

SO_GERICHTE VSBES.2021.62 vom 26. Februar 2021

SO Obergericht, 2021-02-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.62

FR: SO_GERICHTE VSBES.2021.62 du 26 février 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2021.62 del 26 febbraio 2021

Erwägungen

E. 1

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

1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 26. Februar 2021 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen).

E. 2

2.1 Die Beschwerdeführerin rügt zunächst eine Verletzung ihres Anspruchs auf rechtliches Gehör. Sie macht geltend, die Beschwerdegegnerin habe ihr vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 26. Februar 2021 die Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 22. September 2020 (IV-Nr. 40) weder zur Kenntnis- noch zur Stellungnahme unterbreitet. Damit liege eine schwere Gehörsverletzung vor. Angesichts der Schwere der Gehörsverletzung(en) rechtfertige sich eine Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin. Dies werde nicht als «formalistischer Leerlauf» angesehen (Beschwerde Ziff. 7 S. 6 ff.; A.S. 16 ff.).

2.2 Gemäss Art. 29 Abs. 2 Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV, SR 101) haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Dieses dient einerseits der Sachaufklärung. Andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, der in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheides zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 135 I 279 E. 2.3 S. 282, 135 II 286 E. 5.1 S. 293, 132 V 368 E. 3.1 S. 370 mit Hinweisen).

Voraussetzung des Äusserungsrechts sind genügende Kenntnisse über den Verfahrensverlauf, was auf das Recht hinausläuft, in geeigneter Weise über die entscheidwesentlichen Vorgänge und Grundlagen vorweg orientiert zu werden. Wie weit dieses Recht geht, lässt sich nicht generell, sondern nur unter Würdigung der konkreten Umstände beurteilen. Entscheidend ist, ob dem Betroffenen ermöglicht wurde, seinen Standpunkt wirksam zur Geltung zu bringen (Urteil des Bundesgerichts 9C_162/2019, 9C_191/2019 vom 29. Mai 2019 E. 5.3.3.1 mit Hinweisen).

2.3 Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Eine Verletzung desselben führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung des angefochtenen Entscheids. Es kommt mit anderen Worten nicht darauf an, ob die Anhörung im konkreten Fall für den Ausgang der materiellen Streitentscheidung von Bedeutung ist, d.h. die Behörde zu einer Änderung ihres Entscheids veranlasst wird oder nicht (BGE 127 V 431 E. 3d/aa S. 437, 132 V 387 E. 5.1 S. 390). Nach der Rechtsprechung kann aber jedenfalls eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 133 I 201 E. 2.2 S. 204, 127 V 431 E. 3d/aa S. 438). Von einer Rückweisung der Sache ist selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 133 I 201 E. 2.2 S. 204 f., 132 V 387 E. 5.1 S. 390).

2.4 Zur Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. F.____ vom 22. September 2020 ist festzuhalten, dass sich die Beschwerdeführerin dazu vor Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 26. Februar 2021 offensichtlich nicht äussern konnte, da diese der Beschwerdeführerin erst zusammen mit der angefochtenen Verfügung zugestellt wurde. Der Sozialversicherungsträger ist indes nicht verpflichtet, der versicherten Person einen versicherungsinternen Bericht vorgängig zur Stellungnahme zu unterbreiten, wenn sich dieser Bericht darauf beschränkt, an sich feststehende Tatsachen sachverständig zu würdigen (Hans-Jakob Mosimannin: Ghislaine Frésard-Fellay / Barbara Klett / Susanne Leuzinger, Basler Kommentar zum ATSG, Basel 2020, Art. 42 N 43). Das rechtliche Gehör ist jedoch zu gewähren, wenn die RAD-Stellungnahme eine neue medizinische Erkenntnis oder Behauptung enthält, welche nicht den Akten entnommen werden kann (VersG SG IV 2009/280 vom 6. April 2011, bestätigt durch das Urteil des Bundesgerichts 9C_436/2011 vom 5. August 2011 E. 3.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_501/2012 vom 24. Juli 2012 E. 4.2). Im vorliegenden Fall hat die RAD-Ärztin Dr. med. F.____ in ihrer Stellungnahme vom 22. September 2020 der Beschwerdegegnerin lediglich erklärt, dass für die Beurteilung des Leistungsanspruchs der Beschwerdeführerin auf das polydisziplinäre Gutachten abgestellt werden könne und die neuen Arztberichte nichts an der bisherigen Sachverhaltswürdigung änderten. Demnach hat sie keine neuen medizinischen Erkenntnisse mitgeteilt, die den Sachverhalt, wie er sich nach Eingang der Arztberichte dargestellt hatte, in irgendeiner Form verändert hätten. Der RAD-Bericht hat der Beschwerdeführerin somit nicht zwingend zugestellt werden müssen, so dass diesbezüglich keine Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliegt. Im Übrigen würde es sich selbst bei Bejahung einer Gehörsverletzung um einen ohne Weiteres heilbaren Mangel handeln. So ist von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung im Sinne einer Heilung des Mangels selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1 S. 390). Weil das kantonale Versicherungsgericht sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüft, könnte eine allfällige Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliegend ohne weiteres als

geheilt gelten (vgl. BGE 127 V 437 E. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 E. 2b, je mit Hinweisen), zumal sich die Beschwerdeführerin in ihren Rechtsschriften zu der genannten RAD-Stellungnahme hat äussern können.

E. 3

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

3.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

E. 4

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

4.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195 f., 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

4.3 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; Urteil des Bundesgerichts 9C_888/2011 vom 13. Juni 2012 E. 4.2). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der

Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, 122 V 157 E. 1c S. 160 f.).

Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). Den gerichtlichen oder im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch den Sozialversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470 f., 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 26. Februar 2021 (A.S. 1 f.) den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente und/oder berufliche Massnahmen zu Recht verweigert hat. Hierzu bedarf es zunächst der Klärung des medizinischen Sachverhalts. Bei Erlass der Verfügung lagen der Beschwerdegegnerin im Wesentlichen die folgenden für die Anspruchsbeurteilung relevanten medizinischen Unterlagen vor:

5.1 Dem provisorischen Bericht des Spitals G. ___ vom 13. März 2017 (IV-Nr. 9.49 S. 1 ff.) lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin gleichentags nach einem Sturz bei der Arbeit eingeliefert worden war. Folgende Diagnosen sind diesem Bericht zu entnehmen:

Synkope, am ehesten vasovagaler Genese mit Sturz mit/bei

Leichte hypochrome mikrozytäre Anämie bei 119 g/l

Vd. a. Uterus myomatosus

Pseudocholinesterasemangel

Die Vorstellung sei nach einer Synkope mit Sturz und nun Schmerzen im gesamten Rücken und fluktuierender motorischer Schwäche des rechten Armes erfolgt. Aufgrund dieser Befunde sei eine Computertomographie von der Wirbelsäule und dem Schädel inkl. Halsangiographie erfolgt. Dort hätten sich kleine Hypodensitäten unklarer Genese gezeigt, so dass bei DD einer Ischämie eine Rücksprache mit der Neurologie und ein MRI des

Schädels erfolgt sei. Dort sei der Nachweis einer am ehesten mikroangiopathischen Leukencephalopathie erfolgt. Bei einer Irregularität im Bereich der Carotis handle es sich am ehesten um ein Artefakt, eine Dissektion sei jedoch nicht vollständig auszuschliessen. Bei fehlendem Nachweis in der CT-Angiographie und fehlend neu eingetretener Klinik seit dem CT sei auf eine erneute MRI-Angiographie verzichtet worden. Aufgrund der Schmerzen und Unsicherheit der Beschwerdeführerin bzgl. der Analgesie erfolge die Aufnahme auf der Notfall-Bettenstation über Nacht zur Einstellung der Analgesie. Nebenbefundlich sei sonographisch ein vergrößerter Uterus nachgewiesen worden, am ehesten Uterus myomatosus. Diesbezüglich sei die Beschwerdeführerin beschwerdefrei, regelmässige Kontrollen beim Gynäkologen fänden statt, letztmals vor ca. einem Jahr. Für die Zeit vom 13. bis 17. März 2017 wurde der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert.

5.2 Am 4. April 2017 erging der Austrittsbericht des Spitals H.____ (IV-Nr. 9.39 S. 2 ff.). Folgende Diagnosen lassen sich diesem Bericht entnehmen:

Hauptdiagnosen

Nebendiagnosen

Weiter wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei notfallmässig bei Schmerzen im Bereich des Schultergürtels zugewiesen worden. Sie sei vor drei Wochen aufgrund einer wahrscheinlich vasovagalen Synkope bei der Arbeit gestürzt und habe sich dabei den Kopf angeschlagen. Seither habe sie Rückenschmerzen. Bei Eintritt habe sich eine 48-jährige Patientin in schmerzreduziertem Allgemeinzustand und adipösem Ernährungszustand präsentiert. In der Untersuchung habe sich eine diffuse Druckdolenz gezeigt, welche keiner anatomischen Struktur zuordenbar gewesen sei. Druckschmerz sei von Höhe mittlerer BWS bis und mit HWS sowie über den Schultern und paravertebral auslösbar gewesen. Eine konklusive funktionelle Untersuchung sei aufgrund der Schmerzen nicht möglich gewesen. Es hätten sich keine Hinweise für eine radikuläre Symptomatik gezeigt, bei jedoch schlecht kooperativer Beschwerdeführerin mit symmetrisch verminderter Kraft in beiden oberen Extremitäten. Auf eine Bildgebung sei bei dieser diffusen Schmerzproblematik bewusst verzichtet worden. Es sei die stationäre Aufnahme zur Analgesie erfolgt. Im stationären Verlauf habe eine zufriedenstellende Schmerzeinstellung mit Dafalgan, Optifen und Tramal erreicht werden können. Ebenfalls sei eine physiotherapeutische Behandlung begonnen worden. Insgesamt habe durch die begonnenen Massnahmen eine deutliche Verbesserung der Schmerzproblematik erreicht werden können, so dass die Beschwerdeführerin am 30. März 2017 in verbessertem Allgemeinzustand nach Hause habe entlassen werden können. Nebenbefundlich habe sich eine leichte hypochrome mikrozytäre Anämie bei Eisenmangel gezeigt. Bei einem Ferritin von 8 µg/l sei die Gabe von 1000 mg Ferinject i.v. erfolgt. Anamnestisch habe es kein Anhalt für eine gastrointestinale Blutung oder anderem Blutverlust gegeben. Laboranalytisch habe sich ein 25-Hydroxy-Vitamin D von 17 ng/l gezeigt, deshalb sei eine entsprechende Substitution eingeleitet worden. Laboranalytisch habe sich ein HDL von 0.85 mmol/l und ein LDL Cholesterin von 3.25 mmol/l gezeigt. Eine Therapie mit Statin sei vorerst nicht begonnen worden. Nach entsprechender Lifestyle-Modifikation solle der Lipidstatus nachkontrolliert und gegebenenfalls eine Statin-Therapie initiiert werden. Insgesamt sei bei der Beschwerdeführerin sicherlich eine Verbesserung des kardiovaskulären Risikoprofils anzustreben, insbesondere ein Rauchstopp. Für die Zeit vom 27. März bis 1. April 2017 wurde der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert.

5.3 Im Bericht von Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 12. Juni 2017 (IV-Nr. 9.19 S. 2 ff.) wurden folgende Diagnosen festgehalten:

Arbeitsdiagnose:

F45.41 (dt. ICD) Chronisches höchstchronifiziertes BWS-Wirbelsäulensyndrom mit Tendenz zum Wide spread Pain bei ursprünglichem Facettensyndrom thorakal mit zusätzlicher fascieller Komponente, mit ungünstigen psychologischen Cofaktoren bei Nebendiagnosen:

Weiter führte Dr. med. E.____ aus, es bestehe ein hochchronifiziertes Schmerzsyndrom. Es sei zu empfehlen, die Temgesicgabe auf ein retardiertes Präparat umzustellen bzw. eine transdermale Applikation zu bevorzugen. Coanalgetika wie Amitriptylin oder Pregabalin würden im Verlauf ausgetestet. Ein Stabilisationsprogramm sei zu empfehlen, er habe eine dementsprechende Therapie eingeleitet. Zum nächsten Termin plane er eine sonokontrollierte Infiltration des M. trapezius. Das Screening (PHQ-D) sei auf Grund der Sprachbarriere wenig aussagekräftig, eine depressive Verstimmung sei allerdings offensichtlich.

5.4 Die Unfallversicherung Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) liess ihren Kreisarzt Dr. med. I.____, Facharzt für Chirurgie, Stellung zum medizinischen Sachverhalt nehmen, welche am 28. Juli 2017 erstattet wurde (IV-Nr. 9.8). Dr. med. I.____ führte aus, ausweislich der genannten Bildgebung könne festgehalten werden, dass das Ereignis vom 13. März 2017 zu keinen strukturell nachweisbaren Läsionen an der Wirbelsäule oder an den Schultern geführt habe, welche bildgebend nachweisbar wären. Es sei durch den Sturz zu einer Prellung gekommen, sodass die vorbestehenden Rückenbeschwerden durchaus vorübergehend verstärkt worden sein könnten. Diese vorübergehende Verstärkung könne aufgrund der vorbestehenden chronifizierten Wirbelsäulenproblematik mit Ausweitungstendenz in etwa für einen Zeitraum von drei Monaten nach dem Sturzereignis eingegrenzt werden. Ab dieser Zeit seien Prellungsfolgen mit Sicherheit abgeheilt, sodass das vorbestehende Beschwerdebild wieder vollumfänglich für die aktuelle Situation verantwortlich zu machen sei. Unfallfolgen spielten keine Rolle mehr.

5.5 Dem Bericht der Dres. med. J.____, Oberarzt, und K.____, Ärztin, vom 7. März 2019 (IV-Nr. 14), lassen sich folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnehmen:

Weiter führten die Ärzte aus, die Beschwerdeführerin befinde sich seit 9. Februar 2018 in Behandlung. Alle sechs bis acht Wochen fänden ambulante psychotherapeutische Sitzungen inklusive Medikation statt. Die Beschwerdeführerin nehme die Termine regelmässig wahr. Sodann gebe sie Konzentrationsstörungen mit Vergesslichkeit, Schlafstörungen und Antriebsverlust an. Zudem sei die Stressresistenz vermindert und damit auch die Belastbarkeit. Aus den genannten Gründen sei die Beschwerdeführerin zurzeit nicht in der Lage, der Arbeitstätigkeit als Logistikmitarbeiterin nachzugehen. Die Beschwerdeführerin fühle sich schnell überfordert, was erneut zur psychischen Dekompensation führen würde. Weitere Einschränkungen seien bei den somatisch tätigen Ärzten anzufragen. Im Alltag benötige die Beschwerdeführerin Hilfe des Umfeldes, für Aufgaben im Haushalt die Hilfe des Ehemannes und der Kinder. Sie sei auf Unterstützung und Kontrolle durch Dritte angewiesen, auch für administrative Aufgaben.

