qualitativ. Für körperlich regelmässig mittelschwer bis schwer belastende Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsunfähigkeit. Körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten seien der Explorandin jedoch, ebenso wie die selbständige Tätigkeit als Kosmetikerin, ohne Einschränkung zumutbar. Aus allgemeininternistischer Sicht könne keine weitere somatische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Die psychiatrische Diagnose einer Neurasthenie schränke die Arbeitsfähigkeit aus gutachterlicher Sicht nicht relevant ein. Die assoziierte leichte neuropsychologische Funktionsstörung führe dazu, dass Tempoanforderungen bei Erwerbstätigkeiten leicht unterdurchschnittlich sein sollten. Arbeitsaufträge sollten nur bei einfachen Problemen das selbständige Erarbeiten von Lösungen beinhalten. Bei bekannten Anforderungen, wie auch in der angestammten Tätigkeit, seien die besten Leistungen zu erwarten. Insgesamt könne somit aus polydisziplinärer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als selbständige Kosmetikerin festgestellt werden.

6.7 Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und lic. phil. E.\_\_\_\_, Psychotherapeutin, führten in ihrer Stellungnahme vom 20. Januar 2020 (IV-Nr. 84) aus, der Gutachter schlussfolgere, dass die Beschwerdeführerin ihre Medikamente nicht einnehme, da der Spiegel des Duloxetins gleich 0 gewesen sei. Die angegebene medikamentöse Behandlung habe am 19. September 2019 begonnen, also ein paar Tage vor dem Gutachten, weswegen der Spiegel ohnehin zum Zeitpunkt der Messung nicht aussagekräftig gewesen sei. Sodann werde im Gutachten eine Neurasthenie diagnostiziert, was u.a. bedeuten würde, dass die Beschwerdeführerin höchstens phasenweise leicht depressiv wäre. Bereits zu Behandlungsbeginn seien die Kriterien einer mittelgradigen Depression erfüllt mit Niedergestimmtheit, erhöhter Ermüdbarkeit, Interessenslosigkeit, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisschwierigkeiten, Appetitverlust, Insuffizienzgefühlen, negativistischen Zukunftsperspektiven (vgl. auch den Eintrittsbericht vom 21. März 2019). Im weiteren Verlauf der Behandlung habe sie zunehmend von einer Zustandsverschlechterung geklagt. Anfang Dezember 2019 (bevor das Gutachten einsehbar gewesen sei), habe sie über Suizidgedanken berichtet und habe von sich aus den Wunsch nach einer stationären Behandlung geäussert, welche im Dezember 2019 angemeldet worden sei (L.\_\_\_\_, [...]). Die oben aufgeführten Symptome seien im Verlauf der Therapie immer wieder im Sinne von Befunden objektivierbar gewesen. Des Weiteren werde im Gutachten das Vorliegen einer Schmerzstörung nicht diskutiert, obwohl die Kriterien für eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren erfüllt seien. Die Beschwerdeführerin leide seit über sechs Monaten an Schmerzen im Rücken mit somatischem Korrelat, welches den Schweregrad, die Aufrechterhaltung der Schmerzen und die Exazerbation im vorliegenden Ausmass nicht erklären könne. Sie berichte auch, durch diese Schmerzen im Schlaf massiv gestört zu sein, in ihrem Arbeitspensum nur noch

reduziert arbeiten zu können, und sich auch sozial zurückgezogen zu haben. Weiterhin nicht erwähnt sei, dass bei der Beschwerdeführerin eine gering ausgeprägte Introspektions- und Reflexionsfähigkeit auffalle. In den Therapiesitzungen sei auch beobachtet worden, dass sie sich teilweise an Dinge nicht mehr erinnert habe oder sie durcheinandergebracht habe. Es sei nicht auszuschliessen, dass die im Gutachten erwähnten Inkonsistenzen auch dadurch mitbedingt gewesen seien. Weiterhin werde im Gutachten nicht erwähnt, dass der dringende Verdacht bestehe, dass die Beschwerdeführerin bereits früher psychische Dekompensationen erlitten habe (2017 Panikstörung, 2015 / 2016 Depression). Wegen ersterer habe sie damals einige Sitzungen bei einem Therapeuten wahrgenommen. Auch wenn diese Störungen die aktuelle Arbeitsunfähigkeit nicht beeinflussten, so hinterlasse ihr Nichterwähnen Zweifel in Bezug auf die Sorgfältigkeit des Gutachtens. Sodann weise das neuropsychologische Gutachten darauf hin, dass «insgesamt eine gewisse Leistungsverbesserung gegenüber der Voruntersuchung anzunehmen» sei. Nicht erwähnt worden sei, dass es sich bei der angenommenen Leistungsverbesserung mit grosser Wahrscheinlichkeit um einen Lerneffekt handle. Bei der Beschwerdeführerin sei bereits ein Jahr zuvor eine neuropsychologische Testung durchgeführt worden. Es sei davon auszugehen, dass die kognitive Leistungsfähigkeit eher schlechter sei, als im Rahmen des Gutachtens erhoben. Die in der Therapie objektivierbaren Aufmerksamkeitsdefizite widersprächen der beschriebenen Aufmerksamkeitsleistung, die nötig wäre, um «ohne Schwierigkeiten» Auto zu fahren und «stundenlang» lesen zu können, wie es im Gutachten heisse. Im Gutachten stehe, dass die Beschwerdeführerin «ohne Schwierigkeiten» Auto fahre. Auf S. 35 werde jedoch geschrieben, dass sie angegeben habe, maximal 30 Min fahren zu können. Ebenfalls werde erwähnt, dass sie nicht selber nach Basel gefahren sei, sondern vom Bruder dorthin gebracht worden sei. Des Weiteren habe die Beschwerdeführerin im Dezember 2019 (noch vor Kenntnisnahme des Gutachtens) die Psychotherapeutin gewechselt, da diese den Arbeitsort von [...] nach [...] gewechselt habe, und es sich die Beschwerdeführerin nicht zugetraut habe, den fortan längeren Weg mit dem Auto zu fahren (was ungefähr 10 ■ 15 Min ausmache). Es sei nicht nachvollziehbar, wie der Gutachter die Ansicht entwickeln könne, dass Frau A.\_\_\_\_ «ohne Schwierigkeiten» Auto fahre. Man interpretiere die qualifizierende Sichtweise des Gutachters als intuitives Framing und damit als Bias. Weiterhin beschreibe das Gutachten, dass Frau A.\_\_\_\_ in die Ferien fahre. Seit Behandlungsbeginn habe man aber keine Hinweise darauf, dass sie jemals in die Ferien gegangen sei. Gegenüber den behandelnden Ärzten habe die Beschwerdeführerin geäussert, dass, wenn die Tochter Ferien habe und zu Hause sei, ihr (Frau A.\_\_\_\_) alles zu viel werde, da sie sich ihre Erholungszeiten nicht mehr im selben Ausmass nehmen könne. Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin keine Ferien i.e.S. verbracht habe, und dass bereits die Betreuung der Tochter, wenn sie ferienhalber zu Hause sei, die Beschwerdeführerin massiv überfordere. Weiterhin erwähne das Gutachten mehrfach, dass die beklagten Beschwerden nicht objektivierbar seien, beschreibe die Stimmung aber im Gegenteil als beobachtbar «bedrückt, gelegentlich auch leichtgradig depressiv. Der Antrieb war etwas herabgesetzt». Es liege in der Natur der psychischen Erkrankungen, dass das subjektive Erleben mit dem Beobachtbaren oft stark differiere, gerade bei zwanghafter, angepasster oder leistungsorientierter Persönlichkeitsstruktur. Die Beschwerdeführerin habe einen überaus hohen und unflexiblen Anspruch an sich selber, der sie zu einem Auftreten zwingt, dem Aussenstehende nicht anmerken sollten, wie es ihr gehe. Darunter falle auch ihre stets makellose Zurechtgemachtheit, eine Fassade, in die sie praktisch die gesamte noch verfügbare Energie stecke, um ihr Selbstbild zu erhalten. Sie sei daher im Gespräch wenig

spürbar, wirke affektarm und wenig auslenkbar, wie es teilweise auch im Gutachten nachzulesen sei («nur selten zeigte sich ein Lächeln auf ihrem Gesicht»). Diese Starrheit und die Fixierung auf ihr Äusseres (angesichts ihres Berufs umso verständlicher), sowie die mangelnde Introspektionsfähigkeit führten bei der Beschwerdeführerin zum Aufbau einer reinen Fassadenpersönlichkeit, die sie erst ganz zum Schluss opfere. Die von der Beschwerdeführerin als unerträglich wahrgenommenen Schmerzen zwängen sie dazu, ihre durch die Schmerzen stark reduzierten Ressourcen in ihr Äusseres zu stecken, um nicht suizidal zu werden. Breche dieses Äussere zusammen, sei die Beschwerdeführerin am Ende. Zusammenfassend sei festzuhalten, dass im psychiatrischen Gutachten beurteilungsrelevante Inhalte vernachlässigt resp. nicht erwähnt und teilweise nicht nachvollziehbare oder widersprüchliche Aussagen gemacht worden seien. Somit werde das psychiatrische Gutachten dem Krankheitsbild und der Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht gerecht. Angesichts der psychischen Struktur und des Leidens der Beschwerdeführerin sei es komplett unrealistisch, dass sie zu 100 % arbeitsfähig sein solle. Um die mittelfristige Arbeitsfähigkeit überhaupt sinnvoll eruieren zu können, sei ein Belastbarkeitstraining indiziert. Weiterhin sei zu beachten, dass sich das Zustandsbild verschlechtert habe, und die Beschwerdeführerin Anfang Dezember 2019 von Suizidgedanken berichtet und von sich aus einen Klinikaufenthalt gewünscht habe. Die Anmeldung sei im L. \_\_\_-Haus des K. \_\_\_ in [...] erfolgt.

6.8 In der Stellungnahme des C. \_\_\_ vom 22. Februar 2020 (IV-Nr. 88) wurde ausgeführt, am 25. September 2019 sei die Beschwerdeführerin psychiatrisch untersucht und es sei eine Blutentnahme durchgeführt worden. Dabei sei das Medikament Duloxetin im Blut nicht nachweisbar gewesen. Bei der Untersuchung habe sie berichtet, dass sie das Medikament seit zwei Wochen einnehme. Sie habe explizit berichtet, dass sie es an den Vortagen und am Tag der Untersuchung eingenommen habe. Wenn nun das Medikament im Rahmen der Blutuntersuchung nicht nachweisbar gewesen sei, bedeute dies, dass die Explorandin im Gegensatz zu ihren Angaben das Medikament an den Vortagen und am Tag der Untersuchung nicht eingenommen habe. Sodann habe die Explorandin berichtet, dass sie seit April 2019 eine psychiatrisch-psychologische Behandlung aufgenommen habe und sie in psychologischer Behandlung bei Frau E. \_\_\_ sei. Die Behandlung sei alle zwei Wochen durchgeführt worden. Die Explorandin sei noch nie stationär psychiatrisch behandelt worden. Weiter habe sie berichtet, dass sie nachts gelegentlich erwache, dass das Aufstehen keine Probleme mit sich bringe. Sie mache regelmässig mehrere Spaziergänge pro Tag mit ihrem Hund, bereite regelmässig ein Frühstück für die Tochter zu. Den Haushalt führe sie bis auf schwere Arbeiten selbständig. Kleinere Einkäufe seien möglich. Autofahren bis zu 30 Minuten sei möglich. Sie habe explizit berichtet, dass sie sehr viel lese, sich für Geschichte und Biographien interessiere. Auch am Abend würde sie meistens lesen. An den Wochenenden habe sie regelmässig Kontakt mit ihrem Bruder. Sie habe berichtet, dass sie 2019 in der [...] in den Ferien gewesen sei. Diese Schilderungen ihrer Alltagsaktivitäten und der psychopathologische Befund, der anlässlich der Untersuchung erhoben worden sei, zeigten also keine Hinweise für das Vorhandensein einer depressiven Störung. Die Stimmung sei bei der Untersuchung herabgesetzt gewesen, gelegentlich leichtgradig depressiv, der affektive Kontakt sei gut gewesen, der Antrieb etwas herabgesetzt. Es gebe somit anlässlich der Untersuchung vom 25. September 2019 keine Hinweise für das Vorhandensein einer manifesten Depression. Sodann habe die Explorandin berichtet, dass sie gelegentlich wegen ihrer Schmerzen nicht gut schlafen könne. Sie berichte, dass sie nicht regelmässig Schmerzmittel einnehme, da diese nicht helfen würden und keine