5.6 Am 13. Juni 2019 erging der Bericht des behandelnden Arztes Dr. med. E.____ (IV-Nr. 16). Folgende Diagnosen lassen sich seinem Bericht entnehmen:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Chronisches höchstchronifiziertes BWS-Wirbelsäulensyndrom mit Tendenz zum Wide spread Pain bei ursprünglichen Facettensyndrom thorakal mit zusätzlicher fascieller Komponente, mit ungünstigen psychologischen Co-Faktoren bei

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Ferner führte Dr. med. E.____ aus, die Beschwerdeführerin sei gelernte Textilschneiderin, habe im Logistikbereich gearbeitet. Seit dem genannten Unfall vom März 2017 bestehe keinerlei Arbeitsfähigkeit. Es bestünden starke Einschränkungen beim Heben und Tragen > 10 kg, auch teilweise > 5 kg, da bereits geringe Gewichtsbelastungen beim chronifizierten Schmerzsyndrom im Bereich des Schultergürtels Schmerzen auslösen würden. Was die Ressourcen anbelangt, die für eine Eingliederung hilfreich sein könnten, hielt Dr. med. E.____ fest, die Sprachkenntnisse seien deutlich reduziert. Es bestünden keine wesentlichen Weiterbildungen, der Tagesablauf sei eingeschränkt. Die Hobbys seien nicht vorhanden. Soweit aus seiner Sicht zu beurteilen, bestehe eine massive depressive Reaktion. Die Prognose zur Eingliederung sei schlecht. Die Sprachlimitation, die depressive Reaktion und das chronifizierte Schmerzsyndrom in höchstem Ausmass MPSS II stünden einer Eingliederung im Weg. Derzeit sei der Beschwerdeführerin weder die angestammte noch eine leidensangepasste Tätigkeit zumutbar. Auch im Haushalt könnten ■ seinerseits evaluiert ■ keine wesentlichen Tätigkeiten mehr übernommen werden. Dr. med. E.____ halte unbedingt für erforderlich, einen ausführlichen psychiatrischen Befund einzuholen.

5.7 Am 30. Juli 2019 nahm Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) Stellung zum medizinischen Sachverhalt (IV-Nr. 19). Er führte aus, die medizinische Sachlage erscheine sehr unklar. Weder schienen die Angaben der Beschwerdeführerin zur Vorgeschichte kongruent, noch sei der bisherige Verlauf ohne Weiteres nachvollziehbar. Wie die Behandler eine Psychotherapie alle sechs bis acht Wochen bei einer kaum der deutschen Sprache mächtigen Beschwerdeführerin durchführen würden, bleibe unklar. Genauso offen sei auch die Frage, ob die fehlende Wirkung der Antidepressiva durch entsprechende Kontrollen der medikamentösen Adhärenz der Beschwerdeführerin überprüft worden sei. Die Vermutung liege zunächst nahe, dass wahrscheinlich vor dem Hintergrund nicht unerheblicher psychosozialer Belastungsfaktoren (Migrationshintergrund, fehlende Sprachkenntnisse und berufliche Qualifikation, geringe Integration, Ablösung der Kinder, finanzielle Probleme u.a.m.) eine bereits vorbestehende Somatisierungsneigung in Form multilokulärer Schmerzen durch ein Bagatell- bzw. Gelegenheitstrauma exazerbiert und in bislang nicht klar verstehbarer Weise, trotz fehlender somatisch relevanter Befunde, statt sich zurückzubilden, in «Entschädigungsansprüche» gemündet sei. Zur Klärung des medizinischen Sachverhaltes und Beantwortung der offenen Fragen werde eine polydisziplinäre Begutachtung der Beschwerdeführerin (Psychiatrie, Neuropsychologie und Rheumatologie) vorgeschlagen.

5.8 Auf Empfehlung des RAD veranlasste die Beschwerdegegnerin eine polydisziplinäre Begutachtung der Beschwerdeführerin in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Psychiatrie und Neuropsychologie. Das Gutachten wurde am 30. Dezember 2019 durch die Begutachtungsstelle C.____ erstattet (IV-Nrn. 26.1 ■ 26.7). Die Gutachter konnten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Als solche ohne

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lassen sich dem Gutachten die folgenden Diagnosen entnehmen (IV-Nr. 26.1 S. 9):

In psychiatrischer Hinsicht führten die Gutachter aus, unter Berücksichtigung sämtlicher vorliegender Informationen (eigene psychiatrische Untersuchung, aber auch rheumatologische Untersuchung, internistische Untersuchung sowie insbesondere neuropsychologische Untersuchung mit den dort bestehenden Möglichkeiten einer spezifischen Beschwerdevalidierung) werde eingeschätzt, dass bei der Beschwerdeführerin nicht nur von Beschwerdebetonung, sondern von Aggravation auszugehen sei. So beklage die Beschwerdeführerin Einschränkungen von Konzentration und Gedächtnis. In der neuropsychologischen Untersuchung habe sie sich hochgradig auffällig gezeigt, im Beschwerdevalidierungsverfahren TOMM habe sie bei zwei Abfragedurchgängen Werte unter dem Zufallsniveau gezeigt, was als Hinweis auf gezieltes Danebenraten anzusehen sei. Inkonsistenzen hätten sich auch in der rheumatologischen Untersuchung gezeigt. So habe sich die Beschwerdeführerin dort als sehr inaktiv im Alltag beschrieben, die seitenvergleichende Umfangsmessung im Bereich der Extremitäten habe aber keine pathologischen Differenzen ergeben, so dass gemäss rheumatologischer Einschätzung die längerfristige Schonung eines Armes oder Beines mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden könne. Von internistischer Seite werde eingeschätzt, dass ■wahrscheinlich eine gewisse Aggravation" vorliege. Im Beschwerdeerleben der Beschwerdeführerin stünden Schmerzen von Seiten des Bewegungsapparates im Vordergrund. Diese seien organmedizinisch bzw. rheumatologisch nicht ausreichend erklärbar. Zu klären sei von psychiatrischer Seite, ob die genannte Diskrepanz auf Beschwerdebetonung und Aggravation, auf psychogene Überlagerung oder gegebenenfalls auch auf beides zurückzuführen sei. Vor dem Hintergrund des zuvor Dargelegten werde von psychiatrischer Seite eingeschätzt, dass Beschwerdebetonung und Aggravation eine erhebliche Rolle spielten. Ob vor dem Hintergrund psychosozialer Belastungsfaktoren wie fehlendem Arbeitsplatz etc. eine psychogene Überlagerung zusätzlich eine Rolle spiele, sei aufgrund des aggravatorischen Verhaltens der Beschwerdeführerin nicht definitiv zu klären und werde insgesamt als eher wenig wahrscheinlich angesehen. Es ergebe sich damit keine Diagnose in Richtung einer somatoformen Störung. In affektiver Hinsicht habe sich die Beschwerdeführerin in der psychiatrischen Untersuchung beschwerdebetonend und auch unauthentisch gezeigt. Ähnliches sei in der neuropsychologischen Untersuchung aufgefallen. So sei die Beschwerdeführerin dort in den Beschwerdeschilderungen recht lebendig, alert gewesen, habe prompt auf Nachfragen reagiert, in der anschliessenden Testuntersuchung habe sie sich äusserst langsam und verzögert gezeigt. In der Vergangenheit sei in affektiver Hinsicht eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden. Diesbezüglich werde eingeschätzt, dass inzwischen allenfalls noch, wenn überhaupt, eine leichte depressive Episode (F32.0) vorliege (IV-Nr. 26.1 S. 6 f.).

Aus internistischer Sicht lägen ausser einer Adipositas keine wesentlichen Leiden vor (IV-Nr. 26.1 S. 7).

Aus rheumatologischer Sicht führten die Gutachter aus, in der Röntgen-Bildgebung könnten nicht höhergradige, degenerative Veränderungen der HWS und BWS dargestellt und somit objektiviert werden. Es bestünden zudem weichteilrheumatische Beschwerden vor dem Hintergrund einer muskulären Dekonditionierung. Für das gemäss Aktenlage bestehende chronische, höchstchronifizierte BWS-Wirbelsäulensyndrom mit Tendenz zum Wide spread Pain bei ursprünglichem Facettensyndrom thorakal mit zusätzlicher fascieller

Komponente fehlten aus somatischer Sicht strukturell-pathologische Veränderungen. Diese Diagnose könne lediglich aus den Akten übernommen werden. Es bestehe eine Vitamin-D-Insuffizienz. Im Bereich des linken Schultergelenkes zeigten sich unauffällige Stellungsverhältnisse am Gelenk mit Verdacht auf einen winzigen Osteophyt an der kaudalen Humeruskopfzirkumferenz (IV-Nr. 26.1 S. 7).

In neuropsychologischer Hinsicht führten die Gutachter aus, die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin wiesen nur in eine Richtung, nämlich, dass sie sich als schwer krank und dadurch sehr stark eingeschränkt erlebe. Den Eigenangaben zufolge könne die Beschwerdeführerin im Alltag gar nichts mehr machen, sie habe jegliche ausserhäuslichen Aktivitäten sistiert, der Haushalt werde durch die Angehörigen erledigt. Die Untersuchungssituation habe einige Inkonsistenzen im Testverhalten ergeben. In ihren Beschwerdeschilderungen während der Exploration habe sie recht lebendig, alert gewirkt und sie habe prompt auf Nachfragen reagiert. In der anschliessenden Testuntersuchung habe sie sich dann äusserst langsam und verzögert gezeigt. In den Pausen nach der Exploration oder in einer Unterbrechung der Testuntersuchung wegen starken Kopfschmerzen habe sie sich eher angeregt mit der Übersetzerin unterhalten. Die erzielten Testleistungen seien dermassen schlecht gewesen, wie sie nicht einmal von schwer hirnganisch beeinträchtigten Menschen erbracht würden. Die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin, wie sie selber angegeben habe, wenn auch nur kurze Strecken Auto fahre, lasse sich in keiner Weise mit den äusserst schlechten Ergebnissen in den geprüften Aufmerksamkeitsfunktionen und dem gezeigten Testverhalten vereinen. Die zwei eingesetzten Beschwerdevalidierungsverfahren seien hoch auffällig gewesen. Im TOMM habe die Beschwerdeführerin eine von Abfragedurchgang zu Abfragedurchgang abnehmende Anzahl an richtigen Antworten erzielt. Die Werte im zweiten und im dritten Abfragedurchgang seien klar unter dem Zufallsniveau gewesen, was eine bewusste negative Antwortverzerrung belege. Nach den Wertungskriterien von Slick et al. (1, 1999) sei von einer sehr wahrscheinlichen Aggravation auszugehen. Aufgrund der nicht gegebenen Validität der Testergebnisse könne eine genauere Einschätzung des kognitiven Leistungsniveaus nicht erfolgen. Was sich sagen lasse, sei, dass die Gedächtnisleistungen wohl wenig beeinträchtigt seien, ansonsten hätte die Beschwerdeführerin im TOMM Beschwerdevalidierungstest nicht dermassen viele Falschantworten mit Serien von bis zu acht Falschantworten in Serie produzieren können. Im Gespräch scheine sie durchaus konzentriert und klar, ihre Interessen und Sicht der Dinge darlegen zu können, auch ihre Familie für sich einspannen zu können, dass diese sich um sie kümmere. Wieviel die Beschwerdeführerin tatsächlich in der Lage sei zu leisten, lasse sich aus ihren Angaben und den Informationen aus den medizinischen Akten nicht erschliessen (IV-Nr. 26.1 S. 7 f.).

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung kamen die C. ___-Gutachter zum Schluss, die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen wie auch in einer leidensangepassten Tätigkeit sei nach dem Unfall am 13. März 2017 vorübergehend aufgehoben gewesen. Die übliche Regenerationsphase betrage circa drei Monate. Ab dem 13. Juni 2017 bis dato sei in der angestammten wie auch in einer leidensangepassten Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % auszugehen (IV-Nr. 26.1 S. 11).

5.9 Im Vorbescheidverfahren liess die Beschwerdeführerin die folgenden medizinischen Berichte einreichen:

5.9.1 Der psychiatrischen Beurteilung der behandelnden Psychiaterin Dr. med. D. ____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 29. Juni 2020, zu Handen des

Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (IV-Nr. 37 S. 7 ff.) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen:

Rezidivierende depressive Störung aktuell sich verschlechternd mit Somatisierung und konversionsneurotischer Symptombildung und intermittierend präsuizidalen Phasen ICD-10 F33.2 und ICD-10 F48

Weiter führte Dr. med. D.____ aus, die Beschwerdeführerin befinde sich seit nahezu drei Jahren kontinuierlich (ohne Unterbrechung, ohne intermittierenden Therapeutenwechsel) in fachärztlicher Behandlung. Vor dem Hintergrund einer anhaltenden psychischen Belastungssituation und der Gefahr einer konsekutiven Labilisierung auch im Sinne einer progredienten somatisierenden, depressiven und suizidalen Entwicklung, habe die Beschwerdeführerin erkennen können, dass sie dringend auf Unterstützung angewiesen sei. Bei der Beschwerdeführerin könne es aufgrund einer anzunehmenden Strukturpathologie (im Sinne einer prämorbidem Vulnerabilität) im Alltag, insbesondere im Zusammenhang mit der direkten Konfrontation mit ihrer Hilflosigkeit (im Umgang mit Behörden) zu einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten kommen. Ein Krankheitswert entsprechend der Aktenlage und Vorbefunde im Rahmen einer selbständigen Störung im Sinne einer Störung von Krankheitswert sei ausgewiesen. Biografisch und interaktionell seien Hinweise für strukturelle Vulnerabilität als versicherungsmedizinisch relevante Coping- und Ressourcenlimitierung feststellbar. Psychodynamisch sei möglicherweise von konfliktbedingter Minderung von Ich-Funktionen auszugehen. Es liege eine hochgradige Einschränkung der Leistungsfähigkeit vor, welche in erster Linie durch die Belastung durch akute Überlastungssituation, die seit der Erkrankung verstärkt in Erscheinung trete (Dekompensation), und dem fehlenden Finden von Auswegen aus der Situation bedingt sei. Präsentiert würden Symptome auf der somatischen Ebene («Ängste», «Müdigkeit», «Schwäche»), welche keinen psychodynamischen Hintergrund hätten. Die psychische Problematik sei der Beschwerdeführerin nicht auf der bewussten Ebene zugänglich und könne daher nicht sinnvoll bewältigt und überwunden werden. Sie sei charakterisiert durch vorbestehende problematische Persönlichkeitszüge und beschränkte persönliche Ressourcen, welche generell die Bewältigung von Anforderungen erschwerten. Durch die psychophysische Dekompensation im Oktober 2017 habe sich mit der zusätzlichen Belastung eine dysfunktionale Bewältigung in Form einer anhaltenden Angst und depressiven Störung etabliert. Bisher habe die Beschwerdeführerin kein Belastungstraining begonnen, da zunächst die Stabilisierung des Zustandes im Vordergrund stehe. Eine arbeitsplatzbezogene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne nicht ausgeschlossen werden. Medizinisch-theoretisch sei eine Arbeitsunfähigkeit von 80 bis 100 % ausgewiesen (IV-Nr. 37 S. 9 ff.).

5.9.2 Mit Eingabe vom 13. Juli 2020 (IV-Nr. 38) liess die Beschwerdeführerin sodann eine Stellungnahme des behandelnden Orthopäden Dr. med. E.____ vom 2. Juli 2020 (IV-Nr. 38 S. 5 ff.) einreichen, welche auf Anfrage des Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin erstellt worden sei. Dr. med. E.____ stellte die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 38 S. 9):

F45.41 (dt. ICD) Chronisches höchstchronifiziertes BWS-Wirbelsäulensyndrom mit Tendenz zum Wide spread Pain bei ursprünglichem Facettensyndrom thorakal mit zusätzlicher fascieller Komponente, mit ungünstigen psychologischen Co-Faktoren bei

Ferner legte Dr. med. E. ___ dar, es zeige sich eine höchstgradige Schmerzchronifizierung bei der Beschwerdeführerin, soweit psychometrisch zu erheben sei mit MPSS Grad III. Eine Schmerzstörung im eigentlichen Sinne der Diagnose F45.41 sei gegeben. Die Hauptkriterien mit mindestens seit sechs Monaten bestehenden Schmerzen, einem ursprünglich auslösenden somatischen Faktor (Sturz) mit Irritation der Facettengelenke und der Muskulatur seien vorhanden. Psychische Faktoren mit wesentlicher Bedeutung für Schweregrad, Exazerbation, Aufrechterhaltung seien durch Verhalten aufgrund schmerzbezogener Angst sowie maladaptiven Kognitionen, emotionalen Belastungen gegeben. Der chronische Schmerz und damit die Behandlung der Schmerzstörung stünden bei der Beschwerdeführerin im Vordergrund. Von einem chronischen Schmerz werde je nach Definition bei einer ununterbrochenen Schmerzdauer von drei bis sechs Monaten und einer Beeinträchtigung auf kognitiv emotionaler Ebene durch Störung von Befindlichkeit, Stimmung und Denken, auf der Verhaltensebene durch schmerzbezogenes Verhalten, auf der sozialen Ebene durch Störungen der sozialen Interaktion und Behinderung der Arbeit sowie auf der physiologisch organischen durch Mobilitätsverlust und Funktionseinschränkung (Diener 1997) gesprochen. Unter Berücksichtigung der internationalen Klassifikation der Schädigung, Fähigkeitsstörung und Beeinträchtigung (Mathesius et al 1995) lägen bei der Beschwerdeführerin im Bereich der Schulter-, Nackenmuskulatur funktionelle Störungen mit pseudoradikulärer Ausstrahlung sowohl in den Kopfbereich als auch in den Schulter-, Nackenbereich beidseits vor. Entscheidend seien hier eine Fazettensymptomatik sowie hauptsächlich die positiven Triggerpunkte der Schulter-, Nackenmuskulatur. Unter dem Verlust Fähigkeiten und Aktivitäten in der Art und Weise in dem Umfang auszuführen wie sie für einen Menschen normal angesehen würden, verstehe man den Begriff der Disability oder Fähigkeitsstörung. Hier bestünden bei der Beschwerdeführerin aufgrund der starken Schulter-, Nackenschmerzen Einschränkungen beim Tragen leichter, mittelschwerer und schwerer Gegenstände sowie beim Heben derselben. Arbeiten in Zwangshaltung, auf Leitern und Gerüsten und unter Zugluft mit Nässe und Kälte seien reduziert. Insgesamt ergebe sich aufgrund der bereits oben angeführten chronischen Schmerzstörung eine erhebliche Beeinträchtigung in sämtlichen Arbeitsbereichen. Die Arbeitsfähigkeit in ihrem alten Beruf in der Logistik sei auf keinen Fall gegeben. Hier bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Bereits geringe Belastungen im Schultergürtelbereich führten zu starken exazerbierenden Beschwerden. Hier seien selbst kleinste Tätigkeiten nicht möglich. Dies schränke die Beschwerdeführerin natürlich auch im Haushalt sowie in der Freizeit extrem ein. Hier sei bereits, wie oben geschildert, die Konsistenz gegeben. In einer angepassten Tätigkeit sehe Dr. med. E. ___ bei der Beschwerdeführerin ebenfalls nur sehr wenige Möglichkeiten. Sie wirke auch von der Vigilanz her und durch die chronische Schmerzstörung im Allgemeinen stark eingeschränkt. Auch sehr leichte körperliche Tätigkeiten liessen die Schmerzen exazerbieren. Er habe die Beschwerdeführerin diesbezüglich getestet, bereits das Heben von 2 kg sei nicht möglich. Auch das Halten eines Schreibstiftes könne von der Beschwerdeführerin nicht länger als eine Minute durchgeführt werden. Das Bedienen einer Computertastatur sei ebenfalls sehr schmerzhaft. Eine angepasste Tätigkeit sei allenfalls für 20 % möglich. Zusätzlich müssten die Sprachbarriere und die fehlende Motivation als Hindernisse angesehen werden. Hinzufügen wolle Dr. med. E. ___, dass die Beschwerdeführerin sich in intensiver psychologisch/psychiatrischer Betreuung befinde. Auf ihn mache die Beschwerdeführerin den Eindruck einer schweren Depression, auch wenn er fachlich dies nicht beurteilen könne. Die bei ihnen im Hause durchgeführte

Psychometrie weise mit erhöhten PHQ-Werten ebenfalls darauf hin (IV-Nr. 38 S. 9 ff.).

5.10 Am 22. September 2020 liess die Beschwerdegegnerin die RAD-Ärztin Dr. med. F.____, Fachärztin für Neurologie, Stellung zum medizinischen Sachverhalt nehmen (IV-Nr. 40). Dr. med. F.____ führte zusammenfassend aus, das polydisziplinäre Gutachten der C.____ vom 30. Dezember 2029 (recte: 2019) beruhe auf allseitigen Untersuchungen. Die geklagten Beschwerden seien berücksichtigt worden, ebenso die Vorbefunde und die selbst erhobenen Befunde. Die Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation sei einleuchtend und die Schlussfolgerungen der Experten seien begründet. Die Ausführungen von Frau Dr. med. D.____ würden nicht überzeugen. Zwar betone Frau Dr. med. D.____ mehrfach, dass sich das Zustandsbild verschlechtert habe, es gelinge ihr aber nicht, diese Verschlechterung nachvollziehbar aufzuzeigen. Einerseits äussere sie sich gar nicht zu den Vorbefunden, somit fehle der Ausgangspunkt. Auch den Umstand, dass die Beschwerdeschilderung der Beschwerdeführerin gutachterlich als nicht authentisch beurteilt worden sei und die Validierungsverfahren eine Aggravation gezeigt hätten, werde von der Behandlerin nicht diskutiert. Insgesamt würden die Ausführungen von Frau Dr. med. D.____ einen unsorgfältigen, oberflächlichen Eindruck hinterlassen. Ihre Berichterstattung entspreche nicht einer belastbaren medizinischen Beurteilung, sondern diene wohl einzig dem Ziel, die Beschwerdeführerin in ihrem Bestreben nach Rentenleistungen zu unterstützen. Dr. med. E.____, der die Beschwerdeführerin seit 2017 schmerzmedizinisch betreue, stelle keine Verschlechterung des Zustandsbildes fest. In seinem Bericht zu Händen des Rechtsanwaltes vom 2. Juli.2020 würden die gleichen Befunde und diagnostischen Überlegungen dargelegt wie in seinen früheren Berichten. Diese seien den Gutachtern vorgelegen und in der gutachterlichen Beurteilung diskutiert und einbezogen worden. Für die Beurteilung des Leistungsanspruchs könne auf das Gutachten abgestellt werden.

5.11 Im Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht liess die Beschwerdeführerin sodann den Bericht der L.____ AG «MRI der HWS vom 6. August 2020» einreichen (Beschwerdebeilage [BB] 4). Diesem Bericht lassen sich die folgenden Befunde entnehmen:

Mediane Diskushernie C6/C7 mit grenzwertiger Spinalkanalstenose, möglicher Reizung des hohen Abganges von C8 beidseits und ohne Myelopathie. Nebenbefundlich Osteochondrosen C6/C7 mittleren Grades und C5/C6 geringen Grades. Keine wesentlichen Veränderungen der Facettengelenke.

6. Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 26. Februar 2021 (A.S. 1 ff.) in der Hauptsache auf das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle C.____ vom 30. Dezember 2019 (vgl. E. II. 5.8 hiervor) stützt, ist im Folgenden dessen Beweiswert zu prüfen. Hierzu kann zunächst festgehalten werden, dass das polydisziplinäre Gutachten von ausgewiesenen Fachärztinnen und Fachärzten auf den Gebieten «Psychiatrie» (IV-Nr. 26.3), «Allgemeine Innere Medizin» (IV-Nr. 26.4 S. 1 ff.), «Rheumatologie» (IV-Nr. 26.4 S. 11 ff.), «Neuropsychologie» (IV-Nr. 26.5), in Kenntnis sämtlicher vorhandener Akten (IV-Nr. 26.2; IV-Nr. 26.5 S. 1 f.) und nach eingehender Untersuchung der Beschwerdeführerin, unter Berücksichtigung der von ihr vorgetragenen Beschwerden, erstellt worden ist. Das Gutachten erfüllt somit die grundsätzlichen Anforderungen an eine beweiswertige Expertise (vgl. E. II. 4.3 hiervor).

6.1 Inhaltlich wird in der internistischen Beurteilung widerspruchsfrei dargelegt, dass aus rein allgemeinmedizinischer Sicht keine Gründe zur Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorlägen. Dem Hausarzt sei zu empfehlen, den latenten Mangel von Eisen und Vitamin D zu kontrollieren und wenn nötig zu behandeln (IV-Nr. 26.4 S. 1 ■ 10).

6.2 Die rheumatologische Einschätzung fällt schliesslich folgendermassen aus: In der Röntgen-Bildgebung könnten nicht höhergradige, degenerative Veränderungen der HWS und BWS dargestellt und somit objektiviert werden. Es bestünden zudem weichteilrheumatische Beschwerden vor dem Hintergrund einer muskulären Dekonditionierung. Für das gemäss Aktenlage bestehende chronische, höchstchronifizierte BWS-Wirbelsäulensyndrom mit Tendenz zum Wide spread Pain bei ursprünglichem Facettensyndrom thorakal mit zusätzlicher fascieller Komponente fehlten aus somatischer Sicht strukturell-pathologische Veränderungen. Diese Diagnose könne lediglich aus den Akten übernommen werden. Es bestehe eine Vitamin-D-Insuffizienz. Im Bereich des linken Schultergelenkes zeigten sich unauffällige Stellungsverhältnisse am Gelenk mit Verdacht auf einen winzigen Osteophyt an der kaudalen Humeruskopfzirkumferenz (IV-Nr. 26.4 S. 19). Bei der Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität führte der rheumatologische Gutachter aus, die angegebenen Beschwerden und das Verhalten während der Untersuchung seien nicht konsistent und in Bezug auf die Akten und auf die aktuell durchgeführten Untersuchungen nicht nachvollziehbar. Die Beschwerdeführerin demonstriere im Verhalten während der Untersuchung zwar keine starre, abnorme Haltung. Eine sehr langsame, übervorsichtige Durchführung der Untersuchungen falle aber auf. Die dazu gemachten Schmerzäusserungen mit Schmerzpfauen und Seufzen in Verbindung mit Augenkneifen und einem sehr leidenden Gesichtsausdruck passten nicht zum objektivierbaren Befund, vor allem auch deshalb nicht, da es bis dato kein morphologisches Korrelat für die geklagten Beschwerden gebe. So sei es organomorphologisch nicht erklärbar, dass bei den Untersuchungen an Hüftgelenken, Kniegelenken und im periartikulären Weichteilbereichen gemäss Beschwerdeführerin im Schultergürtelweichteilbereich beziehungsweise im Nackenbereich Schmerzen gebe, die stärker würden bis auf VAS 10. Wieso es bei der Untersuchung der Hüftgelenke und Kniegelenke (z.B. Druck auf Schleimbeutel über Trochanter major, Druck am Kniegelenkspalt, am Pes anserinus, etc.) zu einer Schmerzverstärkung im Bereich der Schulterblätter komme, sei aus somatischer Sicht nicht zu erklären. Das gleiche gelte für das Aufkanten. Auf Nachfragen werde bei dieser Untersuchung von der Beschwerdeführerin ein Ganzkörperschmerz angegeben, der von den Fusssohlen hinauf bis zum Becken beidseits gehe, Bauch und Rumpf aber ausspare, um letztendlich über die beiden Arme bis hinauf zum Schultergürtel-/Nackebereich mit VAS 9 weiter zu ziehen. Diese Schmerzentwicklung entbehre jeglicher anatomischen Grundlage und lasse an Aggravation denken. Auch fehle es an strukturell-pathologischen Veränderungen in der Bildgebung, die einen Ruhe-Schmerz in der Höhe von VAS 9 im Bereich der Schulterblätter rechtfertigten oder begründeten. In den aktuellen Röntgenaufnahmen von HWS, BWS und Becken vom 21. November 2019 (M.____) kämen eine ventralbetonte Spondylosis C6/7, weniger auch C5/6 sowie mässige Spondylarthrosen der gesamten HWS, eine rechtskonvexe Skoliosefehlhaltung der BWS sowie eine ventralbetonte Spondylosis der gesamten BWS zur Darstellung. In den Bildern vom Spital H.____ vom 30. Oktober 2019, Röntgen Schulter links, zeigten sich unauffällige Stellungsverhältnisse am Gelenk mit Verdacht auf einen winzigen Osteophyt an der kaudalen Humeruskopfzirkumferenz. Diese Veränderungen seien insgesamt nicht über das altersentsprechende Mass

hinausgehend und keinesfalls dazu geeignet, die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und vor allem auch deren Ausmass in ausreichendem Mass zu erklären. Eine normale Darstellung der Hüftgelenke bds. ergänze die Röntgen-Bildgebung. Eine Entzündung des Schleimbeutels liege klinisch nicht vor. Trotz dessen entstehe bei Aussen- und Innenrotation des Hüftgelenkes links bei vollständig erhaltenem Bewegungsumfang des Gelenkes ein lokaler Schmerz mit VAS 9 bis 10 in Kombination mit dem Schmerz in den Schultergürtelweichteilbereichen bds. und im Nackenbereich. Insgesamt seien diese Reaktionen von Seiten der Beschwerdeführerin nicht nachvollziehbar und somatisch nicht zu erklären. Auch gebe es kein morphologisches Korrelat für die demonstrierte geringe Handgriffkraft von 2 kg auf der linken Seite. Die aktuellen Laborwerte zeigten keine entzündliche Aktivität (BSG, CRP). Das Muskelenzym CK liege im Normbereich. Das Medikament Pregabalin liege deutlich unter dem Referenzbereich, es könne so gut wie nicht nachgewiesen werden. Auch Tramadol und Methyltramadol würden im unteren Referenzbereich liegen. Eine Malcompliance sei nicht auszuschliessen. Es bestehe eine Vitamin-D-Insuffizienz. Ein Fibromyalgiesyndrom gemäss den Kriterien des ACR liege zum heutigen Zeitpunkt nicht vor. Es liessen sich aber weichteilrheumatische Beschwerden vor dem Hintergrund einer generellen muskulären Dekonditionierung objektivieren. Die seitenvergleichende Umfangmessung ergebe keine pathologische Differenz, so dass die längerfristige Schonung eines Armes oder Beines mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden könne. Es bestehe kein Hinweis auf eine neuroradikuläre Symptomatik. Keines der Gelenke weise eine Rötung, Überwärmung, Ergussbildung oder Kapselschwellung auf. Es bestehe eine myostatische Insuffizienz der wirbelsäulenstabilisierenden und der schrägen Bauchmuskeln (IV-Nr. 26.4 S. 21 f.). Diese Einschätzung erweist sich mit Blick auf die Befundlage sowie die im Rahmen der aktuellen Begutachtung durchgeführten bildgebenden Untersuchungen als plausibel.