physiotherapeutischen Behandlungen durchgeführt würden. Die Explorandin berichte, dass sie bei der Arbeit müde und erschöpft sei, berichte aber in ihren ausführlichen Schilderungen ihrer Alltagsaktivitäten nicht, dass sie dabei gelegentlich durch Schmerzen eingeschränkt sei. Die Tatsache, dass sie also kaum Schmerzmittel einnehme, kaum physiotherapeutische Behandlungen durchgeführt worden seien und sie den Alltag trotz der Klagen über Schmerzen aktiv gestalte, schliesse das Vorhandensein einer Schmerzstörung aus. Die Explorandin sei im Alltag nicht durch schwere, invalidisierende Schmerzen beeinträchtigt. Auf dem Hintergrund ihrer ausgeprägten Krankheitsüberzeugung fühle sie sich durch ihre Schmerzen mehr beeinträchtigt, als dass es objektivierbar sei. Eine eigentliche Schmerzstörung könne aber nicht diagnostiziert werden. Des Weiteren weise die Explorandin keine gering ausgeprägte Introspektions- oder Reflexionsfähigkeit auf. Die Konzentration sei gut gewesen, Merkfähigkeit und Gedächtnisleistungen seien intakt. Es fänden sich somit keine Hinweise auf kognitive Einschränkungen, die die Inkonsistenzen erklären könnten. Die Explorandin habe anlässlich der psychiatrischen Untersuchung nicht erwähnt, dass sie früher psychische Probleme gehabt habe und sie in Behandlung gewesen sei. Nach Angaben des behandelnden Psychiaters, Dr. med. D.\_\_\_\_, hätten auch früher nur einzelne Sitzungen stattgefunden. Die Explorandin berichte explizit, dass sie gerne lese, dass sie stundenlang ohne Probleme lesen könne, dass sie problemlos 30 Minuten mit dem Auto fahren könne. Dies schliesse relevante Konzentrationsstörungen, die die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen könnten, aus. Wenn die Explorandin 30 Minuten mit dem Auto fahren könne, so sei sie auch in der Lage, mit dem Auto von [...] nach [...] zur Therapie zu fahren. Die Explorandin berichtete explizit, dass sie im Frühjahr 2019 während zwei Wochen zusammen mit der Mutter in der [...] in den Ferien gewesen sei. Es treffe zu, dass der Verlauf einer Depression schwankend sei. Die Explorandin habe sich aber erst 04/19 in ambulante Psychotherapie begeben, nehme entgegen ihren Angaben die verordneten Antidepressiva gar nicht ein. Im Rahmen einer Neurasthenie könne es durchaus gelegentlich zu leichten depressiven Verstimmungen, einem leicht herabgesetzten Antrieb kommen. Die Explorandin sei aber im Alltag nicht durch eigentlich depressive Symptome beeinträchtigt. Es entspreche auch nicht der klinischen Erfahrung, dass schwer depressive Menschen makellos «zurechtgemacht» daherkämen, die nötige Energie hätten, um eine solche «Fassade» aufrechtzuhalten. Zusammenfassend seien auch in Anbetracht der in der Zwischenzeit eingegangenen Akten keine Hinweise vorhanden, dass die Arbeitsfähigkeit der Explorandin aus psychiatrischer Sicht beeinträchtigt sei.

6.9 Dr. F.\_\_\_\_, Chiropraktor, hielt in seinem Schreiben vom 10. Juli 2020 (IV-Nr. 102) fest, hiermit bestätige er, dass sich die Beschwerdeführerin auf Grund der Diagnose «Chronisches Lumbovertebralsyndrom überlagert von Kinesiophobie» bei ihm in Behandlung befinde. Die Therapie bestehe aus chiropraktorisches Massnahmen kombiniert mit Training zur Rumpf- und Rückenstabilisation sowie Ergonomie-Training.

7. Die Beschwerdegegnerin stellt in der angefochtenen Verfügung auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_ ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Die Begutachtungsstelle wurde nach dem Zufallsprinzip ausgesucht und die Expertise von ausgewiesenen Fachärztinnen und Fachärzten auf den entsprechenden Gebieten erstellt. Diese waren im Besitz der gesamten, der Beschwerdegegnerin zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Akten und sie haben die Beschwerdeführerin allesamt eingehend untersucht. Die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden wurden dabei berücksichtigt. Insofern sind die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise

grundsätzlich erfüllt. Die Beschwerdeführerin lässt aber hinsichtlich der von der Beschwerdegegnerin nach dem Zufallsprinzip ausgewählten Begutachtungsstelle vorbringen, es sei sehr zweifelhaft, ob eine Gutachterstelle wie das C.\_\_\_\_, deren Machenschaften derart negativ in die Schlagzeilen geraten sei, einen Sachverhalt so zuverlässig abklären könne, damit dieses Gutachten eine würdige Grundlage für einen IV-Entscheid darstellen könne. Mit diesen pauschalen Vorbringen vermag die Beschwerdeführerin keine generelle Befangenheit der involvierten Gutachter zu begründen, zumal sich auch ein Ausstandsbegehren stets nur gegen einzelne Gutachterpersonen und nicht gegen die Gutachterstelle als solche richten könnte (s. BGE 137 V 210 E. 1.3.3 S. 227; Urteil des Bundesgerichts 9C\_294/2016 vom 27. Mai 2016 E. 2). Genau auf Letzteres zielen aber die vorgenannten Ausführungen ab. Nachdem die Beschwerdeführerin keine konkreten Umstände nennt, welche geeignet wären, den Anschein einer Befangenheit der involvierten Gutachter zu erwecken, ist darauf nicht weiter einzugehen.

Sodann ist zu prüfen, ob das C.\_\_\_\_-Gutachten auch die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein beweismässiges Gutachten (vgl. E. II. 4.2 hiervor) zu erfüllen vermag.

7.1 Im internistischen Teilgutachten (IV-Nr. 81.4) führte der Gutachter aus, die Explorandin gebe keine spezifischen Beschwerden im Zusammenhang mit möglichen allgemeininternistische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an. Sie könne in erster Linie wegen ihren chronischen Schmerzen und psychischen Problemen nicht vollzeitig arbeiten. Sodann erhob der Gutachter folgende Befunde: «Puls regelmässig 72/min. Klinische Untersuchung des Herzens, der Lungen und des Abdomens unauffällig. Normaler Gefässstatus, keine pathologischen Lymphknoten palpabel. Kopf- und Halsorgane cursorisch geprüft unauffällig. Integument unauffällig. Varikosis an beiden Beinen. Nervensystem: Positionsversuch, Finger-Nasen-Versuch, Diadochokinese und Hirnnerven cursorisch geprüft unauffällig.» Gestützt auf diese Befunderhebung kam der Gutachter in nachvollziehbarer Weise zum Schluss, dass keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen. Retrospektiv gesehen fänden sich auch keine Hinweise für eine langandauernde Arbeitsunfähigkeit in der Vergangenheit aufgrund einer allgemeininternistischen Diagnose. Aus rein allgemeininternistischer Sicht bestehe eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Kosmetikerin.

7.2 Im rheumatologischen Teilgutachten (IV-Nr. 81.5) hielt die rheumatologische Gutachterin fest, bei der aktuellen klinischen Untersuchung klage die Explorandin über Schmerzen im Bereich der gesamten Wirbelsäule mit Betonung iliolumbal rechts. In diesem Bereich gebe die Explorandin schon bei leichter Berührung deutliche Druckdolenz an. Es bestehe eine myostatische Insuffizienz mit den entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen. Die Beweglichkeit der LWS sei ausschliesslich für die Inklination schmerzbedingt deutlich eingeschränkt. Es zeige sich eine ISG-Funktionsstörung rechts, die für die Beschwerdesymptomatik in diesem Bereich mitverantwortlich sei. Klinische Hinweise für eine radikuläre oder Wurzelkompressionssymptomatik wie Reflexausfälle oder Abschwächung von Kennmuskeln fänden sich nicht. Der Lasegue sei beidseits negativ. Dies korreliere gut mit dem Befund der letztmalig im 06/18 durchgeführten Kernspintomographie der LWS und ISG, die bis auf eine beginnende Osteochondrose und Diskusprotrusion L4/5 unauffällig gewesen sei. Hinweise für eine Neurokompression oder höhergradige degenerative Veränderungen hätten sich nicht gefunden. Darüber hinaus habe

sich in den vergangenen Jahren ein chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom mit Zervikozephalgien und gelegentlichen Zervikobrachialgien entwickelt. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung sei lediglich die Reklination des Kopfes schmerzbedingt eingeschränkt. Ansonsten sei die HWS in sämtlichen Ebenen frei beweglich. Es fänden sich Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur, insbesondere Triggerpunkte am M. levator scapulae, die für die Beschwerdesymptomatik in diesem Bereich mitverantwortlich seien. Klinische Hinweise für eine radikuläre oder Wurzelkompressionssymptomatik fänden sich nicht. Auffällig bei der klinischen Untersuchung sei eine allgemeine Hypermobilität mit Überstreckbarkeit der Gelenke. Bei ungenügender muskulärer Stabilisierung könne es deswegen immer wieder zu Überlastungserscheinungen im Bereich der peripheren Gelenke und zu Blockierungen im Wirbelsäulenbereich mit der entsprechenden Beschwerdesymptomatik kommen. Die von der Explorandin angegebenen belastungsabhängigen Hüftgelenksbeschwerden beidseits liessen sich am ehesten hierauf zurückführen. Bei der klinischen Untersuchung seien die Hüftgelenke frei beweglich. Die im 06/18 durchgeführten Rx-Aufnahmen des Beckens und der Hüftgelenke zeigten einen unauffälligen altersentsprechenden Befund. Aufgrund von intermittierenden Blockierungen im Wirbelsäulenbereich sei die Explorandin in der Vergangenheit mehrfach in chiropraktischer Behandlung mit jeweils gutem, wenn auch nur vorübergehendem Erfolg. Hinweise für ein entzündlich rheumatisches Geschehen als Ursache der Beschwerdesymptomatik fänden sich weder klinisch, labortechnisch, radiologisch noch kernspintomographisch. Für die von Seiten des Bewegungsapparates her geklagten Schmerzen und Funktionseinschränkungen finde sich nur zum Teil ein entsprechendes morphologisches Korrelat. Die im Bericht des behandelnden Rheumatologen Dr. J.\_\_\_\_ am 3. April 2019 gestellte Diagnose eines chronischen thorakolumbovertebralen Schmerzsyndroms, teilweise mit spondylogenen Ausstrahlungen bei Wirbelsäulenfehlstatik und muskulären Dysbalancen sowie degenerativen Wirbelsäulenveränderungen decke sich mit der Diagnose im vorliegenden Gutachten. Auch dort hätten sich keine Hinweise für eine radikuläre Symptomatik oder eine Spondylarthritis ergeben. Eine Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit sei durch ihn nicht erfolgt. Sodann vermag gestützt auf die vorgehenden Ausführungen auch die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht zu überzeugen: Bis auf die allgemeine Hypermobilität und degenerative Veränderungen im Lumbalbereich stünden der Explorandin aus rein rheumatologischer Sicht sämtliche Fähigkeiten und Ressourcen zur Verfügung, die zur Ausübung einer adaptierten Tätigkeit erforderlich seien. Die Tätigkeit als selbständige Kosmetikerin entspreche dem zumutbaren Leistungsprofil und sei der Explorandin 8 Stunden pro Tag zumutbar. Als zumutbar sei eine leichte bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit anzusehen. Es gebe aus Sicht des Bewegungsapparates keine Hinweise dafür, dass die Arbeitsfähigkeit als Kosmetikerin in den vergangenen Jahren längerfristig relevant eingeschränkt gewesen sei.