Daraus resultierend kommt der rheumatologische Gutachter zum überzeugenden Schluss, insgesamt liessen sich die von der Beschwerdeführerin demonstrierten und geschilderten Beschwerden aus somatischer Sicht nicht ausreichend objektivieren und liessen sich höchstens mit der muskulären Dekonditionierung erklären. Es bestehe eine auffallende Diskrepanz zwischen objektivierbaren klinischen und radiologischen Befunden im Vergleich zu den von der Beschwerdeführerin subjektiv geklagten Beschwerden. Der Beschwerdeführerin seien leichte und mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne repetitives Heben/Tragen und ohne langandauernde Arbeiten in Wirbelsäulenzwangshaltungen bzw. in ergonomisch ungünstiger Wirbelsäulenfehlhaltung in einem Pensum von 100 % zumutbar. Die Beschwerdeführerin könne in die Hocke gehen, sich bücken, Leitern besteigen, Treppen steigen und auch hinknien. Eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit aus somatischen Gründen liege nicht vor. Die Beschwerdeführerin könne aus somatischer Sicht nach wie vor in der angestammten Tätigkeit arbeiten. Gemäss Aktenlage sei es beim Unfall vom 13. März 2017 zu einer Wirbelsäulenkontusion gekommen. Üblicherweise werde eine Regenerationsphase von drei Monaten geschätzt, d.h., diese Arbeitsfähigkeit gelte ab dem 13. Juni 2017 (IV-Nr. 26.4 S. 22 ff.).

6.3 Im neuropsychologischen Teilgutachten (IV-Nr. 26.5) führte der Gutachter verschiedene Testverfahren durch, welche folgendes Resultat ergaben: Die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin wiesen nur in eine Richtung, nämlich, dass sie sich als schwer krank und dadurch sehr stark eingeschränkt erlebe. Den Eigenangaben zufolge könne die Beschwerdeführerin im Alltag gar nichts mehr machen, sie habe jegliche

ausserhuslichen Aktivitäten sistiert, der Haushalt werde durch die Angehörigen erledigt. Die Untersuchungssituation habe einige Inkonsistenzen im Testverhalten ergeben. In ihren Beschwerdeschilderungen während der Exploration habe sie recht lebendig, alert gewirkt und sie habe prompt auf Nachfragen reagiert. In der anschliessenden Testuntersuchung habe sie sich dann äusserst langsam und verzögert gezeigt. In den Pausen nach der Exploration oder in einer Unterbrechung der Testuntersuchung wegen starken Kopfschmerzen habe sie sich eher angeregt mit der ubersetzerin unterhalten. Die erzielten Testleistungen seien dermassen schlecht gewesen, wie sie nicht einmal von schwer hirnorganisch beeinträchtigten Menschen erbracht würden. Die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin wie sie selber angegeben habe, wenn auch nur kurze Strecken Auto fahre, lasse sich in keiner Weise mit den äusserst schlechten Ergebnissen in den geprüften Aufmerksamkeitsfunktionen und dem gezeigten Testverhalten vereinen. Die zwei eingesetzten Beschwerdevalidierungsverfahren seien hoch auffällig gewesen. Im TOMM habe die Beschwerdeführerin eine von Abfragedurchgang zu Abfragedurchgang abnehmende Anzahl an richtigen Antworten erzielt. Die Werte im zweiten und im dritten Abfragedurchgang seien klar unter dem Zufallsniveau gewesen, was eine bewusste negative Antwortverzerrung belege. Nach den Wertungskriterien von Slick et al. (1, 1999) sei von einer sehr wahrscheinlichen Aggravation auszugehen. Aufgrund der nicht gegebenen Validität der Testergebnisse könne eine genauere Einschätzung des kognitiven Leistungsniveaus nicht erfolgen. Was sich sagen lasse sei, dass die Gedächtnisleistungen wohl wenig beeinträchtigt seien, ansonsten hätte die Beschwerdeführerin im TOMM Beschwerdevalidierungstest nicht dermassen viele Falschantworten mit Serien von bis zu acht Falschantworten in Serie produzieren können. Im Gespräch scheine sie durchaus konzentriert und klar ihre Interessen und Sicht der Dinge darlegen zu können, auch ihre Familie für sich einspannen zu können, dass diese sich um sie kümmere. Wieviel die Beschwerdeführerin tatsächlich in der Lage sei zu leisten, lasse sich aus ihren Angaben und den Informationen aus den medizinischen Akten nicht erschliessen. Diesen sei zu entnehmen, dass schon früh nach dem Sturz im März 2017 eine hochchronifizierte Schmerzstörung/höchstchronifiziertes BWS-Wirbelsäulensyndrom (Dr. med. E.____, Orthopädie) vorgelegen habe. In späteren Arztberichten würden Angst und eine extreme Passivität erwähnt und, dass sich die Beschwerdeführerin kaum mehr bewege. Gründe für die deutliche Beschwerdeprasentation könnten die geringen Ressourcen und psychosoziale Belastungsfaktoren sein (Stellenverlust, kaum Deutschkenntnisse, keine Ausbildung, wenig integriert und sozial aktiv). Diesbezüglich werde auf das fachpsychiatrische resp. das Gesamt-Gutachten verwiesen. Gestützt auf die vorstehenden Testergebnisse kam der Gutachter sodann in nachvollziehbarer Weise zum Schluss, eine Einschätzung der aus neuropsychologischer Sicht möglichen Arbeitsfähigkeit könne auf der Grundlage der aktuellen Untersuchung und der verfügbaren Informationen nicht gemacht werden (IV-Nr. 26.5 S. 9 f.).

6.4 Schliesslich vermag auch die Beurteilung im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 26.3) zu überzeugen, wonach im Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorgelegen habe. Ferner leuchten die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation ein. Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 26.3) erhob der Gutachter folgende Befunde: Unter Berücksichtigung sämtlicher vorliegender Informationen (eigene psychiatrische Untersuchung, aber auch rheumatologische Untersuchung, internistische Untersuchung sowie insbesondere neuropsychologische Untersuchung mit den dort

bestehenden Möglichkeiten einer spezifischen Beschwerdevalidierung) werde eingeschätzt, dass bei der Beschwerdeführerin nicht nur von Beschwerdebetonung auszugehen sei, sondern von Aggravation. So beklage die Beschwerdeführerin Einschränkungen von Konzentration und Gedächtnis. In der neuropsychologischen Untersuchung habe sie sich hochgradig auffällig gezeigt, im Beschwerdevalidierungsverfahren TOMM habe sie bei zwei Abfragedurchgängen Werte unter dem Zufallsniveau gezeigt, was als Hinweis auf gezieltes Danebenraten anzusehen sei. Inkonsistenzen zeigten sich auch in der rheumatologischen Untersuchung. So habe die Beschwerdeführerin sich dort als sehr inaktiv im Alltag beschrieben, die seitenvergleichende Umfangsmessung im Bereich der Extremitäten habe aber keine pathologischen Differenzen ergeben, so dass gemäss rheumatologischer Einschätzung die längerfristige Schonung eines Armes oder Beines mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden könne. Von internistischer Seite werde eingeschätzt, dass "wahrscheinlich eine gewisse Aggravation" vorliege. Im Beschwerdeerleben der Beschwerdeführerin stünden Schmerzen von Seiten des Bewegungsapparates im Vordergrund. Diese seien organmedizinisch bzw. rheumatologisch nicht ausreichend erklärbar. Zu klären sei von psychiatrischer Seite, ob die genannte Diskrepanz auf Beschwerdebetonung und Aggravation, auf psychogene Überlagerung oder gegebenenfalls auch auf beides zurückzuführen sei. Vor dem Hintergrund des zuvor Dargelegten werde von psychiatrischer Seite eingeschätzt, dass Beschwerdebetonung und Aggravation eine erhebliche Rolle spielten. Ob vor dem Hintergrund psychosozialer Belastungsfaktoren wie fehlendem Arbeitsplatz etc. eine psychogene Überlagerung zusätzlich eine Rolle spiele, sei aufgrund des aggravatorischen Verhaltens der Beschwerdeführerin nicht definitiv zu klären und werde insgesamt als eher wenig wahrscheinlich angesehen. Es ergebe sich damit keine Diagnose in Richtung einer somatoformen Störung. In affektiver Hinsicht habe sich die Beschwerdeführerin in der psychiatrischen Untersuchung beschwerdebetonend und auch unauthentisch gezeigt. Ähnliches sei in der neuropsychologischen Untersuchung aufgefallen. So sei die Beschwerdeführerin dort in den Beschwerdeschilderungen recht lebendig, alert gewesen, habe prompt auf Nachfragen reagiert, in der anschliessenden Testuntersuchung habe sie sich äusserst langsam und verzögert gezeigt. In der Vergangenheit sei in affektiver Hinsicht eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden. Diesbezüglich werde eingeschätzt, dass inzwischen allenfalls noch, wenn überhaupt, eine leichte depressive Episode (F32.0) vorliege. Zusammenfassend kommt der psychiatrische Gutachter zum überzeugenden Schluss, es werde keine psychiatrisch bedingte Verminderung der Arbeitsfähigkeit gesehen (IV-Nr. 26.3 S. 8 ff.).

6.4.1

6.4.1.1 Gemäss dem Urteil des Bundesgerichts BGE 143 V 409 sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, welches durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die psychiatrische Gutachterin dementsprechend zu prüfen ist. Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Teilgutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Nach der Rechtsprechung liegt

regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen oder Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 S. 287 f. mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 6.1 und 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.1, je mit Hinweisen). Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente. Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbstständigten Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2.2 S. 288 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.4 mit Hinweisen).

Wann ein Verhalten (nur) verdeutlichend und unter welchen Voraussetzungen die Grenze zur Aggravation und vergleichbaren leistungshindernden Konstellationen überschritten ist, bedarf einer einzelfallbezogenen, sorgfältigen Prüfung. Eine Aggravation zeigt sich aus durch eine Übertreibung oder Ausweitung von Beschwerden, indem tatsächlich vorhandene Symptome zur Erreichung eines Ziels (im hier interessierenden Kontext die Zusprache der Invalidenrente) verstärkt werden. Externe Motivation (Zusprache einer Rente) und Bewusstseinsnähe sind somit ■ nebst den dargelegten Hinweisen ■ starke (in der Praxis allerdings oft schwierig nachzuweisende) Anhaltspunkte für eine anspruchshindernde Aggravation. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass eine Aggravation umso eher vorliegt, je mehr Hinweise auf eine absichtliche, gesteuerte und in diesem Sinne «bewusste» Symptomerzeugung hindeuten. Für die Beantwortung dieser Frage ist ■ wiederum ■ zentral, dass die Gutachter, wie auch die anderen mit der Berichterstattung über die versicherte Person befassten Ärzte, alle verfügbaren Hinweise aus dem Alltag der versicherten Person, insbesondere auch aus dem ausserberuflichen Bereich, berücksichtigen und auf dieser möglichst breiten Beobachtungsbasis eine Verbindung herstellen zwischen dem festgestellten versicherten Gesundheitsschaden und den dadurch bewirkten funktionellen Einschränkungen einerseits sowie den geschilderten sowie tatsächlichen, gegebenenfalls fremdanamnestisch erhobenen Auswirkungen auf Aktivität und Partizipation andererseits. Auf dieser Grundlage ist zu plausibilisieren, dass die Inkonsistenzen über das im Rahmen einer blossen Verdeutlichung «Normale» hinausgehen (Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.2).

Bedeutsame Hinweise ergeben sich u.a. daraus, ob und inwieweit sowohl die medizinischen Gutachter als auch die behandelnden, in aller Regel einen längeren Beobachtungszeitraum überblickenden Ärzte, Diskrepanzen zwischen subjektiver Beschwerdeschilderung und objektivierbaren Befunden beobachtet und dokumentiert haben, beispielsweise indem ihnen eine demonstrative Schmerzausgestaltung aufgefallen ist oder die versicherte Person ■ aus nicht krankheitsbedingten Gründen ■ während längerer Zeit geeignete Therapievorschläge

abgelehnt hat. Ebenfalls erhellend sein kann unter Umständen eine Bestimmung des Medikamentenspiegels (Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.3 mit Hinweis).

6.4.1.2 Aus dem Gutachten ergibt sich, dass bei der Beschwerdeführerin nicht nur von Beschwerdebetonung, sondern von Aggravation auszugehen ist (IV-Nr. 26.1 S. 6 ff). Dies erhellt einerseits aus der durchgeführten neuropsychologischen Testung (IV-Nr. 26.5 S. 7 ff.). Dort zeigten sich bei der Symptomvalidierung deutliche Auffälligkeiten, weshalb die Validität der erhobenen Befunde zweifelhaft blieb und eine Beurteilung der Leistungsfähigkeit unmöglich war. So führte der neuropsychologische Gutachter aus, die erzielten Testungen seien dermassen schlecht gewesen, wie sie nicht einmal von schwer hirnorganisch beeinträchtigten Menschen erbracht würden. Die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin selber angegeben habe, wenn auch nur kurze Strecken Auto zu fahren, lasse sich in keiner Weise mit den äusserst schlechten Ergebnissen in den geprüften Aufmerksamkeitsfunktionen und dem gezeigten Testverhalten vereinen. Die zwei eingesetzten Beschwerdevalidierungsverfahren seien hoch auffällig gewesen. Im TOMM habe die Beschwerdeführerin eine von Abfragedurchgang zu Abfragedurchgang abnehmende Anzahl an richtigen Antworten erzielt. Die Werte im zweiten und im dritten Abfragedurchgang seien klar unter dem Zufallsniveau gewesen, was eine bewusste negative Antwortverzerrung belege. Nach den Wertungskriterien von Slick et al. (1, 1999) sei von einer sehr wahrscheinlichen Aggravation auszugehen. Aufgrund der nicht gegebenen Validität der Testergebnisse könne eine genauere Einschätzung des kognitiven Leistungsniveaus nicht erfolgen. Was sich sagen lasse, sei, dass die Gedächtnisleistungen wohl wenig beeinträchtigt seien, ansonsten die Beschwerdeführerin im TOMM Beschwerdevalidierungstest nicht dermassen viele Falschantworten mit Serien von bis zu acht Falschantworten in Serie hätte produzieren können. Im Gespräch scheine sie durchaus konzentriert und klar ihre Interessen und Sicht der Dinge darlegen zu können, auch ihre Familie für sich einspannen zu können, dass diese sich um sie kümmere. Wieviel die Beschwerdeführerin tatsächlich in der Lage sei zu leisten, lasse sich aus ihren Angaben und den Informationen aus den medizinischen Akten nicht erschliessen. Es ist zulässig, bei der Beurteilung einer Aggravation auf neuropsychologische Validierungstests abzustellen, soweit ein psychiatrischer Facharzt die Testergebnisse würdigt (Urteil des Bundesgerichts 8C_605/2019 vom 12. November 2019 E. 3.2.2). Dies ist hier der Fall, befasste sich der psychiatrische Experte doch mit dem neuropsychologischen Teilgutachten. Andererseits weist das Verhalten der Beschwerdeführerin während der rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchung ebenfalls auf Aggravation hin. Die Experten nahmen sie nämlich nicht nur als klagsam, sondern auch als unauthentisch wahr (vgl. IV-Nr. 26.3 S. 8; 26.4 S. 21 f.). Dieser Eindruck der Experten wird im Übrigen dadurch bestätigt, dass der behandelnde Facharzt Dr. med. E. ___ in seiner Stellungnahme vom 2. Juli 2020 darlegt, die Prüfung der Konsistenz nach AWMF-Linien der deutschen Gesellschaft für ärztliche Psychotherapie zeige fünf von zehn positiven Punkten betreffend Aggravation auf. Diese sei damit teilweise vorhanden (vgl. IV-Nr. 38 S. 10). Weiter spricht auch die Diskrepanz zwischen dem geschilderten Leidensdruck und den tatsächlich wahrgenommenen Behandlungsoptionen für eine Aggravation. So führte der psychiatrische Experte aus, die Beschwerdeführerin habe mitgeteilt, dass sie morgens 20 mg CipraleX (Escitalopram) einnehme. Die Blutentnahme sei um 13.10 Uhr erfolgt. Die Halbwertszeit des Escitaloprams betrage etwa 30 Stunden. Es habe sich aber nur ein Escitalopram-Spiegel von unter 3 ng/ml (Referenzbereich 50 ■ 110 ng/ml) gezeigt. Dieser sehr niedrige Spiegel sei

unter Berücksichtigung der verabreichten Dosis, des zeitlichen Abstandes zwischen Einnahme und Blutentnahme sowie der Halbwertszeit nicht nachvollziehbar, die Beschwerdeführerin nehme dieses Medikament mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht oder zumindest nicht regelmässig ein (IV-Nr. 26.3 S. 7). Auch der rheumatologische Gutachter hielt fest, das Medikament Pregabalin liege deutlich unter dem Referenzbereich, es könne so gut wie nicht nachgewiesen werden. Auch Tramadol und Methyltramadol lägen im unteren Referenzbereich. Eine Malcompliance sei nicht auszuschliessen (IV-Nr. 26.4 S. 18 und 22).

6.4.2 Angesichts der oben dargelegten Angaben der psychiatrischen und neuropsychologischen C.____-Gutachter besteht vorliegend hinreichende Klarheit darüber, dass die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens der Beschwerdeführerin klar überschritten sind. Nach den überzeugenden Angaben des psychiatrischen und des neuropsychologischen Gutachters ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht von einem versicherten psychischen Gesundheitsschaden der Beschwerdeführerin auszugehen. Damit ist ein Ausschlussgrund im oben (unter E. II. 6.4.1.1 hiervor) dargelegten Sinn gegeben.

6.5 Gestützt auf die obigen Ausführungen ist das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre C.____-Gutachten grundsätzlich als beweiskräftig zu erachten. Zu prüfen bleibt, ob die von der Beschwerdeführerin dagegen vorgebrachten Einwendungen etwas an dieser Einschätzung zu ändern vermögen:

6.5.1 Soweit die Beschwerdeführerin vorbringen lässt, es sei im Rahmen der Anordnung des Gutachtens das rechtliche Gehör verletzt worden, ist dem nicht zu folgen. Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin am 31. Juli 2019 über die Anordnung einer polydisziplinären Begutachtung informiert, ihr die Fragestellung eröffnet und die Möglichkeit zur Einreichung von Zusatzfragen eingeräumt (IV-Nr. 20). Im Nachgang wurden der Beschwerdeführerin am 11. September 2019 die beauftragte Gutachterstelle C.____ und die mitwirkenden Gutachter mitgeteilt (IV-Nr. 24). Umfassende Akteneinsicht wurde der Beschwerdeführerin schliesslich im Rahmen des Vorbescheidverfahrens gewährt (IV-Nr. 32). Ihr Rechtsvertreter nahm mit Einwand vom 30. Juni und 13. Juli 2020 (IV-Nr. 37 und 38) Stellung. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist in diesem Vorgehen keine Rechtsverletzung, namentlich auch keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör, auszumachen. Denn grundsätzlich hat eine Partei ein Gesuch um Akteneinsicht zu stellen, damit überhaupt die Einsichtnahme gewährt oder verweigert werden kann. Insbesondere ist zudem der Anspruch auf rechtliches Gehör gewahrt, wenn vor Erlass eines in die Rechtsstellung der versicherten Person eingreifenden Entscheids Akteneinsicht gewährt wurde. Demnach wurde das rechtliche Gehör mit der Anordnung der Begutachtung, der Eröffnung der Fragestellung und der Einräumung der Möglichkeit zur Einreichung von Zusatzfragen sowie im Vorbescheidverfahren ausreichend gewährt (Urteil des Bundesgerichts 8C_292/2019 vom 27. August 2019 E. 3.2.4 mit Hinweisen).

6.5.2 Die Beschwerdeführerin rügt, dass das psychiatrische Gutachten nicht auf einem ausführlichen Gespräch beruhe. Das Gutachten enthalte lediglich die Angabe, wonach die Untersuchung eine Stunde und fünf Minuten gedauert habe, nicht aber, wie lange das Gespräch gedauert habe. Das eigentliche Gespräch habe noch weniger lang gedauert (Beschwerde Ziff. 9 S. 9 f.; A.S. 19 f.). Praxisgemäss kommt es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis

schlüssig ist. Immerhin muss der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein. Das Bundesgericht hat teilweise zwanzigminütige Explorationsgespräche als ausreichend für die Erstellung eines psychiatrischen Gutachtens erachtet (Urteile des Bundesgerichts 8C_639/2011 vom 5. Januar 2012 E. 4.3.1, 8C_354/2018 vom 20. Dezember 2018 E. 4.2). Vorliegend ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass der Gutachter bei der Exploration nicht fachgerecht oder ausreichend gründlich vorgegangen wäre. Wie bereits vorstehend dargelegt, überzeugen die gutachterlichen Ausführungen und sie sind inhaltlich vollständig. Vor diesem Hintergrund kann auf eine nähere Abklärung der Untersuchungsdauer verzichtet werden. Eine protokollarische Befragung des Dolmetschers und des psychiatrischen Gutachters zur gutachterlichen Untersuchungsdauer erweist sich damit als nicht notwendig.

6.5.3 Weiter lässt die Beschwerdeführerin vorbringen, auf das C.____-Gutachten vom 30. Dezember 2019 könne nicht abgestützt werden, weil es nicht mehr aktuell sei (vgl. Beschwerde Ziff. 11 S. 11; A.S. 21). Auf Arztberichte, welche im Verfügungszeitpunkt älter als 18 Monate alt seien, dürfe nicht mehr abgestellt werden (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn vom 27. Juli 2009 [Prozess-Nr. VSBES.2008.344], E. 3c bezogen auf Wirbelsäulenaaffektionen und Herzbeschwerden, mit Hinweis auf das Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgericht [EVG] vom 3. Januar 2006, I 633/05, E. 4.2.3). Der Zeitraum von knapp eineinhalb Jahren, der zwischen den gutachterlichen Untersuchungen im November 2019 und dem Erlass der Verfügung vom 26. Februar 2021 liegt, rechtfertigt für sich allein genommen nicht den Schluss, das Gutachten sei veraltet. Ist seit der Begutachtung einige Zeit verstrichen, vermag das Alter des Gutachtens ■ als formelles Kriterium ■ keinen Zweifel an dessen Beweiswert zu begründen. Massgebend ist vielmehr die materielle Frage, ob Gewähr dafür besteht, dass sich die Ausgangslage seit der Erstellung des Gutachtens nicht gewandelt hat (Urteil des Bundesgerichts 8C_295/2021 vom

E. 5

St. n. vasovagaler Synkope mit Sturz am 13. März 2017 - Abklärung im G.____ mit CT-Schädel-Angio inkl. Wirbelsäule und MRI-Schädel sowie Konsil Neurologie

E. 6

Pseudocholinesterasemangel

E. 7

Chronisches, höchstchronifiziertes BWS-Wirbelsäulensyndrom mit Tendenz zum Wide spread Pain bei ursprünglichem Facettensyndrom thorakal mit zusätzlicher fascieller Komponente

E. 7.1

Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität unmittelbar bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Drohende Invalidität liegt vor, wenn der Eintritt einer Erwerbsunfähigkeit überwiegend wahrscheinlich ist. Der Zeitpunkt des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit ist unerheblich (Art. 1 novies IVV). Wie vorstehend erwähnt (vgl. E. II. 6.7 hiavor), liegt bei

der Beschwerdeführerin keine Invalidität vor. Konkrete Anhaltspunkte, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf einen bevorstehenden Eintritt der Erwerbsunfähigkeit schliessen lassen, sind ebenfalls nicht ersichtlich. Mangels Invalidität bzw. unmittelbar drohender Invalidität kann vorliegend der Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen ebenfalls verneint werden.

7.2 Selbst wenn eine Invalidität bzw. unmittelbar drohende Invalidität vorläge, wäre gestützt auf die Aktenlage von einer ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung auszugehen, wie nachfolgend darzulegen ist:

7.2.1 Berufliche Eingliederungsmassnahmen setzen die subjektive Eingliederungsfähigkeit voraus. Fehlt die Eingliederungsbereitschaft aus invaliditätsfremden Gründen, so entfällt ein Anspruch auf solche Massnahmen, ohne dass zuvor ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren nach Art. 21 Abs. 4 ATSG durchgeführt werden muss (s. Urteile des Bundesgerichts 8C_682/2018 vom 7. Februar 2019 E. 7.1 und 9C_59/2017 vom 21. Juni 2017 E. 3.3). Ein fehlender Eingliederungswille muss mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Dabei sind insbesondere die gegenüber der Verwaltung und den medizinischen Experten gemachten Aussagen betreffend Krankheitsüberzeugung bzw. Arbeitsmotivation zu berücksichtigen. Ebenfalls von Belang sein können die im Vorbescheid- und Beschwerdeverfahren gemachten Ausführungen bzw. gestellten Anträge (Urteil des Bundesgerichts 8C_611/2018 vom 7. Januar 2019 E. 6.2).

7.2.2 Aus den vorliegenden Akten geht zur subjektiven Eingliederungsfähigkeit Folgendes hervor: Im Gesprächsprotokoll Intake vom 3. November 2017 (IV-Nr. 6) wurde festgehalten, dass es der Beschwerdeführerin immer schlechter gehe und sie Angst vor starken Schmerzen habe. Deshalb bewege sie sich fast nicht mehr. Arbeiten könne sie nicht. Die Beschwerdeführerin habe erklärt, dass sie keine Eingliederung wünsche, da sie auch in einer leichten Tätigkeit nicht arbeiten könne. Die Beschwerdeführerin äusserte sodann gegenüber dem Psychiater der C.____-Gutachterstelle, sie traue sich derzeit keinerlei berufliche Tätigkeit zu (IV-Nr. 26.3 S. 5 f.). Auch anlässlich der internistischen Begutachtung habe sie sich folgendermassen geäussert: «Ich habe Schmerzen und kann deswegen überhaupt nicht mehr.» (IV-Nr. 26.4 S. 2). Ferner lässt sich entnehmen, die Beschwerdeführerin sehe seit dem Unfall keine Möglichkeit mehr, eine berufliche Tätigkeit auszuüben. Sie sehe auch nicht die Möglichkeit, wie sie die Situation selbst beeinflussen könne (IV-Nr. 26.4 S. 4). Sie glaube sich zu keiner körperlichen Tätigkeit fähig. Dafür fehle eine medizinische Erklärung aus internistischer Sicht (IV-Nr. 26.4 S. 7). Im rheumatologischen Teilgutachten der C.____-Gutachterstelle wurde sodann ausgeführt, wenn es so weitergehe, seien alle Hoffnungen verloren. Die Beschwerdeführerin wünsche sich, dass es wieder besser werde, dass sie weniger Schmerzen habe. Momentan könne sie sich nicht vorstellen, wieder zu arbeiten (IV-Nr. 26.4 S. 15). Auch im neuropsychologischen Teilgutachten der C.____-Gutachterstelle wurde dargelegt, mit ihren Schmerzen sehe die Beschwerdeführerin keine Möglichkeit, beruflich tätig zu sein. Sie frage den Untersucher, warum die Schmerzen nicht weggingen (IV-Nr. 26.5 S. 5).

7.3 Die Beschwerdeführerin hat wiederholt erklärt, dass sie sich als nicht arbeitsfähig erachte. Die Beschwerdeführerin äusserte sich während den gutachterlichen Untersuchungen nicht nur einmal, sondern immer wieder dahingehend, keine beruflichen Tätigkeiten mehr ausüben zu können. Ein Eingliederungswille oder eine Arbeitsmotivation waren nicht zu erkennen. Auch spricht die bei der psychiatrischen und neuropsychologischen Begutachtung festgestellte Darstellung des Leistungsvermögens der Beschwerdeführerin stark gegen die subjektive Eingliederungsfähigkeit. Die nach Erhalt des negativen Vorbescheids vom 21. Februar 2020 (IV-Nr. 31) im Einwandschreiben vom

30. Juni 2020 bekundete Arbeitsmotivation (IV-Nr. 37 S. 5) vermag die vorherigen Aussagen und den dadurch vermittelten Eindruck nicht aufzuheben. Jedenfalls ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass es der Beschwerdeführerin bis zum Erlass der Verfügung vom 26. Februar 2021 an der Motivation fehlte, sich wieder in den Arbeitsmarkt einzugliedern. Es ist unter diesen Umständen nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen wegen fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit verneint hat. 8. Die Beschwerdeführerin beantragt sodann, die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, eine Verfügung über den Antrag vom 13. Juli 2020 auf Übernahme der Kosten des Berichts von Dr. med. E. ___ vom 2. Juli 2020 im Betrage von CHF 750.00 zu erlassen. Die Beschwerdeführerin unterlässt es, in der Beschwerde Ausführungen zu diesem Rechtsbegehren zu machen. Insoweit ist die Beschwerde als Rechtsverweigerungsbeschwerde zu behandeln.