7.3 Im neuropsychologischen Teilgutachten (IV-Nr. 81.7) führte der Gutachter aus, das prämorbid Intelligenzniveau sei durchschnittlich. Hierauf wiesen die schulische und berufliche Anamnese sowie nicht vulnerable verbale Leistungen hin. Es fänden sich Einschränkungen im Bereich der Aufmerksamkeit. Im Einzelnen finde sich bei einer einfachen Reiz-Reaktionszeitaufgabe zunächst eine stark unterdurchschnittliche mittlere Reaktionszeit, die Reaktionen schwankten stark. Die Reaktionszeit verbessere sich jedoch bereits während der Aufgabenbearbeitung auf ein leicht unterdurchschnittliches Niveau. Auch bei Wiederholung eines Durchgangs am Ende der Untersuchung sei die Leistung

lediglich leicht unterdurchschnittlich. Daher seien Anlaufschwierigkeiten und Unsicherheit als Ursache für das zunächst stark unterdurchschnittliche Abschneiden anzunehmen. In Durchgängen mit Warnsignal vor dem kritischen Reiz sei die mittlere Reaktionszeit leicht unterdurchschnittlich und die Zeiten schwankten leicht vermehrt. Wenn auf bestimmte Reize reagiert werden solle, sei die mittlere Reaktionszeit leicht unterdurchschnittlich, es träten leicht vermehrt Fehler auf. Solle auf visuelle und akustische Reize gleichzeitig reagiert werden, finde sich eine durchschnittliche mittlere Reaktionszeit bei auditiven Reizen, die Reaktionen schwankten leicht. Bei visuellen Reizen sei die mittlere Reaktionsgeschwindigkeit leicht unterdurchschnittlich, die Reaktionen schwankten stark. Bei schriftlichen Aufgaben seien die Tempoleistungen leicht unterdurchschnittlich bis durchschnittlich. Im Bereich des verbalen Gedächtnisses seien die Leistungen beim Wortlistenlernen durchschnittlich. Bezüglich des unmittelbaren Behaltens verbaler Informationen und dem verbalen Arbeitsgedächtnis zeigten sich leichte Schwierigkeiten. Die figurale Gedächtnisleistung sei durchschnittlich. Im räumlich-konstruktiven Bereich werde eine komplexe zweidimensionale Figur adäquat, jedoch etwas langsam abgezeichnet. Im Bereich der Exekutivfunktionen und höheren Denkleistungen fänden sich durchschnittliche Resultate bezüglich der verbalen Abstraktionsfähigkeit, beim Lösen von einfachen Rechenaufgaben und beim Umstellungswechsel. Die verbale Flexibilität sei leicht herabgesetzt. Die Leistung bei der Konzepterkennung sei deutlich unterdurchschnittlich. Es ergäben sich in der Untersuchung keine Auffälligkeiten, die auf Simulation oder Aggravation hinwiesen. In Beschwerdevalidierungsverfahren würden der Norm entsprechende Resultate erzielt.

Das Profil kognitiver Leistungen sei konsistent. Die Kriterien für das Vorliegen einer definitiven, wahrscheinlichen oder möglichen negativen Antwortverzerrung nach Slick et al. (1999) würden nicht erfüllt. Es sei davon auszugehen, dass die Testresultate mit dem tatsächlichen Leistungspotential übereinstimmten. Die Probandin berichte einige depressive Symptome, im Hinblick auf das mögliche Vorliegen einer depressiven Störung werde auf das psychiatrische Gutachten verwiesen. Die neuropsychologischen Defizite beträfen bei der Depression typischerweise Aufmerksamkeitsleistungen und Gedächtnisleistungen sowie Exekutivfunktionen. Üblicherweise sei eine Normalisierung oder weitgehende Normalisierung kognitiver Leistungen nach Remission depressiver Symptome zu erwarten. Bei beklagten Schmerzen und Erschöpfungsgefühl könne auch an das Vorliegen einer Neurasthenie gedacht werden. Neurokognitive Störungen seien in Zusammenhang mit Neurasthenie kaum wissenschaftlich untersucht. In Zusammenhang mit Schmerzen würden insbesondere Aufmerksamkeitseinschränkungen häufig beobachtet. Ein Einfluss der Symptome auf kognitive Leistungen sei im Fall der Probandin anzunehmen. Ein berichteter Unfall sei als möglicher Einflussfaktor zu berücksichtigen. Die Probandin berichte 2017 zusammengebrochen und kurz bewusstlos gewesen zu sein. Sie sei mit einer Platzwunde aufgewacht. Bereits nach leichten Schädelhirntraumen könnten kognitive, affektive und physische Folgebeschwerden auftreten. Im Bereich der kognitiven Leistungen würden am häufigsten Aufmerksamkeitsdefizite, Lern- und Gedächtnisdefizite sowie Exekutivfunktionsstörungen festgestellt. Im weiteren Verlauf sei im Fall des von der Probandin berichteten Ereignisses von einer weitgehenden Normalisierung auszugehen. Es sei ein geringer Einfluss durch das Unfallereignis auf aktuelle kognitive Leistungen möglich. Gestützt auf die vorgehenden schlüssigen Ausführungen vermag sodann auch die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit könne aus rein neuropsychologischer Sicht gesagt werden, dass

Tempoanforderungen bei erwerblichen Tätigkeiten leicht unterdurchschnittlich sein sollten. Anforderungen die rasches Reagieren erforderten, würden nur eingeschränkt bewältigt, daher könnten nur Maschinen mit geringen Reaktionsanforderungen bedient werden. Die Produktivität sei leicht reduziert. Arbeitsaufträge sollten aufgrund der Einschränkungen beim unmittelbaren Behalten bei Bedarf wiederholt oder schriftlich gegeben werden bzw. die Möglichkeit bestehen, Aufträge schriftlich festzuhalten. Aufgrund von Defiziten im Bereich der Exekutivfunktionen sollten Arbeitsaufträge nur bei einfachen Problemen das selbständige Erarbeiten von Lösungen beinhalten. Bei bekannten Anforderungen seien die besten Leistungen zu erwarten. Die Einschränkungen gälten unter anderem auch für eine Tätigkeit als Kosmetikerin. Die neurokognitiven Defizite stünden in Zusammenhang mit dem Verlauf der psychischen Beschwerden, in der Vergangenheit hätten bei der Probandin ausgeprägtere Defizite bestanden (siehe frühere neuropsychologische Einschätzungen). In Zusammenhang mit einer Besserung psychischer Beschwerden sei eine Leistungsverbesserung zu erwarten. Im Vergleich zur Voruntersuchung vom 26. und 29. November 2018, Bericht vom 17. Dezember 2018, Neuropsychologie am I.\_\_\_\_, fänden sich teilweise Leistungsveränderungen. Es sei zu berücksichtigen, dass leichte Leistungsveränderungen auch durch die Messungenauigkeit der Instrumente bedingt sein könnten und zufällige Leistungsschwankungen sowie Lern- und Übungeffekte. Im Bereich der Aufmerksamkeit würden aktuell bessere Leistungen bei Reaktionszeitaufgaben erreicht. Ebenso zeige sich eine etwas bessere Leistung beim Wortlistenlernen. Es seien teilweise andere Leistungen geprüft worden, so dass ein Vergleich nur begrenzt möglich sei. In der Voruntersuchung habe sich beispielsweise eine beeinträchtigte Leistung beim Lernen von Routen gezeigt, was aktuell nicht erfasst worden sei. Andererseits fänden sich in der vorliegenden Untersuchung leichte Defizite im Bereich des Arbeitsgedächtnisses, während in der Voruntersuchung nur das unmittelbare Behalten geprüft worden sei. Insgesamt sei eine gewisse Leistungsverbesserung gegenüber der Voruntersuchung anzunehmen.

7.4 Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 81.6) begründet der Gutachter gestützt auf seine eingehende Anamnese und Befunderhebung in nachvollziehbarer Weise seine Diagnosestellung einer Neurasthenie: Die Explorandin habe vor allem über gesteigerte Ermüdbarkeit, körperliche Schwäche und Erschöpfung nach geringen Anstrengungen, Muskelschmerzen, Schwindel, Kopfschmerzen und Schlafstörungen geklagt. Alle diese Klagen begründeten die Diagnose einer Neurasthenie. Daneben sei die Explorandin gelegentlich auch leichtgradig depressiv gewesen, wobei die depressiven Verstimmungen nicht ausgeprägt gewesen seien. So habe sie berichtet, dass sie Freude an ihrer Tochter habe, dass sie sehr gerne lese, dass sie Freude an Spaziergängen in der Natur habe. Die Explorandin lese während Stunden, fahre Auto, genieße das Zusammensein mit ihrer Tochter, ihren Familienmitgliedern, fahre auch in die Ferien. All dies seien Hinweise dafür, dass sie nicht an einer ausgeprägten depressiven Störung leide. Somit seien die leichten depressiven Verstimmungen im Rahmen der Neurasthenie einzuordnen. Eine weitere psychiatrische Diagnose könne nicht gestellt werden. Im Dezember 2018 sei bei der neuropsychologischen Untersuchung am I.\_\_\_\_ eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionseinschränkung festgestellt worden. Dieser Untersuchung sei nicht zu entnehmen, ob ein Beschwerdevalidierungsverfahren durchgeführt worden sei. Es sei erwähnt worden, dass das Wiedererkennen verbaler Inhalte grenzwertig sei, dass sie Mühe habe, sich zu konzentrieren, dass die Aufmerksamkeit herabgesetzt sei. Diese Befunde stünden im Gegensatz zu den Schilderungen der Explorandin, dass sie gerne während Stunden lese. Lesen sei eine Tätigkeit, die ein hohes Mass an Aufmerksamkeit und