E. 8

Vitamin-D-Mangel

E. 8.1

Gemäss Art. 56 Abs. 2 ATSG kann Beschwerde erhoben werden, wenn der Versicherungsträger entgegen dem Begehren der betroffenen Person keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt. Das mit einer Rechtsverweigerungsbeschwerde verfolgte rechtlich geschützte Interesse besteht darin, einen an eine gerichtliche Beschwerdeinstanz weiterziehbaren Entscheid zu erhalten (Urteil des Bundesgerichts 8C_453/2008 vom 12. Dezember 2008 E. 3.3 mit Hinweisen). Der Streitgegenstand eines Beschwerdeverfahrens wegen Rechtsverweigerung umfasst grundsätzlich nur die Frage, ob der Versicherungsträger eine Verfügung hätte erlassen müssen, nicht aber die durch die Verfügung zu regelnden materiellen Rechte und Pflichten (Urteil des Bundesgerichts 9C_366/2016 vom 11. August 2016 E. 3). 8.2 Wie aus dem Wortlaut von Art. 56 Abs. 2 ATSG ("entgegen dem Begehren") hervorgeht, setzt eine begründete Rechtsverweigerungsbeschwerde regelmässig voraus, dass die betroffene Person den Erlass einer Verfügung verlangt hat. Im vorliegenden Fall liess die Beschwerdeführerin zwar am 13. Juli 2020 ein Gesuch um Übernahme der Kosten des Berichts von Dr. med. E. ___ vom 2. Juli 2020 stellen (IV-Nr. 38), welches in der Folge nicht behandelt wurde. Einen Entscheid in Verfügungsform verlangte sie jedoch nicht. Unter diesen Umständen liegt keine Rechtsverweigerung vor (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_453/2008 vom 12. Dezember 2008 E. 3.3). 9. Nach dem Gesagten ist die vorliegend angefochtene Verfügung vom 26. Februar 2021, worin der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente sowie berufliche Massnahmen abgewiesen wurde, nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist somit abzuweisen. 10. 10.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 10.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

E. 9

August 2021 E. 6.3.1 mit Hinweisen). Dafür finden sich in den Akten keine Hinweise. Auch aus den Berichten der behandelnden Ärzte Dr. med. D. ___ vom 29. Juni 2020 und Dr. med. E. ___ vom 2. Juli 2020 wie auch aus dem Bericht des L. ___ vom 6. August 2020 ergibt sich nichts dergleichen (vgl. E. II. 6.6 hiernach).

6.5.4 Sodann rügt die Beschwerdeführerin, über ihren Rentenanspruch sei zu früh entschieden worden. Wie im rheumatologischen Teilgutachten ausgeführt worden sei, bestehe eine absolut insuffiziente Muskulatur resp. eine muskuläre Dekonditionierung. Zur Behebung derselben sei laut der rheumatologischen Gutachterin eine Medizinische Trainingstherapie (MTT) zum Aufbau der geschwächten Muskulatur resp. Verbesserung der gesundheitlichen Situation und damit der Arbeitsfähigkeit umzusetzen (Beschwerde Ziff. 14 S. 13 f.; A.S. 23 f.). Hierzu ist festzuhalten, dass die aus rheumatologischer Sicht diagnostizierten, gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates bereits im gutachterlich festgestellten Arbeitsfähigkeitsprofil gewürdigt wurden. So besteht für leichte und mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne repetitives Heben / Tragen, ohne langandauerndes Arbeiten in Wirbelsäulenzwangshaltungen bzw. ohne Arbeiten in ergonomisch ungünstiger Wirbelsäulenhaltung eine volle Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-Nr. 26.4 S. 23). Die Durchführung der vorgeschlagenen medizinischen Massnahmen ist für die Umsetzung der gutachterlich festgestellten Leistungsfähigkeit daher nicht notwendig (vgl. IV-Nr. 26.4 S. 25).

6.5.5 Nicht gefolgt werden kann der Beschwerdeführerin schliesslich, das Anforderungs- und Belastbarkeitsprofil ihrer angestammten Tätigkeit sei ungenügend erhoben worden. Ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit entspreche nicht dem Belastungsprofil einer zumutbaren Verweistätigkeit (Beschwerde Ziff. 15 S. 14; A.S. 24). Die C. ___-Gutachter berücksichtigten den gesamten beruflichen und sozialen Werdegang der Beschwerdeführerin umfassend. So waren ihnen sodann auch die Angaben der Arbeitgeberin N. ___ AG betreffend die zuletzt ausgeübte Tätigkeit (IV-Nr. 15. S. 8) bekannt (vgl. IV-Nr. 26.1 S. 5). Damit greift das Vorbringen der Beschwerdeführerin nicht, wonach der rheumatologische Gutachter eine fehlende Kenntnis der angestammten Tätigkeit der Beschwerdeführerin gehabt habe. Entgegen der Annahme der Beschwerdeführerin findet sich hier keine Aktenwidrigkeit.

6.6 Neben den Einwänden der Beschwerdeführerin gilt es auch zu prüfen, ob die nach der Begutachtung erstellten medizinischen Berichte der behandelnden Ärzte Dr. med. D. ___ vom 29. Juni 2020 (IV-Nr. 37; vgl. E. II. 5.9.1 hiervor) und Dr. med. E. ___ vom 2. Juli 2020 (IV-Nr. 38 S. 5 ff.; vgl. E. II. 5.9.2 hiervor) sowie der Bericht der L. ___ AG vom 6. August 2020 (Beschwerdebeilage [BB] 4; E. II. 5.11 hiervor) Zweifel an der Beweiskraft des C. ___-Gutachtens aufkommen lassen:

Es gilt in diesem Zusammenhang auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen). Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte oft wertvolle Erkenntnisse hervorbringen, doch übersieht die Beschwerdeführerin bei ihrer Kritik, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170E. 4 S. 175) nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu

nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige ■ und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende ■ Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 8C_733/2012 vom 28. Januar 2013 E. 3.2 mit Hinweise). Eine solche Konstellation liegt hier nicht vor. Diese Berichte enthalten keine neuen Gesichtspunkte, die zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht schon vorgelegen wären. Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. D. ___ diagnostizierte in ihrem Bericht vom 29. Juni 2020 (IV-Nr. 37 S. 7 ff.; vgl. auch E. II. 5.9.1 hiervor) eine «rezidivierende depressive Störung aktuell sich verschlechternd mit Somatisierung und konversionsneurotischer Symptombildung und intermittierend präsuizidalen Phasen ICD-10 F33.02 und ICD-10 F48». Die diagnostizierte rezidivierende depressive Störung bleibt jedoch ohne entsprechende Erläuterungen und es wird nicht dargelegt, inwiefern bei der Beschwerdeführerin eine diesbezügliche Verschlechterung eingetreten sein soll. Nicht erläutert werden zudem die diagnostizierte präsuizidale Phase sowie das somatische Syndrom. Darüber hinaus wird die weitere Diagnose «konversionsneurotische Symptombildung» ebenfalls nicht schlüssig begründet. So bleibt insbesondere unklar, welche Beschwerden zu den besagten Diagnosen führen. Schliesslich fehlt es auch an einer nachvollziehbaren Begründung der von der behandelnden Ärztin attestierten Arbeitsunfähigkeit von 80 bis 100 %. Eine hinreichende Auseinandersetzung mit den Vorakten, insbesondere mit der abweichenden Beurteilung im Administrativgutachten, kann schliesslich im Bericht von Dr. med. D. ___ nicht erblickt werden. Insgesamt ist damit festzuhalten, dass im Bericht von Dr. med. D. ___ weder die Verschlechterung des Gesundheitszustandes noch ein allfälliger Einfluss desselben auf die Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar dargelegt werden. Insbesondere sind keine neuen Beschwerden ersichtlich, welche die geltend gemachten Diagnosen und die Verschlechterung begründen. Damit fehlen substantielle Anhaltspunkte, wonach sich der Gesundheitszustand seit der letzten Abklärung massgeblich verschlechtert haben könnte. Dieser Bericht enthält keine neuen Gesichtspunkte, die zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht schon vorgelegen wären. Auch die Stellungnahme des behandelnden Arztes Dr. med. E. ___ vom 2. Juli 2020 (IV-Nr. 38 S. 5 ff.; vgl. E. II. 5.9.2 hiervor) enthält keine neuen objektiv feststellbaren Gesichtspunkte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Wie die RAD-Ärztin Dr. med. F. ___ zu Recht erkannt hat (vgl. IV-Nr. 40), stellt Dr. med. E. ___ mit dieser Stellungnahme keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin fest, sondern legt vielmehr seine bereits erhobenen Befunde, Diagnosen sowie seine Beurteilung erneut dar. So bringt auch die Beschwerdeführerin nichts Gegenteiliges vor. Ferner macht die Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht geltend, gemäss dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht betreffend MRI der HWS der L. ___ AG vom 6. August 2020 (BB 4) lägen neue Befunde vor (mediane Diskushernie C6/C7 mit grenzwertiger Spinalkanalstenose, möglicher Reizung des hohen Abganges von C8 beidseits und ohne Myelopathie; nebenbefundlich Osteochondrosen C6/C7 mittleren Grades und C5/C6 geringen Grades; keine wesentlichen Veränderungen der Facettengelenke), womit das C. ___-Gutachten überholt sei (Beschwerde Ziff.

E. 10

Wieso es bei der Untersuchung der Hüftgelenke und Kniegelenke (z.B. Druck auf Schleimbeutel über Trochanter major, Druck am Kniegelenkspalt, am Pes anserinus, etc.) zu einer Schmerzverstärkung im Bereich der Schulterblätter komme, sei aus somatischer

Sicht nicht zu erklären. Das gleiche gelte für das Aufkanten. Auf Nachfragen werde bei dieser Untersuchung von der Beschwerdeführerin ein Ganzkörperschmerz angegeben, der von den Fusssohlen hinauf bis zum Becken beidseits gehe, Bauch und Rumpf aber ausspare, um letztendlich über die beiden Arme bis hinauf zum Schultergürtel-/Nackbereich mit VAS 9 weiter zu ziehen. Diese Schmerzentwicklung entbehre jeglicher anatomischen Grundlage und lasse an Aggravation denken. Auch fehle es an strukturell-pathologischen Veränderungen in der Bildgebung, die einen Ruhe-Schmerz in der Höhe von VAS 9 im Bereich der Schulterblätter rechtfertigten oder begründeten. In den aktuellen Röntgenaufnahmen von HWS, BWS und Becken vom 21. November 2019 (M.____) kämen eine ventralbetonte Spondylosis C6/7, weniger auch C5/6 sowie mässige Spondylarthrosen der gesamten HWS, eine rechtskonvexe Skoliosefehlhaltung der BWS sowie eine ventralbetonte Spondylosis der gesamten BWS zur Darstellung. In den Bildern vom Spital H.____ vom 30. Oktober 2019, Röntgen Schulter links, zeigten sich unauffällige Stellungsverhältnisse am Gelenk mit Verdacht auf einen winzigen Osteophyt an der kaudalen Humeruskopfzirkumferenz. Diese Veränderungen seien insgesamt nicht über das altersentsprechende Mass hinausgehend und keinesfalls dazu geeignet, die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und vor allem auch deren Ausmass in ausreichendem Mass zu erklären. Eine normale Darstellung der Hüftgelenke bds. ergänze die Röntgen-Bildgebung. Eine Entzündung des Schleimbeutels liege klinisch nicht vor. Trotz dessen entstehe bei Aussen- und Innenrotation des Hüftgelenkes links bei vollständig erhaltenem Bewegungsumfang des Gelenkes ein lokaler Schmerz mit VAS 9 bis 10 in Kombination mit dem Schmerz in den Schultergürtelweichteilbereichen bds. und im Nackbereich. Insgesamt seien diese Reaktionen von Seiten der Beschwerdeführerin nicht nachvollziehbar und somatisch nicht zu erklären. Auch gebe es kein morphologisches Korrelat für die demonstrierte geringe Handgriffkraft von 2 kg auf der linken Seite. Die aktuellen Laborwerte zeigten keine entzündliche Aktivität (BSG, CRP). Das Muskelenzym CK liege im Normbereich. Das Medikament Pregabalin liege deutlich unter dem Referenzbereich, es könne so gut wie nicht nachgewiesen werden. Auch Tramadol und Methyltramadol würden im unteren Referenzbereich liegen. Eine Malcompliance sei nicht auszuschliessen. Es bestehe eine Vitamin-D-Insuffizienz. Ein Fibromyalgiesyndrom gemäss den Kriterien des ACR liege zum heutigen Zeitpunkt nicht vor. Es liessen sich aber weichteilrheumatische Beschwerden vor dem Hintergrund einer generellen muskulären Dekonditionierung objektivieren. Die seitenvergleichende Umfangmessung ergebe keine pathologische Differenz, so dass die längerfristige Schonung eines Armes oder Beines mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden könne. Es bestehe kein Hinweis auf eine neuroradikuläre Symptomatik. Keines der Gelenke weise eine Rötung, Überwärmung, Ergussbildung oder Kapselschwellung auf. Es bestehe eine myostatische Insuffizienz der wirbelsäulenstabilisierenden und der schrägen Bauchmuskeln (IV-Nr. 26.4 S. 21 f.). Diese Einschätzung erweist sich mit Blick auf die Befundlage sowie die im Rahmen der aktuellen Begutachtung durchgeführten bildgebenden Untersuchungen als plausibel. Daraus resultierend kommt der rheumatologische Gutachter zum überzeugenden Schluss, insgesamt liessen sich die von der Beschwerdeführerin demonstrierten und geschilderten Beschwerden aus somatischer Sicht nicht ausreichend objektivieren und liessen sich höchstens mit der muskulären Dekonditionierung erklären. Es bestehe eine auffallende Diskrepanz zwischen objektivierbaren klinischen und radiologischen Befunden im Vergleich zu den von der Beschwerdeführerin subjektiv geklagten Beschwerden. Der

Beschwerdeführerin seien leichte und mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne repetitives Heben/Tragen und ohne langandauernde Arbeiten in Wirbelsäulenzwangshaltungen bzw. in ergonomisch ungünstiger Wirbelsäulenfehlhaltung in einem Pensum von 100 % zumutbar. Die Beschwerdeführerin könne in die Hocke gehen, sich bücken, Leitern besteigen, Treppen steigen und auch hinknien. Eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit aus somatischen Gründen liege nicht vor. Die Beschwerdeführerin könne aus somatischer Sicht nach wie vor in der angestammten Tätigkeit arbeiten. Gemäss Aktenlage sei es beim Unfall vom 13. März 2017 zu einer Wirbelsäulenkontusion gekommen. Üblicherweise werde eine Regenerationsphase von drei Monaten geschätzt, d.h., diese Arbeitsfähigkeit gelte ab dem 13. Juni 2017 (IV-Nr. 26.4 S. 22 ff.). 6.3 Im neuropsychologischen Teilgutachten (IV-Nr. 26.5) führte der Gutachter verschiedene Testverfahren durch, welche folgendes Resultat ergaben: Die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin wiesen nur in eine Richtung, nämlich, dass sie sich als schwer krank und dadurch sehr stark eingeschränkt erlebe. Den Eigenangaben zufolge könne die Beschwerdeführerin im Alltag gar nichts mehr machen, sie habe jegliche ausserhäuslichen Aktivitäten sistiert, der Haushalt werde durch die Angehörigen erledigt. Die Untersuchungssituation habe einige Inkonsistenzen im Testverhalten ergeben. In ihren Beschwerdeschilderungen während der Exploration habe sie recht lebendig, alert gewirkt und sie habe prompt auf Nachfragen reagiert. In der anschliessenden Testuntersuchung habe sie sich dann äusserst langsam und verzögert gezeigt. In den Pausen nach der Exploration oder in einer Unterbrechung der Testuntersuchung wegen starken Kopfschmerzen habe sie sich eher angeregt mit der Übersetzerin unterhalten. Die erzielten Testleistungen seien dermassen schlecht gewesen, wie sie nicht einmal von schwer hirnganisch beeinträchtigten Menschen erbracht würden. Die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin wie sie selber angegeben habe, wenn auch nur kurze Strecken Auto fahre, lasse sich in keiner Weise mit den äusserst schlechten Ergebnissen in den geprüften Aufmerksamkeitsfunktionen und dem gezeigten Testverhalten vereinen. Die zwei eingesetzten Beschwerdevalidierungsverfahren seien hoch auffällig gewesen. Im TOMM habe die Beschwerdeführerin eine von Abfragedurchgang zu Abfragedurchgang abnehmende Anzahl an richtigen Antworten erzielt. Die Werte im zweiten und im dritten Abfragedurchgang seien klar unter dem Zufallsniveau gewesen, was eine bewusste negative Antwortverzerrung belege. Nach den Wertungskriterien von Slick et al. (1, 1999) sei von einer sehr wahrscheinlichen Aggravation auszugehen. Aufgrund der nicht gegebenen Validität der Testergebnisse könne eine genauere Einschätzung des kognitiven Leistungsniveaus nicht erfolgen. Was sich sagen lasse sei, dass die Gedächtnisleistungen wohl wenig beeinträchtigt seien, ansonsten hätte die Beschwerdeführerin im TOMM Beschwerdevalidierungstest nicht dermassen viele Falschantworten mit Serien von bis zu acht Falschantworten in Serie produzieren können. Im Gespräch scheine sie durchaus konzentriert und klar ihre Interessen und Sicht der Dinge darlegen zu können, auch ihre Familie für sich einspannen zu können, dass diese sich um sie kümmere. Wieviel die Beschwerdeführerin tatsächlich in der Lage sei zu leisten, lasse sich aus ihren Angaben und den Informationen aus den medizinischen Akten nicht erschliessen. Diesen sei zu entnehmen, dass schon früh nach dem Sturz im März 2017 eine hochchronifizierte Schmerzstörung/höchstchronifiziertes BWS-Wirbelsäulensyndrom (Dr. med. E. ____, Orthopädie) vorgelegen habe. In späteren Arztberichten würden Angst und eine extreme Passivität erwähnt und, dass sich die Beschwerdeführerin kaum mehr bewege. Gründe für die deutliche Beschwerdepräsentation könnten die geringen Ressourcen und psychosoziale