Konzentrationsfähigkeit voraussetze, ansonsten es nicht als lustvoll erlebt werden könne. Auch die Tatsache, dass die Explorandin ohne Schwierigkeiten Autofahren könne, schliesse relevante kognitive Beeinträchtigungen aus. Die Explorandin stehe in Behandlung von Frau E. \_\_\_\_, die in der Praxis von Dr. D. \_\_\_\_ in [...] arbeite. Letzterer habe eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode und eine chronische Schmerzstörung diagnostiziert und eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % attestiert. Bei der Explorandin hätten im Rahmen der Untersuchung aber gelegentlich leichte depressive Verstimmungen festgestellt werden können. Es bestünden auch keine morgendlichen Antriebsstörungen, kein ausgeprägter sozialer Rückzug, keine Minderwertigkeitsgefühle. Die gelegentlich auftretenden leichten depressiven Verstimmungen seien im Rahmen der Neurasthenie einzuordnen. Es seien praktisch alle Kriterien für die Diagnose einer Neurasthenie vorhanden. Dabei handle es sich um eine rein subjektive Beschwerdeschilderung, die Beschwerden könnten nicht objektiviert werden. Aufgrund einer rein subjektiven Schilderung von Beschwerden könne keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Die Explorandin schone sich über alle Massen, fühle sich schnell erschöpft, habe von Schmerzen berichtet, die nicht objektiviert werden könnten. Es handle sich also um rein subjektive Angaben von Beschwerden, Einschränkungen und Schmerzen, ohne dass irgendwelche objektiven Befunde erhoben werden könnten. Die im Brief von Dr. med. D. \_\_\_\_ erwähnten Konzentrationsstörungen kontrastierten mit den Aussagen der Explorandin, dass sie sehr gerne und sehr viel lese. Die Explorandin habe seit jeher eine gute Beziehung mit ihren Familienangehörigen, habe während Jahren im Verkauf gearbeitet und sei als selbständige Kosmetikerin tätig. Gestützt auf die vorgehenden Ausführungen vermag auch die gutachterliche Schlussfolgerung zu überzeugen, wonach aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegt: Von ihrer Persönlichkeit her sei die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht beeinträchtigt. Sie sei belastet durch die angespannte finanzielle Situation, sie werde mehrheitlich von ihrem Bruder unterstützt. Die Explorandin befinde sich seit 04/19 in ambulanter psychiatrischer und psychologischer Behandlung, werde antidepressiv behandelt. Im Gegensatz zu ihren Angaben nehme sie aber gemäss den durchgeführten Blutuntersuchungen das verordnete Antidepressivum gar nicht ein. Zusätzlich sollte dringend eine MTT durchgeführt werden. Die Explorandin gestalte ihren Alltag sehr passiv, schränke sich über alle Massen ein, begründe ihre Passivität mit Schmerzen, die nicht objektiviert werden könnten. Eine MTT sei im ambulanten Setting ohne weiteres durchführbar. Die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung, bei der kaum mehr eine Arbeit möglich sei, lasse sich weder aus psychiatrischer noch aus somatischer Sicht hinreichend objektivieren. Sie sei weitgehend invaliditätsfremd und werde sich durch eine psychiatrische Behandlung auch kaum beeinflussen lassen. Diese Selbstlimitierung begründe aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit. Gestützt auf dieses beweismässige fachärztliche Teilgutachten, welches eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in überzeugender Weise verneint, kann auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429).

7.5 Gestützt auf die schlüssigen Teilgutachten vermag sodann auch die Gesamtbeurteilung im C. \_\_\_\_-Gutachten (vgl. E. II. 6.6 hiervor), wonach die Beschwerdeführerin sowohl in ihrer bisherigen Tätigkeit als Kosmetikerin als auch einer angepassten Tätigkeit nicht eingeschränkt sei und auch rückblickend keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden habe, zu überzeugen.

7.6 Schliesslich vermögen auch die Rügen der Beschwerdeführerin und die entgegengesetzten Arztberichte des behandelnden Psychiaters, Dr. med. D.\_\_\_\_, auf welche sich die Beschwerdeführerin in ihren Ausführungen abstützt, den Beweiswert des C.\_\_\_\_-Gutachtens nicht zu schmälern. Wie die C.\_\_\_\_-Gutachter in ihrer Stellungnahme vom 22. Februar 2020 überzeugend darlegten, spricht der Umstand, dass das Medikament Duloxetin im Rahmen der Blutuntersuchung vom 25. September 2019 (vgl. IV-Nr. 88) nicht nachweisbar war, dafür, dass die Explorandin im Gegensatz zu ihren Angaben das Medikament an den Vortagen und am Tag der Untersuchung nicht eingenommen hat. Dies wiederum spricht eher gegen einen hohen Leidensdruck. Der Einwand von Dr. med. D.\_\_\_\_, wonach die angegebene medikamentöse Behandlung erst am 19. September 2019 begonnen worden sei, weswegen der Spiegel zum Zeitpunkt der Messung ohnehin nicht aussagekräftig gewesen sei, vermag daran nichts zu ändern. Sodann verwies Dr. med. D.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 20. Januar 2020 darauf, dass im Gegensatz zur gutachterlichen Befunderhebung anlässlich seiner Behandlungen bei der Beschwerdeführerin immer wieder die Kriterien einer mittelgradigen Depression vorgelegen hätten. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass aus unterschiedlichen Befunden, welche zudem zu unterschiedlichen Zeitpunkten erhoben wurden, grundsätzlich keine Schlüsse gezogen werden können, welche gegen den Beweiswert des Gutachtens sprechen, zumal Dr. med. D.\_\_\_\_ nicht darlegt, inwiefern die Befunderhebung des psychiatrischen Gutachters nicht fachgerecht erhoben worden sein sollte. Der von der Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung geschilderte Tagesablauf (S. 35 des C.\_\_\_\_-Gutachtens) spricht denn auch gegen das Vorliegen eines erheblichen sozialen Rückzugs. Des Weiteren macht Dr. med. D.\_\_\_\_ geltend, bei der Beschwerdeführerin sei eine Verschlechterung erstellt, da sie, noch bevor das Gutachten einsehbar gewesen sei, Anfang Dezember 2019 über Suizidgedanken berichtet und von sich aus den Wunsch nach einer stationären Behandlung geäussert habe, zu welchem sie im Dezember 2019 angemeldet worden sei. Diesbezüglich ist anzumerken, dass die Beschwerdeführerin von der Beschwerdegegnerin bereits mit Schreiben vom 4. Dezember 2019 (IV-Nr. 82) darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass das C.\_\_\_\_-Gutachten nun vorliege und ihrem behandelnden Arzt eine Kopie des Gutachtens zugestellt worden sei. Ob die von der Beschwerdeführerin Anfang Dezember erwähnten Suizidgedanken von dieser somit tatsächlich vor Kenntnisnahme des Gutachtens geäussert wurde oder erst danach, als eine mögliche Folge der gutachterlichen Beurteilung, erscheint damit zumindest fraglich. Die behauptete Verschlechterung wird von Seiten des behandelnden Psychiaters denn auch nicht eingehender begründet. Somit erscheint eine relevante andauernde Verschlechterung seit dem Erlass des Gutachtens nicht erstellt zu sein, zumal bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19. Januar 2021 keine weiteren medizinischen Unterlagen vorliegen, welche eine allfällige Verschlechterung belegen würden. Sodann kritisierte Dr. med. D.\_\_\_\_, im Gutachten werde das Vorliegen einer Schmerzstörung nicht diskutiert, obwohl die Kriterien für eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren erfüllt seien. Diesbezüglich entgegnete der psychiatrische Gutachter in seiner Stellungnahme in nachvollziehbarer Weise, die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin kaum Schmerzmittel einnehme, kaum physiotherapeutische Behandlungen durchgeführt worden seien und sie den Alltag trotz der Klagen über Schmerzen aktiv gestalte, schliesse das Vorhandensein einer Schmerzstörung aus. Die Explorandin sei im Alltag nicht durch schwere, invalidisierende Schmerzen beeinträchtigt. Diese Schlussfolgerung erscheint durch die gutachterliche Befund- und Anamneseerhebung plausibel. So ergeben sich aus dem von der Beschwerdeführerin

geschilderten Tagesablauf (S. 35 des C.\_\_\_\_-Gutachtens) zwar gewisse Einschränkungen, jedoch kann daraus nicht geschlossen werden, dass der Schmerz «in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen» verursacht (vgl. die Definition zu «Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren» gemäss ICD-10 F45.41, welche von Dr. med. D.\_\_\_\_ diagnostiziert wurde, vgl. E. II. 6.7 hiervor). Die Beschwerdeführerin gab zudem gegenüber dem Gutachter an, physiotherapeutische Behandlungen hätten zu einer Zunahme der Schmerzen geführt, sie habe diese Behandlungen vorzeitig abbrechen müssen (S. 33 des Gutachtens). Dass sie sich nun gemäss Bestätigung von Dr. F.\_\_\_\_ vom 10. Juli 2020 (IV-Nr. 102) wiederum chiropraktischen Massnahmen kombiniert mit Training zur Rumpf- und Rücken-stabilisation sowie Ergonomie-Training unterzieht, vermag an der vorgenannten Schlussfolgerung nichts zu ändern, zumal auf der vorgenannten Bestätigung nicht zu entnehmen ist, in welcher Häufigkeit sie diese therapeutischen Massnahmen beansprucht. Des Weiteren brachte Dr. med. D.\_\_\_\_ vor, im Gutachten werde nicht erwähnt, dass die Beschwerdeführerin bereits früher psychische Dekompensationen erlitten habe (2017 Panikstörung, 2015/2016 Depression). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass es hierzu in den vorliegenden Akten keine Hinweise gibt. Zudem erwähnte die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung lediglich, nach der Scheidung 2016 sei sie durch die Drohungen ihres Ex-Mannes betroffen gewesen, in der Zwischenzeit habe sich die Situation beruhigt. Sie sei damals während zwei Sitzungen bei einer Psychiaterin in [...] gewesen, an deren Namen sie sich nicht mehr erinnern könne. Die Behandlung habe sie nicht als hilfreich erlebt. Aus diesen Angaben kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine erhebliche frühere psychiatrische Erkrankung geschlossen werden. Insofern Dr. med. D.\_\_\_\_ weiter darauf hinweist, dass die im neuropsychologischen Gutachten im Vergleich zur vorgehenden neuropsychologischen Untersuchung ausgewiesene Leistungsverbesserung auch durch einen Lerneffekt begünstigt sein könnte, so erscheint dies zwar möglich, bleibt aber schlussendlich hypothetisch, so dass daraus nichts abgeleitet werden kann. Sodann brachte Dr. med. D.\_\_\_\_ vor, die in der Therapie objektivierbaren Aufmerksamkeitsdefizite widersprüchen der beschriebenen Aufmerksamkeitsleistung, die nötig wäre, um «ohne Schwierigkeiten» Auto zu fahren und «stundenlang» lesen zu können, wie es im Gutachten heisse. Dem ist entgegenzuhalten, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung offenbar tatsächlich angegeben hat, sehr gerne und viel zu lesen und zumindest 30 Minuten Auto fahren zu können. Dementsprechend ist es nicht zu beanstanden, wenn der Gutachter bei seiner Beurteilung auf diese Aussagen der Beschwerdeführerin abstellt. Allfällige divergierende Angaben der Beschwerdeführerin gegenüber den behandelnden Ärzten vermögen daran nichts zu ändern. Das Gleiche gilt hinsichtlich der klaren Aussage der Beschwerdeführerin gegenüber dem Gutachter, wonach sie im Frühjahr 2019 mit ihrer Mutter während zwei Wochen in der [...] in den Ferien gewesen sei. Schliesslich argumentierte Dr. med. D.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme, die Beschwerdeführerin habe einen überaus hohen und unflexiblen Anspruch an sich selber, der sie zu einem Auftreten zwingt, dem Aussenstehende nicht anmerken sollten, wie es ihr gehe. Darunter falle auch ihre stets makellose Zurechtgemachtheit, eine Fassade, in die sie praktisch die gesamte noch verfügbare Energie stecke, um ihr Selbstbild zu erhalten. Demgegenüber erscheint die Argumentation des psychiatrischen Gutachtens nachvollziehbarer, wonach es nicht der klinischen Erfahrung entspreche, dass schwer depressive Menschen makellos «zurechtgemacht» daherkämen und die nötige Energie hätten, um eine solche «Fassade» aufrechtzuhalten. Zusammenfassend

vermögen somit die Vorbringen des behandelnden Psychiaters den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht zu schmälern, zumal in diesem Zusammenhang auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen ist, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit weiteren Hinweisen), weshalb den Berichten von Dr. med. D.\_\_\_\_ auch aus diesem Grund nur begrenzt Beweiswert zuzumessen ist.

#### **E. 5**

Chronisch venöse Insuffizienz beidseits (ICD-10 I83.9)

#### **E. 6**

Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F17.1)

#### **E. 7**

Latente Hypothyreose (ICD-10 E03.9) - erhöhter TSH-Wert bei normalen peripheren Schilddrüsenparametern Aus rheumatologischer Sicht beeinflussten die Hypermobilität und das chronische thorakolumbospondylogene Schmerzsyndrom die Arbeitsfähigkeit der Explorandin qualitativ. Für körperlich regelmässig mittelschwer bis schwer belastende Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsunfähigkeit. Körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten seien der Explorandin jedoch, ebenso wie die selbständige Tätigkeit als Kosmetikerin, ohne Einschränkung zumutbar. Aus allgemeininternistischer Sicht könne keine weitere somatische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Die psychiatrische Diagnose einer Neurasthenie schränke die Arbeitsfähigkeit aus gutachterlicher Sicht nicht relevant ein. Die assoziierte leichte neuropsychologische Funktionsstörung führe dazu, dass Tempoanforderungen bei Erwerbstätigkeiten leicht unterdurchschnittlich sein sollten. Arbeitsaufträge sollten nur bei einfachen Problemen das selbständige Erarbeiten von Lösungen beinhalten. Bei bekannten Anforderungen, wie auch in der angestammten Tätigkeit, seien die besten Leistungen zu erwarten. Insgesamt könne somit aus polydisziplinärer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als selbständige Kosmetikerin festgestellt werden. 6.7 Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und lic. phil. E.\_\_\_\_, Psychotherapeutin, führten in ihrer Stellungnahme vom 20. Januar 2020 (IV-Nr. 84) aus, der Gutachter schlussfolgerte, dass die Beschwerdeführerin ihre Medikamente nicht einnehme, da der Spiegel des Duloxetins gleich 0 gewesen sei. Die angegebene medikamentöse Behandlung habe am 19. September 2019 begonnen, also ein paar Tage vor dem Gutachten, weswegen der Spiegel ohnehin zum Zeitpunkt der Messung nicht aussagekräftig gewesen sei. Sodann werde im Gutachten eine Neurasthenie diagnostiziert, was u.a. bedeuten würde, dass die Beschwerdeführerin höchstens phasenweise leicht depressiv wäre. Bereits zu Behandlungsbeginn seien die Kriterien einer mittelgradigen Depression erfüllt mit Niedergestimmtheit, erhöhter Ermüdbarkeit, Interessenslosigkeit, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisschwierigkeiten, Appetitverlust, Insuffizienzgefühlen, negativistischen Zukunftsperspektiven (vgl. auch den Eintrittsbericht vom 21. März 2019). Im weiteren Verlauf der Behandlung habe sie zunehmend von einer Zustandsverschlechterung geklagt. Anfang Dezember 2019 (bevor das Gutachten einsehbar gewesen sei), habe sie über Suizidgedanken berichtet und habe von sich aus den Wunsch nach einer stationären Behandlung geäußert, welche im Dezember 2019 angemeldet worden sei (L.\_\_\_\_, [...]). Die oben aufgeführten Symptome seien im Verlauf der Therapie immer wieder im Sinne von Befunden objektivierbar gewesen. Des Weiteren werde im

Gutachten das Vorliegen einer Schmerzstörung nicht diskutiert, obwohl die Kriterien für eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren erfüllt seien. Die Beschwerdeführerin leide seit über sechs Monaten an Schmerzen im Rücken mit somatischem Korrelat, welches den Schweregrad, die Aufrechterhaltung der Schmerzen und die Exazerbation im vorliegenden Ausmass nicht erklären könne. Sie berichte auch, durch diese Schmerzen im Schlaf massiv gestört zu sein, in ihrem Arbeitspensum nur noch reduziert arbeiten zu können, und sich auch sozial zurückgezogen zu haben. Weiterhin nicht erwähnt sei, dass bei der Beschwerdeführerin eine gering ausgeprägte Introspektions- und Reflexionsfähigkeit auffalle. In den Therapiesitzungen sei auch beobachtet worden, dass sie sich teilweise an Dinge nicht mehr erinnert habe oder sie durcheinandergebracht habe. Es sei nicht auszuschliessen, dass die im Gutachten erwähnten Inkonsistenzen auch dadurch mitbedingt gewesen seien. Weiterhin werde im Gutachten nicht erwähnt, dass der dringende Verdacht bestehe, dass die Beschwerdeführerin bereits früher psychische Dekompensationen erlitten habe (2017 Panikstörung, 2015 / 2016 Depression). Wegen ersterer habe sie damals einige Sitzungen bei einem Therapeuten wahrgenommen. Auch wenn diese Störungen die aktuelle Arbeitsunfähigkeit nicht beeinflussten, so hinterlasse ihr Nichterwähnen Zweifel in Bezug auf die Sorgfältigkeit des Gutachtens. Sodann weise das neuropsychologische Gutachten darauf hin, dass «insgesamt eine gewisse Leistungsverbesserung gegenüber der Voruntersuchung anzunehmen» sei. Nicht erwähnt worden sei, dass es sich bei der angenommenen Leistungsverbesserung mit grosser Wahrscheinlichkeit um einen Lerneffekt handle. Bei der Beschwerdeführerin sei bereits ein Jahr zuvor eine neuropsychologische Testung durchgeführt worden. Es sei davon auszugehen, dass die kognitive Leistungsfähigkeit eher schlechter sei, als im Rahmen des Gutachtens erhoben. Die in der Therapie objektivierbaren Aufmerksamkeitsdefizite widersprächen der beschriebenen Aufmerksamkeitsleistung, die nötig wäre, um «ohne Schwierigkeiten» Auto zu fahren und «stundenlang» lesen zu können, wie es im Gutachten heisse. Im Gutachten stehe, dass die Beschwerdeführerin «ohne Schwierigkeiten» Auto fahre. Auf S. 35 werde jedoch geschrieben, dass sie angegeben habe, maximal 30 Min fahren zu können. Ebenfalls werde erwähnt, dass sie nicht selber nach Basel gefahren sei, sondern vom Bruder dorthin gebracht worden sei. Des Weiteren habe die Beschwerdeführerin im Dezember 2019 (noch vor Kenntnisnahme des Gutachtens) die Psychotherapeutin gewechselt, da diese den Arbeitsort von [...] nach [...] gewechselt habe, und es sich die Beschwerdeführerin nicht zugetraut habe, den fortan längeren Weg mit dem Auto zu fahren (was ungefähr 10 – 15 Min ausmache). Es sei nicht nachvollziehbar, wie der Gutachter die Ansicht entwickeln könne, dass Frau A.\_\_\_\_ «ohne Schwierigkeiten» Auto fahre. Man interpretiere die qualifizierende Sichtweise des Gutachters als intuitives Framing und damit als Bias. Weiterhin beschreibe das Gutachten, dass Frau A.\_\_\_\_ in die Ferien fahre. Seit Behandlungsbeginn habe man aber keine Hinweise darauf, dass sie jemals in die Ferien gegangen sei. Gegenüber den behandelnden Ärzten habe die Beschwerdeführerin geäussert, dass, wenn die Tochter Ferien habe und zu Hause sei, ihr (Frau A.\_\_\_\_) alles zu viel werde, da sie sich ihre Erholungszeiten nicht mehr im selben Ausmass nehmen könne. Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin keine Ferien i.e.S. verbracht habe, und dass bereits die Betreuung der Tochter, wenn sie ferienhalber zu Hause sei, die Beschwerdeführerin massiv überfordere. Weiterhin erwähne das Gutachten mehrfach, dass die beklagten Beschwerden nicht objektivierbar seien, beschreibe die Stimmung aber im Gegenteil als beobachtbar «bedrückt, gelegentlich auch leichtgradig depressiv. Der Antrieb war etwas herabgesetzt». Es liege in der Natur der psychischen Erkrankungen, dass das

subjektive Erleben mit dem Beobachtbaren oft stark differiere, gerade bei zwanghafter, angepasster oder leistungsorientierter Persönlichkeitsstruktur. Die Beschwerdeführerin habe einen überaus hohen und unflexiblen Anspruch an sich selber, der sie zu einem Auftreten zwingt, dem Aussenstehende nicht anmerken sollten, wie es ihr gehe. Darunter falle auch ihre stets makellose Zurechtgemachtheit, eine Fassade, in die sie praktisch die gesamte noch verfügbare Energie stecke, um ihr Selbstbild zu erhalten. Sie sei daher im Gespräch wenig spürbar, wirke affektarm und wenig auslenkbar, wie es teilweise auch im Gutachten nachzulesen sei («nur selten zeigte sich ein Lächeln auf ihrem Gesicht»). Diese Starrheit und die Fixierung auf ihr Äusseres (angesichts ihres Berufs umso verständlicher), sowie die mangelnde Introspektionsfähigkeit führten bei der Beschwerdeführerin zum Aufbau einer reinen Fassadenpersönlichkeit, die sie erst ganz zum Schluss opfere. Die von der Beschwerdeführerin als unerträglich wahrgenommenen Schmerzen zwängen sie dazu, ihre durch die Schmerzen stark reduzierten Ressourcen in ihr Äusseres zu stecken, um nicht suizidal zu werden. Breche dieses Äussere zusammen, sei die Beschwerdeführerin am Ende. Zusammenfassend sei festzuhalten, dass im psychiatrischen Gutachten beurteilungsrelevante Inhalte vernachlässigt resp. nicht erwähnt und teilweise nicht nachvollziehbare oder widersprüchliche Aussagen gemacht worden seien. Somit werde das psychiatrische Gutachten dem Krankheitsbild und der Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht gerecht. Angesichts der psychischen Struktur und des Leidens der Beschwerdeführerin sei es komplett unrealistisch, dass sie zu 100 % arbeitsfähig sein solle. Um die mittelfristige Arbeitsfähigkeit überhaupt sinnvoll eruieren zu können, sei ein Belastbarkeitstraining indiziert. Weiterhin sei zu beachten, dass sich das Zustandsbild verschlechtert habe, und die Beschwerdeführerin Anfang Dezember 2019 von Suizidgedanken berichtet und von sich aus einen Klinikaufenthalt gewünscht habe. Die Anmeldung sei im L.\_\_\_\_-Haus des K.\_\_\_\_ in [...] erfolgt. 6.8 In der Stellungnahme des C.\_\_\_\_ vom 22. Februar 2020 (IV-Nr. 88) wurde ausgeführt, am 25. September 2019 sei die Beschwerdeführerin psychiatrisch untersucht und es sei eine Blutentnahme durchgeführt worden. Dabei sei das Medikament Duloxetine im Blut nicht nachweisbar gewesen. Bei der Untersuchung habe sie berichtet, dass sie das Medikament seit zwei Wochen einnehme. Sie habe explizit berichtet, dass sie es an den Vortagen und am Tag der Untersuchung eingenommen habe. Wenn nun das Medikament im Rahmen der Blutuntersuchung nicht nachweisbar gewesen sei, bedeute dies, dass die Explorandin im Gegensatz zu ihren Angaben das Medikament an den Vortagen und am Tag der Untersuchung nicht eingenommen habe. Sodann habe die Explorandin berichtet, dass sie seit April 2019 eine psychiatrisch-psychologische Behandlung aufgenommen habe und sie in psychologischer Behandlung bei Frau E.\_\_\_\_ sei. Die Behandlung sei alle zwei Wochen durchgeführt worden. Die Explorandin sei noch nie stationär psychiatrisch behandelt worden. Weiter habe sie berichtet, dass sie nachts gelegentlich erwache, dass das Aufstehen keine Probleme mit sich bringe. Sie mache regelmässig mehrere Spaziergänge pro Tag mit ihrem Hund, bereite regelmässig ein Frühstück für die Tochter zu. Den Haushalt führe sie bis auf schwere Arbeiten selbständig. Kleinere Einkäufe seien möglich. Autofahren bis zu 30 Minuten sei möglich. Sie habe explizit berichtet, dass sie sehr viel lese, sich für Geschichte und Biographien interessiere. Auch am Abend würde sie meistens lesen. An den Wochenenden habe sie regelmässig Kontakt mit ihrem Bruder. Sie habe berichtet, dass sie 2019 in der [...] in den Ferien gewesen sei. Diese Schilderungen ihrer Alltagsaktivitäten und der psychopathologische Befund, der anlässlich der Untersuchung erhoben worden sei, zeigten also keine Hinweise für das Vorhandensein einer depressiven Störung. Die