Belastungsfaktoren sein (Stellenverlust, kaum Deutschkenntnisse, keine Ausbildung, wenig integriert und sozial aktiv). Diesbezüglich werde auf das fachpsychiatrische resp. das Gesamt-Gutachten verwiesen. Gestützt auf die vorstehenden Testergebnisse kam der Gutachter sodann in nachvollziehbarer Weise zum Schluss, eine Einschätzung der aus neuropsychologischer Sicht möglichen Arbeitsfähigkeit könne auf der Grundlage der aktuellen Untersuchung und der verfügbaren Informationen nicht gemacht werden (IV-Nr. 26.5 S. 9 f.).

6.4 Schliesslich vermag auch die Beurteilung im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 26.3) zu überzeugen, wonach im Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorgelegen habe. Ferner leuchten die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation ein. Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 26.3) erhob der Gutachter folgende Befunde: Unter Berücksichtigung sämtlicher vorliegender Informationen (eigene psychiatrische Untersuchung, aber auch rheumatologische Untersuchung, internistische Untersuchung sowie insbesondere neuropsychologische Untersuchung mit den dort bestehenden Möglichkeiten einer spezifischen Beschwerdevalidierung) werde eingeschätzt, dass bei der Beschwerdeführerin nicht nur von Beschwerdebetonung auszugehen sei, sondern von Aggravation. So beklage die Beschwerdeführerin Einschränkungen von Konzentration und Gedächtnis. In der neuropsychologischen Untersuchung habe sie sich hochgradig auffällig gezeigt, im Beschwerdevalidierungsverfahren TOMM habe sie bei zwei Abfragedurchgängen Werte unter dem Zufallsniveau gezeigt, was als Hinweis auf gezieltes Danebenraten anzusehen sei. Inkonsistenzen zeigten sich auch in der rheumatologischen Untersuchung. So habe die Beschwerdeführerin sich dort als sehr inaktiv im Alltag beschrieben, die seitenvergleichende Umfangsmessung im Bereich der Extremitäten habe aber keine pathologischen Differenzen ergeben, so dass gemäss rheumatologischer Einschätzung die längerfristige Schonung eines Armes oder Beines mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden könne. Von internistischer Seite werde eingeschätzt, dass „wahrscheinlich eine gewisse Aggravation“ vorliege. Im Beschwerdeerleben der Beschwerdeführerin stünden Schmerzen von Seiten des Bewegungsapparates im Vordergrund. Diese seien organmedizinisch bzw. rheumatologisch nicht ausreichend erklärbar. Zu klären sei von psychiatrischer Seite, ob die genannte Diskrepanz auf Beschwerdebetonung und Aggravation, auf psychogene Überlagerung oder gegebenenfalls auch auf beides zurückzuführen sei. Vor dem Hintergrund des zuvor Dargelegten werde von psychiatrischer Seite eingeschätzt, dass Beschwerdebetonung und Aggravation eine erhebliche Rolle spielten. Ob vor dem Hintergrund psychosozialer Belastungsfaktoren wie fehlendem Arbeitsplatz etc. eine psychogene Überlagerung zusätzlich eine Rolle spiele, sei aufgrund des aggravorischen Verhaltens der Beschwerdeführerin nicht definitiv zu klären und werde insgesamt als eher wenig wahrscheinlich angesehen. Es ergebe sich damit keine Diagnose in Richtung einer somatoformen Störung. In affektiver Hinsicht habe sich die Beschwerdeführerin in der psychiatrischen Untersuchung beschwerdebetonend und auch unauthentisch gezeigt. Ähnliches sei in der neuropsychologischen Untersuchung aufgefallen. So sei die Beschwerdeführerin dort in den Beschwerdeschilderungen recht lebendig, alert gewesen, habe prompt auf Nachfragen reagiert, in der anschliessenden Testuntersuchung habe sie sich äusserst langsam und verzögert gezeigt. In der Vergangenheit sei in affektiver Hinsicht eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden. Diesbezüglich werde eingeschätzt, dass inzwischen allenfalls noch, wenn überhaupt, eine leichte depressive Episode (F32.0) vorliege. Zusammenfassend

kommt der psychiatrische Gutachter zum überzeugenden Schluss, es werde keine psychiatrisch bedingte Verminderung der Arbeitsfähigkeit gesehen (IV-Nr. 26.3 S. 8 ff.).

6.4.1 6.4.1.1 Gemäss dem Urteil des Bundesgerichts BGE 143 V 409 sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, welches durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die psychiatrische Gutachterin dementsprechend zu prüfen ist. Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Teilgutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Nach der Rechtsprechung liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen oder Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 S. 287 f. mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 6.1 und 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.1, je mit Hinweisen). Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente. Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbstständigten Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2.2 S. 288 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.4 mit Hinweisen). Wann ein Verhalten (nur) verdeutlichend und unter welchen Voraussetzungen die Grenze zur Aggravation und vergleichbaren leistungshindernden Konstellationen überschritten ist, bedarf einer einzelfallbezogenen, sorgfältigen Prüfung. Eine Aggravation zeigt sich aus durch eine Übertreibung oder Ausweitung von Beschwerden, indem tatsächlich vorhandene Symptome zur Erreichung eines Ziels (im hier interessierenden Kontext die Zusprache der Invalidenrente) verstärkt werden. Externe Motivation (Zusprache einer Rente) und Bewusstseinsnähe sind somit – nebst den dargelegten Hinweisen – starke (in der Praxis allerdings oft schwierig nachzuweisende) Anhaltspunkte für eine anspruchshindernde Aggravation. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass eine Aggravation umso eher vorliegt, je mehr Hinweise auf eine absichtliche, gesteuerte und in diesem Sinne «bewusste» Symptomerzeugung hindeuten. Für die Beantwortung dieser Frage ist – wiederum – zentral, dass die Gutachter, wie auch die anderen mit der Berichterstattung über die versicherte Person befassten Ärzte, alle verfügbaren Hinweise aus dem Alltag der versicherten Person, insbesondere auch aus dem ausserberuflichen Bereich, berücksichtigen und auf dieser möglichst breiten Beobachtungsbasis eine Verbindung herstellen zwischen dem festgestellten versicherten Gesundheitsschaden und den dadurch bewirkten funktionellen Einschränkungen einerseits sowie den geschilderten

sowie tatsächlichen, gegebenenfalls fremdanamnestisch erhobenen Auswirkungen auf Aktivität und Partizipation andererseits. Auf dieser Grundlage ist zu plausibilisieren, dass die Inkonsistenzen über das im Rahmen einer blossen Verdeutlichung «Normale» hinausgehen (Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.2).

Bedeutsame Hinweise ergeben sich u.a. daraus, ob und inwieweit sowohl die medizinischen Gutachter als auch die behandelnden, in aller Regel einen längeren Beobachtungszeitraum überblickenden Ärzte, Diskrepanzen zwischen subjektiver Beschwerdeschilderung und objektivierbaren Befunden beobachtet und dokumentiert haben, beispielsweise indem ihnen eine demonstrative Schmerzausgestaltung aufgefallen ist oder die versicherte Person – aus nicht krankheitsbedingten Gründen – während längerer Zeit geeignete Therapievorschlüsse abgelehnt hat. Ebenfalls erhellend sein kann unter Umständen eine Bestimmung des Medikamentenspiegels (Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.3 mit Hinweis).

6.4.1.2 Aus dem Gutachten ergibt sich, dass bei der Beschwerdeführerin nicht nur von Beschwerdebetonung, sondern von Aggravation auszugehen ist (IV-Nr. 26.1 S. 6 ff). Dies erhellt einerseits aus der durchgeführten neuropsychologischen Testung (IV-Nr. 26.5 S. 7 ff.). Dort zeigten sich bei der Symptomvalidierung deutliche Auffälligkeiten, weshalb die Validität der erhobenen Befunde zweifelhaft blieb und eine Beurteilung der Leistungsfähigkeit unmöglich war. So führte der neuropsychologische Gutachter aus, die erzielten Testungen seien dermassen schlecht gewesen, wie sie nicht einmal von schwer hirnganisch beeinträchtigten Menschen erbracht würden. Die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin selber angegeben habe, wenn auch nur kurze Strecken Auto zu fahren, lasse sich in keiner Weise mit den äusserst schlechten Ergebnissen in den geprüften Aufmerksamkeitsfunktionen und dem gezeigten Testverhalten vereinen. Die zwei eingesetzten Beschwerdevalidierungsverfahren seien hoch auffällig gewesen. Im TOMM habe die Beschwerdeführerin eine von Abfragedurchgang zu Abfragedurchgang abnehmende Anzahl an richtigen Antworten erzielt. Die Werte im zweiten und im dritten Abfragedurchgang seien klar unter dem Zufallsniveau gewesen, was eine bewusste negative Antwortverzerrung belege. Nach den Wertungskriterien von Slick et al. (1, 1999) sei von einer sehr wahrscheinlichen Aggravation auszugehen. Aufgrund der nicht gegebenen Validität der Testergebnisse könne eine genauere Einschätzung des kognitiven Leistungsniveaus nicht erfolgen. Was sich sagen lasse, sei, dass die Gedächtnisleistungen wohl wenig beeinträchtigt seien, ansonsten die Beschwerdeführerin im TOMM Beschwerdevalidierungstest nicht dermassen viele Falschantworten mit Serien von bis zu acht Falschantworten in Serie hätte produzieren können. Im Gespräch scheine sie durchaus konzentriert und klar ihre Interessen und Sicht der Dinge darlegen zu können, auch ihre Familie für sich einspannen zu können, dass diese sich um sie kümmere. Wieviel die Beschwerdeführerin tatsächlich in der Lage sei zu leisten, lasse sich aus ihren Angaben und den Informationen aus den medizinischen Akten nicht erschliessen. Es ist zulässig, bei der Beurteilung einer Aggravation auf neuropsychologische Validierungstests abzustellen, soweit ein psychiatrischer Facharzt die Testergebnisse würdigt (Urteil des Bundesgerichts 8C_605/2019 vom 12. November 2019 E. 3.2.2). Dies ist hier der Fall, befasste sich der psychiatrische Experte doch mit dem neuropsychologischen Teilgutachten. Andererseits weist das Verhalten der Beschwerdeführerin während der rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchung ebenfalls auf Aggravation hin. Die Experten nahmen sie nämlich nicht nur als klagsam, sondern auch als unauthentisch wahr (vgl. IV-Nr. 26.3 S. 8; 26.4 S. 21 f.). Dieser Eindruck der Experten wird im Übrigen dadurch bestätigt, dass der behandelnde Facharzt Dr. med. E. ___ in seiner Stellungnahme vom 2. Juli 2020 darlegt, die

Prüfung der Konsistenz nach AWMF-Linien der deutschen Gesellschaft für ärztliche Psychotherapie zeige fünf von zehn positiven Punkten betreffend Aggravation auf. Diese sei damit teilweise vorhanden (vgl. IV-Nr. 38 S. 10). Weiter spricht auch die Diskrepanz zwischen dem geschilderten Leidensdruck und den tatsächlich wahrgenommenen Behandlungsoptionen für eine Aggravation. So führte der psychiatrische Experte aus, die Beschwerdeführerin habe mitgeteilt, dass sie morgens 20 mg Cipralex (Escitalopram) einnehme. Die Blutentnahme sei um 13.10 Uhr erfolgt. Die Halbwertszeit des Escitaloprams betrage etwa 30 Stunden. Es habe sich aber nur ein Escitalopram-Spiegel von unter 3 ng/ml (Referenzbereich 50 – 110 ng/ml) gezeigt. Dieser sehr niedrige Spiegel sei unter Berücksichtigung der verabreichten Dosis, des zeitlichen Abstandes zwischen Einnahme und Blutentnahme sowie der Halbwertszeit nicht nachvollziehbar, die Beschwerdeführerin nehme dieses Medikament mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht oder zumindest nicht regelmässig ein (IV-Nr. 26.3 S. 7). Auch der rheumatologische Gutachter hielt fest, das Medikament Pregabalin liege deutlich unter dem Referenzbereich, es könne so gut wie nicht nachgewiesen werden. Auch Tramadol und Methyltramadol lägen im unteren Referenzbereich. Eine Malcompliance sei nicht auszuschliessen (IV-Nr. 26.4 S. 18 und 22).

6.4.2 Angesichts der oben dargelegten Angaben der psychiatrischen und neuropsychologischen C.____-Gutachter besteht vorliegend hinreichende Klarheit darüber, dass die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens der Beschwerdeführerin klar überschritten sind. Nach den überzeugenden Angaben des psychiatrischen und des neuropsychologischen Gutachters ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht von einem versicherten psychischen Gesundheitsschaden der Beschwerdeführerin auszugehen. Damit ist ein Ausschlussgrund im oben (unter E. II. 6.4.1.1 hiervor) dargelegten Sinn gegeben.