Stimmung sei bei der Untersuchung herabgesetzt gewesen, gelegentlich leichtgradig depressiv, der affektive Kontakt sei gut gewesen, der Antrieb etwas herabgesetzt. Es gebe somit anlässlich der Untersuchung vom 25. September 2019 keine Hinweise für das Vorhandensein einer manifesten Depression. Sodann habe die Explorandin berichtet, dass sie gelegentlich wegen ihrer Schmerzen nicht gut schlafen könne. Sie berichte, dass sie nicht regelmässig Schmerzmittel einnehme, da diese nicht helfen würden und keine physiotherapeutischen Behandlungen durchgeführt würden. Die Explorandin berichte, dass sie bei der Arbeit müde und erschöpft sei, berichte aber in ihren ausführlichen Schilderungen ihrer Alltagsaktivitäten nicht, dass sie dabei gelegentlich durch Schmerzen eingeschränkt sei. Die Tatsache, dass sie also kaum Schmerzmittel einnehme, kaum physiotherapeutische Behandlungen durchgeführt worden seien und sie den Alltag trotz der Klagen über Schmerzen aktiv gestalte, schliesse das Vorhandensein einer Schmerzstörung aus. Die Explorandin sei im Alltag nicht durch schwere, invalidisierende Schmerzen beeinträchtigt. Auf dem Hintergrund ihrer ausgeprägten Krankheitsüberzeugung fühle sie sich durch ihre Schmerzen mehr beeinträchtigt, als dass es objektivierbar sei. Eine eigentliche Schmerzstörung könne aber nicht diagnostiziert werden. Des Weiteren weise die Explorandin keine gering ausgeprägte Introspektions- oder Reflexionsfähigkeit auf. Die Konzentration sei gut gewesen, Merkfähigkeit und Gedächtnisleistungen seien intakt. Es fänden sich somit keine Hinweise auf kognitive Einschränkungen, die die Inkonsistenzen erklären könnten. Die Explorandin habe anlässlich der psychiatrischen Untersuchung nicht erwähnt, dass sie früher psychische Probleme gehabt habe und sie in Behandlung gewesen sei. Nach Angaben des behandelnden Psychiaters, Dr. med. D. \_\_\_\_, hätten auch früher nur einzelne Sitzungen stattgefunden. Die Explorandin berichte explizit, dass sie gerne lese, dass sie stundenlang ohne Probleme lesen könne, dass sie problemlos 30 Minuten mit dem Auto fahren könne. Dies schliesse relevante Konzentrationsstörungen, die die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen könnten, aus. Wenn die Explorandin 30 Minuten mit dem Auto fahren könne, so sei sie auch in der Lage, mit dem Auto von [...] nach [...] zur Therapie zu fahren. Die Explorandin berichtete explizit, dass sie im Frühjahr 2019 während zwei Wochen zusammen mit der Mutter in der [...] in den Ferien gewesen sei. Es treffe zu, dass der Verlauf einer Depression schwankend sei. Die Explorandin habe sich aber erst 04/19 in ambulante Psychotherapie begeben, nehme entgegen ihren Angaben die verordneten Antidepressiva gar nicht ein. Im Rahmen einer Neurasthenie könne es durchaus gelegentlich zu leichten depressiven Verstimmungen, einem leicht herabgesetzten Antrieb kommen. Die Explorandin sei aber im Alltag nicht durch eigentlich depressive Symptome beeinträchtigt. Es entspreche auch nicht der klinischen Erfahrung, dass schwer depressive Menschen makellos «zurechtgemacht» daherkämen, die nötige Energie hätten, um eine solche «Fassade» aufrechtzuhalten. Zusammenfassend seien auch in Anbetracht der in der Zwischenzeit eingegangenen Akten keine Hinweise vorhanden, dass die Arbeitsfähigkeit der Explorandin aus psychiatrischer Sicht beeinträchtigt sei. 6.9 Dr. F. \_\_\_\_, Chiropraktor, hielt in seinem Schreiben vom 10. Juli 2020 (IV-Nr. 102) fest, hiermit bestätige er, dass sich die Beschwerdeführerin auf Grund der Diagnose «Chronisches Lumbovertebralsyndrom überlagert von Kinesiophobie» bei ihm in Behandlung befinde. Die Therapie bestehe aus chiropraktischen Massnahmen kombiniert mit Training zur Rumpf- und Rückenstabilisation sowie Ergonomie-Training. 7. Die Beschwerdegegnerin stellt in der angefochtenen Verfügung auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle C. \_\_\_\_, ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Die Begutachtungsstelle wurde nach dem Zufallsprinzip ausgesucht und die Expertise von ausgewiesenen Fachärztinnen und

Fachärzten auf den entsprechenden Gebieten erstellt. Diese waren im Besitz der gesamten, der Beschwerdeführerin zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Akten und sie haben die Beschwerdeführerin allesamt eingehend untersucht. Die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden wurden dabei berücksichtigt. Insofern sind die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise grundsätzlich erfüllt. Die Beschwerdeführerin lässt aber hinsichtlich der von der Beschwerdeführerin nach dem Zufallsprinzip ausgewählten Begutachtungsstelle vorbringen, es sei sehr zweifelhaft, ob eine Gutachterstelle wie das C.\_\_\_\_, deren Machenschaften derart negativ in die Schlagzeilen geraten sei, einen Sachverhalt so zuverlässig abklären könne, damit dieses Gutachten eine würdige Grundlage für einen IV-Entscheid darstellen könne. Mit diesen pauschalen Vorbringen vermag die Beschwerdeführerin keine generelle Befangenheit der involvierten Gutachter zu begründen, zumal sich auch ein Ausstandsbegehren stets nur gegen einzelne Gutachterpersonen und nicht gegen die Gutachterstelle als solche richten könnte (s. BGE 137 V 210 E. 1.3.3 S. 227; Urteil des Bundesgerichts 9C\_294/2016 vom 27. Mai 2016 E. 2). Genau auf Letzteres zielen aber die vorgenannten Ausführungen ab. Nachdem die Beschwerdeführerin keine konkreten Umstände nennt, welche geeignet wären, den Anschein einer Befangenheit der involvierten Gutachter zu erwecken, ist darauf nicht weiter einzugehen. Sodann ist zu prüfen, ob das C.\_\_\_\_-Gutachten auch die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein beweismässiges Gutachten (vgl. E. II. 4.2 hiervor) zu erfüllen vermag.

7.1 Im internistischen Teilgutachten (IV-Nr. 81.4) führte der Gutachter aus, die Explorandin gebe keine spezifischen Beschwerden im Zusammenhang mit möglichen allgemeininternistische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an. Sie könne in erster Linie wegen ihren chronischen Schmerzen und psychischen Problemen nicht vollzeitig arbeiten. Sodann erhob der Gutachter folgende Befunde: «Puls regelmässig 72/min. Klinische Untersuchung des Herzens, der Lungen und des Abdomens unauffällig. Normaler Gefässstatus, keine pathologischen Lymphknoten palpabel. Kopf- und Halsorgane cursorisch geprüft unauffällig. Integument unauffällig. Varikosis an beiden Beinen. Nervensystem: Positionsversuch, Finger-Nasen-Versuch, Diadochokinese und Hirnnerven cursorisch geprüft unauffällig.» Gestützt auf diese Befunderhebung kam der Gutachter in nachvollziehbarer Weise zum Schluss, dass keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen. Retrospektiv gesehen fänden sich auch keine Hinweise für eine langandauernde Arbeitsunfähigkeit in der Vergangenheit aufgrund einer allgemeininternistischen Diagnose. Aus rein allgemeininternistischer Sicht bestehe eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Kosmetikerin.

7.2 Im rheumatologischen Teilgutachten (IV-Nr. 81.5) hielt die rheumatologische Gutachterin fest, bei der aktuellen klinischen Untersuchung klage die Explorandin über Schmerzen im Bereich der gesamten Wirbelsäule mit Betonung iliolumbal rechts. In diesem Bereich gebe die Explorandin schon bei leichter Berührung deutliche Druckdolenz an. Es bestehe eine myostatische Insuffizienz mit den entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen. Die Beweglichkeit der LWS sei ausschliesslich für die Inklination schmerzbedingt deutlich eingeschränkt. Es zeige sich eine ISG-Funktionsstörung rechts, die für die Beschwerdesymptomatik in diesem Bereich mitverantwortlich sei. Klinische Hinweise für eine radikuläre oder Wurzelkompressionssymptomatik wie Reflexausfälle oder Abschwächung von Kennmuskeln fänden sich nicht. Der Lasegue sei beidseits negativ. Dies korreliere gut mit dem Befund der letztmalig im 06/18 durchgeführten Kernspintomographie der LWS und ISG, die bis auf eine beginnende Osteochondrose und Diskusprotrusion L4/5 unauffällig

gewesen sei. Hinweise für eine Neurokompression oder höhergradige degenerative Veränderungen hätten sich nicht gefunden. Darüber hinaus habe sich in den vergangenen Jahren ein chronisches zervikospodylogenes Schmerzsyndrom mit Zervikozephalgien und gelegentlichen Zervikobrachialgien entwickelt. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung sei lediglich die Reklination des Kopfes schmerzbedingt eingeschränkt. Ansonsten sei die HWS in sämtlichen Ebenen frei beweglich. Es fänden sich Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur, insbesondere Triggerpunkte am M. levator scapulae, die für die Beschwerdesymptomatik in diesem Bereich mitverantwortlich seien. Klinische Hinweise für eine radikuläre oder Wurzelkompressionssymptomatik fänden sich nicht. Auffällig bei der klinischen Untersuchung sei eine allgemeine Hypermobilität mit Überstreckbarkeit der Gelenke. Bei ungenügender muskulärer Stabilisierung könne es deswegen immer wieder zu Überlastungserscheinungen im Bereich der peripheren Gelenke und zu Blockierungen im Wirbelsäulenbereich mit der entsprechenden Beschwerdesymptomatik kommen. Die von der Explorandin angegebenen belastungsabhängigen Hüftgelenksbeschwerden beidseits liessen sich am ehesten hierauf zurückführen. Bei der klinischen Untersuchung seien die Hüftgelenke frei beweglich. Die im 06/18 durchgeführten Rx-Aufnahmen des Beckens und der Hüftgelenke zeigten einen unauffälligen altersentsprechenden Befund. Aufgrund von intermittierenden Blockierungen im Wirbelsäulenbereich sei die Explorandin in der Vergangenheit mehrfach in chiropraktischer Behandlung mit jeweils gutem, wenn auch nur vorübergehendem Erfolg. Hinweise für ein entzündlich rheumatisches Geschehen als Ursache der Beschwerdesymptomatik fänden sich weder klinisch, labortechnisch, radiologisch noch kernspintomographisch. Für die von Seiten des Bewegungsapparates her geklagten Schmerzen und Funktionseinschränkungen finde sich nur zum Teil ein entsprechendes morphologisches Korrelat. Die im Bericht des behandelnden Rheumatologen Dr. J. \_\_\_ am 3. April 2019 gestellte Diagnose eines chronischen thorakolumbovertebralen Schmerzsyndroms, teilweise mit spondylogenen Ausstrahlungen bei Wirbelsäulenfehlstatik und muskulären Dysbalancen sowie degenerativen Wirbelsäulenveränderungen decke sich mit der Diagnose im vorliegenden Gutachten. Auch dort hätten sich keine Hinweise für eine radikuläre Symptomatik oder eine Spondylarthritis ergeben. Eine Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit sei durch ihn nicht erfolgt. Sodann vermag gestützt auf die vorgehenden Ausführungen auch die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht zu überzeugen: Bis auf die allgemeine Hypermobilität und degenerative Veränderungen im Lumbalbereich stünden der Explorandin aus rein rheumatologischer Sicht sämtliche Fähigkeiten und Ressourcen zur Verfügung, die zur Ausübung einer adaptierten Tätigkeit erforderlich seien. Die Tätigkeit als selbständige Kosmetikerin entspreche dem zumutbaren Leistungsprofil und sei der Explorandin 8 Stunden pro Tag zumutbar. Als zumutbar sei eine leichte bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit anzusehen. Es gebe aus Sicht des Bewegungsapparates keine Hinweise dafür, dass die Arbeitsfähigkeit als Kosmetikerin in den vergangenen Jahren längerfristig relevant eingeschränkt gewesen sei.

7.3 Im neuropsychologischen Teilgutachten (IV-Nr. 81.7) führte der Gutachter aus, das prämorbid Intelligenzniveau sei durchschnittlich. Hierauf wiesen die schulische und berufliche Anamnese sowie nicht vulnerable verbale Leistungen hin. Es fänden sich Einschränkungen im Bereich der Aufmerksamkeit. Im Einzelnen finde sich bei einer einfachen Reiz-Reaktionszeitaufgabe zunächst eine stark unterdurchschnittliche mittlere Reaktionszeit, die Reaktionen schwankten stark. Die Reaktionszeit verbessere sich jedoch bereits während der Aufgabenbearbeitung auf ein leicht unterdurchschnittliches Niveau.

Auch bei Wiederholung eines Durchgangs am Ende der Untersuchung sei die Leistung lediglich leicht unterdurchschnittlich. Daher seien Anlaufschwierigkeiten und Unsicherheit als Ursache für das zunächst stark unterdurchschnittliche Abschneiden anzunehmen. In Durchgängen mit Warnsignal vor dem kritischen Reiz sei die mittlere Reaktionszeit leicht unterdurchschnittlich und die Zeiten schwankten leicht vermehrt. Wenn auf bestimmte Reize reagiert werden solle, sei die mittlere Reaktionszeit leicht unterdurchschnittlich, es träten leicht vermehrt Fehler auf. Solle auf visuelle und akustische Reize gleichzeitig reagiert werden, finde sich eine durchschnittliche mittlere Reaktionszeit bei auditiven Reizen, die Reaktionen schwankten leicht. Bei visuellen Reizen sei die mittlere Reaktionsgeschwindigkeit leicht unterdurchschnittlich, die Reaktionen schwankten stark. Bei schriftlichen Aufgaben seien die Tempoleistungen leicht unterdurchschnittlich bis durchschnittlich. Im Bereich des verbalen Gedächtnisses seien die Leistungen beim Wortlistenlernen durchschnittlich. Bezüglich des unmittelbaren Behaltens verbaler Informationen und dem verbalen Arbeitsgedächtnis zeigten sich leichte Schwierigkeiten. Die figurale Gedächtnisleistung sei durchschnittlich. Im räumlich-konstruktiven Bereich werde eine komplexe zweidimensionale Figur adäquat, jedoch etwas langsam abgezeichnet. Im Bereich der Exekutivfunktionen und höheren Denkleistungen fänden sich durchschnittliche Resultate bezüglich der verbalen Abstraktionsfähigkeit, beim Lösen von einfachen Rechenaufgaben und beim Umstellungswechsel. Die verbale Flexibilität sei leicht herabgesetzt. Die Leistung bei der Konzepterkennung sei deutlich unterdurchschnittlich. Es ergäben sich in der Untersuchung keine Auffälligkeiten, die auf Simulation oder Aggravation hinwiesen. In Beschwerdevalidierungsverfahren würden der Norm entsprechende Resultate erzielt. Das Profil kognitiver Leistungen sei konsistent. Die Kriterien für das Vorliegen einer definitiven, wahrscheinlichen oder möglichen negativen Antwortverzerrung nach Slick et al. (1999) würden nicht erfüllt. Es sei davon auszugehen, dass die Testresultate mit dem tatsächlichen Leistungspotential übereinstimmten. Die Probandin berichte einige depressive Symptome, im Hinblick auf das mögliche Vorliegen einer depressiven Störung werde auf das psychiatrische Gutachten verwiesen. Die neuropsychologischen Defizite betreffen bei der Depression typischerweise Aufmerksamkeitsleistungen und Gedächtnisleistungen sowie Exekutivfunktionen. Üblicherweise sei eine Normalisierung oder weitgehende Normalisierung kognitiver Leistungen nach Remission depressiver Symptome zu erwarten. Bei beklagten Schmerzen und Erschöpfungsgefühl könne auch an das Vorliegen einer Neurasthenie gedacht werden. Neurokognitive Störungen seien in Zusammenhang mit Neurasthenie kaum wissenschaftlich untersucht. In Zusammenhang mit Schmerzen würden insbesondere Aufmerksamkeitseinschränkungen häufig beobachtet. Ein Einfluss der Symptome auf kognitive Leistungen sei im Fall der Probandin anzunehmen. Ein berichteter Unfall sei als möglicher Einflussfaktor zu berücksichtigen. Die Probandin berichte 2017 zusammengebrochen und kurz bewusstlos gewesen zu sein. Sie sei mit einer Platzwunde aufgewacht. Bereits nach leichten Schädelhirntraumen könnten kognitive, affektive und physische Folgebeschwerden auftreten. Im Bereich der kognitiven Leistungen würden am häufigsten Aufmerksamkeitsdefizite, Lern- und Gedächtnisdefizite sowie Exekutivfunktionsstörungen festgestellt. Im weiteren Verlauf sei im Fall des von der Probandin berichteten Ereignisses von einer weitgehenden Normalisierung auszugehen. Es sei ein geringer Einfluss durch das Unfallereignis auf aktuelle kognitive Leistungen möglich. Gestützt auf die vorgehenden schlüssigen Ausführungen vermag sodann auch die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Im Hinblick auf die

Arbeitsfähigkeit könne aus rein neuropsychologischer Sicht gesagt werden, dass Tempoanforderungen bei erwerblichen Tätigkeiten leicht unterdurchschnittlich sein sollten. Anforderungen die rasches Reagieren erforderten, würden nur eingeschränkt bewältigt, daher könnten nur Maschinen mit geringen Reaktionsanforderungen bedient werden. Die Produktivität sei leicht reduziert. Arbeitsaufträge sollten aufgrund der Einschränkungen beim unmittelbaren Behalten bei Bedarf wiederholt oder schriftlich gegeben werden bzw. die Möglichkeit bestehen, Aufträge schriftlich festzuhalten. Aufgrund von Defiziten im Bereich der Exekutivfunktionen sollten Arbeitsaufträge nur bei einfachen Problemen das selbständige Erarbeiten von Lösungen beinhalten. Bei bekannten Anforderungen seien die besten Leistungen zu erwarten. Die Einschränkungen gälten unter anderem auch für eine Tätigkeit als Kosmetikerin. Die neurokognitiven Defizite stünden in Zusammenhang mit dem Verlauf der psychischen Beschwerden, in der Vergangenheit hätten bei der Probandin ausgeprägtere Defizite bestanden (siehe frühere neuropsychologische Einschätzungen). In Zusammenhang mit einer Besserung psychischer Beschwerden sei eine Leistungsverbesserung zu erwarten. Im Vergleich zur Voruntersuchung vom 26. und 29. November 2018, Bericht vom 17. Dezember 2018, Neuropsychologie am I.\_\_\_\_, fänden sich teilweise Leistungsveränderungen. Es sei zu berücksichtigen, dass leichte Leistungsveränderungen auch durch die Messungenauigkeit der Instrumente bedingt sein könnten und zufällige Leistungsschwankungen sowie Lern- und Übungeffekte. Im Bereich der Aufmerksamkeit würden aktuell bessere Leistungen bei Reaktionszeitaufgaben erreicht. Ebenso zeige sich eine etwas bessere Leistung beim Wortlistenlernen. Es seien teilweise andere Leistungen geprüft worden, so dass ein Vergleich nur begrenzt möglich sei. In der Voruntersuchung habe sich beispielsweise eine beeinträchtigte Leistung beim Lernen von Routen gezeigt, was aktuell nicht erfasst worden sei. Andererseits fänden sich in der vorliegenden Untersuchung leichte Defizite im Bereich des Arbeitsgedächtnisses, während in der Voruntersuchung nur das unmittelbare Behalten geprüft worden sei. Insgesamt sei eine gewisse Leistungsverbesserung gegenüber der Voruntersuchung anzunehmen. 7.4 Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 81.6) begründet der Gutachter gestützt auf seine eingehende Anamnese und Befunderhebung in nachvollziehbarer Weise seine Diagnosestellung einer Neurasthenie: Die Explorandin habe vor allem über gesteigerte Ermüdbarkeit, körperliche Schwäche und Erschöpfung nach geringen Anstrengungen, Muskelschmerzen, Schwindel, Kopfschmerzen und Schlafstörungen geklagt. Alle diese Klagen begründeten die Diagnose einer Neurasthenie. Daneben sei die Explorandin gelegentlich auch leichtgradig depressiv gewesen, wobei die depressiven Verstimmungen nicht ausgeprägt gewesen seien. So habe sie berichtet, dass sie Freude an ihrer Tochter habe, dass sie sehr gerne lese, dass sie Freude an Spaziergängen in der Natur habe. Die Explorandin lese während Stunden, fahre Auto, genieße das Zusammensein mit ihrer Tochter, ihren Familienmitgliedern, fahre auch in die Ferien. All dies seien Hinweise dafür, dass sie nicht an einer ausgeprägten depressiven Störung leide. Somit seien die leichten depressiven Verstimmungen im Rahmen der Neurasthenie einzuordnen. Eine weitere psychiatrische Diagnose könne nicht gestellt werden. Im Dezember 2018 sei bei der neuropsychologischen Untersuchung am I.\_\_\_\_ eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionseinschränkung festgestellt worden. Dieser Untersuchung sei nicht zu entnehmen, ob ein Beschwerdevalidierungsverfahren durchgeführt worden sei. Es sei erwähnt worden, dass das Wiedererkennen verbaler Inhalte grenzwertig sei, dass sie Mühe habe, sich zu konzentrieren, dass die Aufmerksamkeit herabgesetzt sei. Diese Befunde stünden im Gegensatz zu den Schilderungen der Explorandin, dass sie gerne

während Stunden lese. Lesen sei eine Tätigkeit, die ein hohes Mass an Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit voraussetze, ansonsten es nicht als lustvoll erlebt werden könne. Auch die Tatsache, dass die Explorandin ohne Schwierigkeiten Autofahren könne, schliesse relevante kognitive Beeinträchtigungen aus. Die Explorandin stehe in Behandlung von Frau E.\_\_\_\_, die in der Praxis von Dr. D.\_\_\_\_ in [...] arbeite. Letzterer habe eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode und eine chronische Schmerzstörung diagnostiziert und eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % attestiert. Bei der Explorandin hätten im Rahmen der Untersuchung aber gelegentlich leichte depressive Verstimmungen festgestellt werden können. Es bestünden auch keine morgendlichen Antriebsstörungen, kein ausgeprägter sozialer Rückzug, keine Minderwertigkeitsgefühle. Die gelegentlich auftretenden leichten depressiven Verstimmungen seien im Rahmen der Neurasthenie einzuordnen. Es seien praktisch alle Kriterien für die Diagnose einer Neurasthenie vorhanden. Dabei handle es sich um eine rein subjektive Beschwerdeschilderung, die Beschwerden könnten nicht objektiviert werden. Aufgrund einer rein subjektiven Schilderung von Beschwerden könne keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Die Explorandin schone sich über alle Massen, fühle sich schnell erschöpft, habe von Schmerzen berichtet, die nicht objektiviert werden könnten. Es handle sich also um rein subjektive Angaben von Beschwerden, Einschränkungen und Schmerzen, ohne dass irgendwelche objektiven Befunde erhoben werden könnten. Die im Brief von Dr. med. D.\_\_\_\_ erwähnten Konzentrationsstörungen kontrastierten mit den Aussagen der Explorandin, dass sie sehr gerne und sehr viel lese. Die Explorandin habe seit jeher eine gute Beziehung mit ihren Familienangehörigen, habe während Jahren im Verkauf gearbeitet und sei als selbständige Kosmetikerin tätig. Gestützt auf die vorgehenden Ausführungen vermag auch die gutachterliche Schlussfolgerung zu überzeugen, wonach aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegt: Von ihrer Persönlichkeit her sei die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht beeinträchtigt. Sie sei belastet durch die angespannte finanzielle Situation, sie werde mehrheitlich von ihrem Bruder unterstützt. Die Explorandin befinde sich seit 04/19 in ambulanter psychiatrischer und psychologischer Behandlung, werde antidepressiv behandelt. Im Gegensatz zu ihren Angaben nehme sie aber gemäss den durchgeführten Blutuntersuchungen das verordnete Antidepressivum gar nicht ein. Zusätzlich sollte dringend eine MTT durchgeführt werden. Die Explorandin gestalte ihren Alltag sehr passiv, schränke sich über alle Massen ein, begründe ihre Passivität mit Schmerzen, die nicht objektiviert werden könnten. Eine MTT sei im ambulanten Setting ohne weiteres durchführbar. Die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung, bei der kaum mehr eine Arbeit möglich sei, lasse sich weder aus psychiatrischer noch aus somatischer Sicht hinreichend objektivieren. Sie sei weitgehend invaliditätsfremd und werde sich durch eine psychiatrische Behandlung auch kaum beeinflussen lassen. Diese Selbstlimitierung begründe aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit. Gestützt auf dieses beweismässige fachärztliche Teilgutachten, welches eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in überzeugender Weise verneint, kann auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429). 7.5 Gestützt auf die schlüssigen Teilgutachten vermag sodann auch die Gesamtbeurteilung im C.\_\_\_\_-Gutachten (vgl. E. II. 6.6 hiervor), wonach die Beschwerdeführerin sowohl in ihrer bisherigen Tätigkeit als Kosmetikerin als auch einer angepassten Tätigkeit nicht eingeschränkt sei und auch rückblickend keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden habe, zu überzeugen. 7.6 Schliesslich vermögen auch die Rügen der Beschwerdeführerin und die entstehenden Arztberichte des behandelnden

Psychiaters, Dr. med. D.\_\_\_\_, auf welche sich die Beschwerdeführerin in ihren Ausführungen abstützt, den Beweiswert des C.\_\_\_\_-Gutachtens nicht zu schmälern. Wie die C.\_\_\_\_-Gutachter in ihrer Stellungnahme vom 22. Februar 2020 überzeugend darlegten, spricht der Umstand, dass das Medikament Duloxetin im Rahmen der Blutuntersuchung vom 25. September 2019 (vgl. IV-Nr. 88) nicht nachweisbar war, dafür, dass die Explorandin im Gegensatz zu ihren Angaben das Medikament an den Vortagen und am Tag der Untersuchung nicht eingenommen hat. Dies wiederum spricht eher gegen einen hohen Leidensdruck. Der Einwand von Dr. med. D.\_\_\_\_, wonach die angegebene medikamentöse Behandlung erst am 19. September 2019 begonnen worden sei, weswegen der Spiegel zum Zeitpunkt der Messung ohnehin nicht aussagekräftig gewesen sei, vermag daran nichts zu ändern. Sodann verwies Dr. med. D.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 20. Januar 2020 darauf, dass im Gegensatz zur gutachterlichen Befunderhebung anlässlich seiner Behandlungen bei der Beschwerdeführerin immer wieder die Kriterien einer mittelgradigen Depression vorgelegen hätten. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass aus unterschiedlichen Befunden, welche zudem zu unterschiedlichen Zeitpunkten erhoben wurden, grundsätzlich keine Schlüsse gezogen werden können, welche gegen den Beweiswert des Gutachtens sprechen, zumal Dr. med. D.\_\_\_\_ nicht darlegt, inwiefern die Befunderhebung des psychiatrischen Gutachters nicht fachgerecht erhoben worden sein sollte. Der von der Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung geschilderte Tagesablauf (S. 35 des C.\_\_\_\_-Gutachtens) spricht denn auch gegen das Vorliegen eines erheblichen sozialen Rückzugs. Des Weiteren macht Dr. med. D.\_\_\_\_ geltend, bei der Beschwerdeführerin sei eine Verschlechterung erstellt, da sie, noch bevor das Gutachten einsehbar gewesen sei, Anfang Dezember 2019 über Suizidgedanken berichtet und von sich aus den Wunsch nach einer stationären Behandlung geäußert habe, zu welchem sie im Dezember 2019 angemeldet worden sei. Diesbezüglich ist anzumerken, dass die Beschwerdeführerin von der Beschwerdegegnerin bereits mit Schreiben vom 4. Dezember 2019 (IV-Nr. 82) darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass das C.\_\_\_\_-Gutachten nun vorliege und ihrem behandelnden Arzt eine Kopie des Gutachtens zugestellt worden sei. Ob die von der Beschwerdeführerin Anfang Dezember erwähnten Suizidgedanken von dieser somit tatsächlich vor Kenntnisnahme des Gutachtens geäußert wurde oder erst danach, als eine mögliche Folge der gutachterlichen Beurteilung, erscheint damit zumindest fraglich. Die behauptete Verschlechterung wird von Seiten des behandelnden Psychiaters denn auch nicht eingehender begründet. Somit erscheint eine relevante andauernde Verschlechterung seit dem Erlass des Gutachtens nicht erstellt zu sein, zumal bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19. Januar 2021 keine weiteren medizinischen Unterlagen vorliegen, welche eine allfällige Verschlechterung belegen würden. Sodann kritisierte Dr. med. D.\_\_\_\_, im Gutachten werde das Vorliegen einer Schmerzstörung nicht diskutiert, obwohl die Kriterien für eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren erfüllt seien. Diesbezüglich entgegnete der psychiatrische Gutachter in seiner Stellungnahme in nachvollziehbarer Weise, die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin kaum Schmerzmittel einnehme, kaum physiotherapeutische Behandlungen durchgeführt worden seien und sie den Alltag trotz der Klagen über Schmerzen aktiv gestalte, schliesse das Vorhandensein einer Schmerzstörung aus. Die Explorandin sei im Alltag nicht durch schwere, invalidisierende Schmerzen beeinträchtigt. Diese Schlussfolgerung erscheint durch die gutachterliche Befund- und Anamneseerhebung plausibel. So ergeben sich aus dem von der Beschwerdeführerin geschilderten Tagesablauf (S. 35 des C.\_\_\_\_-Gutachtens) zwar gewisse Einschränkungen, jedoch kann daraus nicht geschlossen werden, dass der

Schmerz «in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen» verursacht (vgl. die Definition zu «Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren» gemäss ICD-10 F45.41, welche von Dr. med. D.\_\_\_\_ diagnostiziert wurde, vgl. E. II. 6.7 hiervor). Die Beschwerdeführerin gab zudem gegenüber dem Gutachter an, physiotherapeutische Behandlungen hätten zu einer Zunahme der Schmerzen geführt, sie habe diese Behandlungen vorzeitig abbrechen müssen (S. 33 des Gutachtens). Dass sie sich nun gemäss Bestätigung von Dr. F.\_\_\_\_ vom 10. Juli 2020 (IV-Nr. 102) wiederum chiropraktischen Massnahmen kombiniert mit Training zur Rumpf- und Rücken-stabilisation sowie Ergonomie-Training unterzieht, vermag an der vorgenannten Schlussfolgerung nichts zu ändern, zumal auf der vorgenannten Bestätigung nicht zu entnehmen ist, in welcher Häufigkeit sie diese therapeutischen Massnahmen beansprucht. Des Weiteren brachte Dr. med. D.\_\_\_\_ vor, im Gutachten werde nicht erwähnt, dass die Beschwerdeführerin bereits früher psychische Dekompensationen erlitten habe (2017 Panikstörung, 2015/2016 Depression). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass es hierzu in den vorliegenden Akten keine Hinweise gibt. Zudem erwähnte die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung lediglich, nach der Scheidung 2016 sei sie durch die Drohungen ihres Ex-Mannes betroffen gewesen, in der Zwischenzeit habe sich die Situation beruhigt. Sie sei damals während zwei Sitzungen bei einer Psychiaterin in [...] gewesen, an deren Namen sie sich nicht mehr erinnern könne. Die Behandlung habe sie nicht als hilfreich erlebt. Aus diesen Angaben kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine erhebliche frühere psychiatrische Erkrankung geschlossen werden. Insofern Dr. med. D.\_\_\_\_ weiter darauf hinweist, dass die im neuropsychologischen Gutachten im Vergleich zur vorgehenden neuropsychologischen Untersuchung ausgewiesene Leistungsverbesserung auch durch einen Lerneffekt begünstigt sein könnte, so erscheint dies zwar möglich, bleibt aber schlussendlich hypothetisch, so dass daraus nichts abgeleitet werden kann. Sodann brachte Dr. med. D.\_\_\_\_ vor, die in der Therapie objektivierbaren Aufmerksamkeitsdefizite widersprüchen der beschriebenen Aufmerksamkeitsleistung, die nötig wäre, um «ohne Schwierigkeiten» Auto zu fahren und «stundenlang» lesen zu können, wie es im Gutachten heisse. Dem ist entgegenzuhalten, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung offenbar tatsächlich angegeben hat, sehr gerne und viel zu lesen und zumindest 30 Minuten Auto fahren zu können. Dementsprechend ist es nicht zu beanstanden, wenn der Gutachter bei seiner Beurteilung auf diese Aussagen der Beschwerdeführerin abstellt. Allfällige divergierende Angaben der Beschwerdeführerin gegenüber den behandelnden Ärzten vermögen daran nichts zu ändern. Das Gleiche gilt hinsichtlich der klaren Aussage der Beschwerdeführerin gegenüber dem Gutachter, wonach sie im Frühjahr 2019 mit ihrer Mutter während zwei Wochen in der [...] in den Ferien gewesen sei. Schliesslich argumentierte Dr. med. D.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme, die Beschwerdeführerin habe einen überaus hohen und unflexiblen Anspruch an sich selber, der sie zu einem Auftreten zwingt, dem Aussenstehende nicht anmerken sollten, wie es ihr gehe. Darunter falle auch ihre stets makellose Zurechtgemachtheit, eine Fassade, in die sie praktisch die gesamte noch verfügbare Energie stecke, um ihr Selbstbild zu erhalten. Demgegenüber erscheint die Argumentation des psychiatrischen Gutachtens nachvollziehbarer, wonach es nicht der klinischen Erfahrung entspreche, dass schwer depressive Menschen makellos «zurechtgemacht» daherkämen und die nötige Energie hätten, um eine solche «Fassade» aufrechtzuhalten. Zusammenfassend vermögen somit die Vorbringen des behandelnden Psychiaters den Beweiswert des

psychiatrischen Teilgutachtens nicht zu schmälern, zumal in diesem Zusammenhang auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen ist, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit weiteren Hinweisen), weshalb den Berichten von Dr. med. D.\_\_\_\_ auch aus diesem Grund nur begrenzt Beweiswert zuzumessen ist.

## **E. 8**

8.1 Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen ist die angefochtene Verfügung vom 19. Januar 2021 somit zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

8.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und 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

Die Vizepräsidentin	Der Gerichtsschreiber
Weber-Probst	Isch

## **E. 8.2**

Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 8.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

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