6.5 Gestützt auf die obigen Ausführungen ist das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre C.____-Gutachten grundsätzlich als beweiskräftig zu erachten. Zu prüfen bleibt, ob die von der Beschwerdeführerin dagegen vorgebrachten Einwendungen etwas an dieser Einschätzung zu ändern vermögen:

6.5.1 Soweit die Beschwerdeführerin vorbringen lässt, es sei im Rahmen der Anordnung des Gutachtens das rechtliche Gehör verletzt worden, ist dem nicht zu folgen. Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin am 31. Juli 2019 über die Anordnung einer polydisziplinären Begutachtung informiert, ihr die Fragestellung eröffnet und die Möglichkeit zur Einreichung von Zusatzfragen eingeräumt (IV-Nr. 20). Im Nachgang wurden der Beschwerdeführerin am 11. September 2019 die beauftragte Gutachterstelle C.____ und die mitwirkenden Gutachter mitgeteilt (IV-Nr. 24). Umfassende Akteneinsicht wurde der Beschwerdeführerin schliesslich im Rahmen des Vorbescheidverfahrens gewährt (IV-Nr. 32). Ihr Rechtsvertreter nahm mit Einwand vom 30. Juni und 13. Juli 2020 (IV-Nr. 37 und 38) Stellung. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist in diesem Vorgehen keine Rechtsverletzung, namentlich auch keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör, auszumachen. Denn grundsätzlich hat eine Partei ein Gesuch um Akteneinsicht zu stellen, damit überhaupt die Einsichtnahme gewährt oder verweigert werden kann. Insbesondere ist zudem der Anspruch auf rechtliches Gehör gewährt, wenn vor Erlass eines in die Rechtsstellung der versicherten Person eingreifenden Entscheids Akteneinsicht gewährt wurde. Demnach wurde das rechtliche Gehör mit der Anordnung der Begutachtung, der Eröffnung der Fragestellung und der Einräumung der Möglichkeit zur Einreichung von Zusatzfragen sowie im Vorbescheidverfahren ausreichend gewährt (Urteil des Bundesgerichts 8C_292/2019 vom 27. August 2019 E. 3.2.4 mit Hinweisen).

6.5.2 Die

Beschwerdeführerin rügt, dass das psychiatrische Gutachten nicht auf einem ausführlichen Gespräch beruhe. Das Gutachten enthalte lediglich die Angabe, wonach die Untersuchung eine Stunde und fünf Minuten gedauert habe, nicht aber, wie lange das Gespräch gedauert habe. Das eigentliche Gespräch habe noch weniger lang gedauert (Beschwerde Ziff. 9 S. 9 f.; A.S. 19 f.). Praxisgemäss kommt es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Immerhin muss der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein. Das Bundesgericht hat teilweise zwanzigminütige Explorationsgespräche als ausreichend für die Erstellung eines psychiatrischen Gutachtens erachtet (Urteile des Bundesgerichts 8C_639/2011 vom 5. Januar 2012 E. 4.3.1, 8C_354/2018 vom 20. Dezember 2018 E. 4.2). Vorliegend ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass der Gutachter bei der Exploration nicht fachgerecht oder ausreichend gründlich vorgegangen wäre. Wie bereits vorstehend dargelegt, überzeugen die gutachterlichen Ausführungen und sie sind inhaltlich vollständig. Vor diesem Hintergrund kann auf eine nähere Abklärung der Untersuchungsdauer verzichtet werden. Eine protokollarische Befragung des Dolmetschers und des psychiatrischen Gutachters zur gutachterlichen Untersuchungsdauer erweist sich damit als nicht notwendig.

6.5.3 Weiter lässt die Beschwerdeführerin vorbringen, auf das C.___-Gutachten vom 30. Dezember 2019 könne nicht abgestützt werden, weil es nicht mehr aktuell sei (vgl. Beschwerde Ziff. 11 S. 11; A.S. 21). Auf Arztberichte, welche im Verfügungszeitpunkt älter als 18 Monate alt seien, dürfe nicht mehr abgestellt werden (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn vom 27. Juli 2009 [Prozess-Nr. VSBES.2008.344], E. 3c bezogen auf Wirbelsäulenaaffektionen und Herzbeschwerden, mit Hinweis auf das Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgericht [EVG] vom 3. Januar 2006, I 633/05, E. 4.2.3). Der Zeitraum von knapp eineinhalb Jahren, der zwischen den gutachterlichen Untersuchungen im November 2019 und dem Erlass der Verfügung vom 26. Februar 2021 liegt, rechtfertigt für sich allein genommen nicht den Schluss, das Gutachten sei veraltet. Ist seit der Begutachtung einige Zeit verstrichen, vermag das Alter des Gutachtens – als formelles Kriterium – keinen Zweifel an dessen Beweiswert zu begründen. Massgebend ist vielmehr die materielle Frage, ob Gewähr dafür besteht, dass sich die Ausgangslage seit der Erstellung des Gutachtens nicht gewandelt hat (Urteil des Bundesgerichts 8C_295/2021 vom 9. August 2021 E. 6.3.1 mit Hinweisen). Dafür finden sich in den Akten keine Hinweise. Auch aus den Berichten der behandelnden Ärzte Dr. med. D.___ vom 29. Juni 2020 und Dr. med. E.___ vom 2. Juli 2020 wie auch aus dem Bericht des L.___ vom 6. August 2020 ergibt sich nichts dergleichen (vgl. E. II. 6.6 hiernach).

6.5.4 Sodann rügt die Beschwerdeführerin, über ihren Rentenanspruch sei zu früh entschieden worden. Wie im rheumatologischen Teilgutachten ausgeführt worden sei, bestehe eine absolut insuffiziente Muskulatur resp. eine muskuläre Dekonditionierung. Zur Behebung derselben sei laut der rheumatologischen Gutachterin eine Medizinische Trainingstherapie (MTT) zum Aufbau der geschwächten Muskulatur resp. Verbesserung der gesundheitlichen Situation und damit der Arbeitsfähigkeit umzusetzen (Beschwerde Ziff. 14 S. 13 f.; A.S. 23 f.). Hierzu ist festzuhalten, dass die aus rheumatologischer Sicht diagnostizierten, gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates bereits im gutachterlich festgestellten Arbeitsfähigkeitsprofil gewürdigt wurden. So besteht für leichte und mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne repetitives Heben / Tragen, ohne langandauerndes Arbeiten in Wirbelsäulenzwangshaltungen bzw. ohne Arbeiten in

ergonomisch ungünstiger Wirbelsäulenhaltung eine volle Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-Nr. 26.4 S. 23). Die Durchführung der vorgeschlagenen medizinischen Massnahmen ist für die Umsetzung der gutachterlich festgestellten Leistungsfähigkeit daher nicht notwendig (vgl. IV-Nr. 26.4 S. 25). 6.5.5 Nicht gefolgt werden kann der Beschwerdeführerin schliesslich, das Anforderungs- und Belastbarkeitsprofil ihrer angestammten Tätigkeit sei ungenügend erhoben worden. Ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit entspreche nicht dem Belastungsprofil einer zumutbaren Verweistätigkeit (Beschwerde Ziff. 15 S. 14; A.S. 24). Die C.____-Gutachter berücksichtigten den gesamten beruflichen und sozialen Werdegang der Beschwerdeführerin umfassend. So waren ihnen sodann auch die Angaben der Arbeitgeberin N.____ AG betreffend die zuletzt ausgeübte Tätigkeit (IV-Nr. 15. S. 8) bekannt (vgl. IV-Nr. 26.1 S. 5). Damit greift das Vorbringen der Beschwerdeführerin nicht, wonach der rheumatologische Gutachter eine fehlende Kenntnis der angestammten Tätigkeit der Beschwerdeführerin gehabt habe. Entgegen der Annahme der Beschwerdeführerin findet sich hier keine Aktenwidrigkeit. 6.6 Neben den Einwänden der Beschwerdeführerin gilt es auch zu prüfen, ob die nach der Begutachtung erstellten medizinischen Berichte der behandelnden Ärzte Dr. med. D.____ vom 29. Juni 2020 (IV-Nr. 37; vgl. E. II. 5.9.1 hiervor) und Dr. med. E.____ vom 2. Juli 2020 (IV-Nr. 38 S. 5 ff.; vgl. E. II. 5.9.2 hiervor) sowie der Bericht der L.____ AG vom 6. August 2020 (Beschwerdebeilage [BB] 4; E. II. 5.11 hiervor) Zweifel an der Beweiskraft des C.____-Gutachtens aufkommen lassen: Es gilt in diesem Zusammenhang auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen). Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte oft wertvolle Erkenntnisse hervorbringen, doch übersieht die Beschwerdeführerin bei ihrer Kritik, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175) nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 8C_733/2012 vom 28. Januar 2013 E. 3.2 mit Hinweise). Eine solche Konstellation liegt hier nicht vor. Diese Berichte enthalten keine neuen Gesichtspunkte, die zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht schon vorgelegen wären. Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. D.____ diagnostizierte in ihrem Bericht vom 29. Juni 2020 (IV-Nr. 37 S. 7 ff.; vgl. auch E. II. 5.9.1 hiervor) eine «rezidivierende depressive Störung aktuell sich verschlechternd mit Somatisierung und konversionsneurotischer Symptombildung und intermittierend präsuizidalen Phasen ICD-10 F33.02 und ICD-10 F48». Die diagnostizierte rezidivierende depressive Störung bleibt jedoch ohne entsprechende Erläuterungen und es wird nicht dargelegt, inwiefern bei der Beschwerdeführerin eine diesbezügliche Verschlechterung eingetreten sein soll. Nicht erläutert werden zudem die diagnostizierte präsuizidale Phase sowie das somatische Syndrom. Darüber hinaus wird die weitere Diagnose «konversionsneurotische Symptombildung» ebenfalls nicht schlüssig begründet. So bleibt insbesondere unklar,

welche Beschwerden zu den besagten Diagnosen führen. Schliesslich fehlt es auch an einer nachvollziehbaren Begründung der von der behandelnden Ärztin attestierten Arbeitsunfähigkeit von 80 bis 100 %. Eine hinreichende Auseinandersetzung mit den Vorakten, insbesondere mit der abweichenden Beurteilung im Administrativgutachten, kann schliesslich im Bericht von Dr. med. D.____ nicht erblickt werden. Insgesamt ist damit festzuhalten, dass im Bericht von Dr. med. D.____ weder die Verschlechterung des Gesundheitszustandes noch ein allfälliger Einfluss desselben auf die Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar dargelegt werden. Insbesondere sind keine neuen Beschwerden ersichtlich, welche die geltend gemachten Diagnosen und die Verschlechterung begründen. Damit fehlen substantielle Anhaltspunkte, wonach sich der Gesundheitszustand seit der letzten Abklärung massgeblich verschlechtert haben könnte. Dieser Bericht enthält keine neuen Gesichtspunkte, die zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht schon vorgelegen wären. Auch die Stellungnahme des behandelnden Arztes Dr. med. E.____ vom 2. Juli 2020 (IV-Nr. 38 S. 5 ff.; vgl. E. II. 5.9.2 hiervor) enthält keine neuen objektiv feststellbaren Gesichtspunkte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Wie die RAD-Ärztin Dr. med. F.____ zu Recht erkannt hat (vgl. IV-Nr. 40), stellt Dr. med. E.____ mit dieser Stellungnahme keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin fest, sondern legt vielmehr seine bereits erhobenen Befunde, Diagnosen sowie seine Beurteilung erneut dar. So bringt auch die Beschwerdeführerin nichts Gegenteiliges vor. Ferner macht die Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht geltend, gemäss dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht betreffend MRI der HWS der L.____ AG vom 6. August 2020 (BB 4) lägen neue Befunde vor (mediane Diskushernie C6/C7 mit grenzwertiger Spinalkanalstenose, möglicher Reizung des hohen Abganges von C8 beidseits und ohne Myelopathie; nebenbefundlich Osteochondrosen C6/C7 mittleren Grades und C5/C6 geringen Grades; keine wesentlichen Veränderungen der Facettengelenke), womit das C.____-Gutachten überholt sei (Beschwerde Ziff.

E. 13

S. 12 f.; A.S. 22 f.). Dieser Einwand ist unbehelflich, zumal bildgebend nachgewiesene (pathologische) Befunde in der Regel für sich allein nicht den Schluss auf eine Arbeitsunfähigkeit zulassen resp. gerade keine Korrelation zwischen ärztlich gestellter Diagnose (auch bei somatisch dominierten Leiden) und Arbeitsunfähigkeit besteht. Mithin vermag der ■ im Vergleich der im Rahmen der Begutachtung veranlassten Röntgen-Voruntersuchung vom 21. November 2019 ■ neue bildgebende Befund, ohne dass neue klinische Befunde eine relevante Verschlechterung gegenüber der gutachtlichen Situation zeigen, für sich allein keine Zweifel am C.____-Gutachten zu wecken (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_646/2015 vom 19. Mai 2016 E. 4.2 mit Hinweisen). Anlässlich der öffentlichen Verhandlung vor dem Versicherungsgericht lässt die Beschwerdeführerin vorbringen (vgl. Protokoll der öffentlichen Verhandlung vom 23. Februar 2022, A.S. 51), die rheumatologische C.____-Gutachterin habe lediglich ein konventionelles Röntgenbild veranlasst (vgl. IV-Nr. 26.7 S. 1), was einem Abklärungsmangel entspreche. Die Gutachterin hätte eine MRI-Untersuchung veranlassen sollen, um die mittels MRI vom 6. August 2020 (vgl. E. II. 5.11 hiervor) erhobenen Befunde entdecken zu können. Dem ist nicht zu folgen. Den Gutachtern kommt für die Wahl der Untersuchungsmethoden ein weiter Ermessensspielraum zu (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_831/2018 vom 23. Januar 2019 E. 3.2.5 mit Hinweis). Rechtsprechungsgemäss hat denn auch die Frage, ob und gegebenenfalls welche fachärztlichen Untersuchungen notwendig sind, um eine Diagnose zu stellen, nicht der Rechtsanwender, sondern ausschliesslich der begutachtende

Arzt zu beantworten. (Urteil des Bundesgerichts 8C_871/2018 vom 25. März 2019 E. 4.2. mit Hinweis auf BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195). Demnach ist davon auszugehen, dass der klinische Befund anlässlich der Begutachtung durch die C.____-Gutachter zusammen mit dem konventionellen Röntgenbild ausreichend gewesen war, zumal sie auf die Anfertigung von weiteren bildgebenden Abklärungen verzichteten (vgl. hierzu Urteile des Bundesgerichts 8C_831/2018 vom 23. Januar 2019 E. 3.2.5 mit Hinweis und 9C_210/2011 vom 21. April 2011 E. 2.1 mit Hinweisen). Ferner war die Problematik der Segmente C5/6 und C6/7 den Gutachtern zum Zeitpunkt der Begutachtung bereits bekannt. Schliesslich erachtete es denn auch keiner der zuvor involvierten Ärzte als notwendig, weitere bildgebende Untersuchungen zu tätigen, insbesondere auch nicht der behandelnde Arzt Dr. med. E.____ (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_871/2018 vom 25. März 2019 E. 4.2). Ferner konnte selbst Dr. med. E.____ in seinem Bericht vom 2. Juli 2020, der lediglich einen Monat vor der MRI-Untersuchung vom 6. August 2020 erstattet wurde, keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin begründen, wie bereits oben dargelegt wurde. Selbst wenn davon ausgegangen würde, die entsprechenden Befunde im Bericht der L.____ AG vom 6. August 2020 hätten die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, würde dies aufgrund des Dargelegten an der vorliegend angefochtenen Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 26. Februar 2021 nichts ändern. Mit Blick auf das zunächst zurückzulegende Wartejahr (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG; vgl. E. II. 3.3 hiervor) könnten die Anspruchsvoraussetzungen dabei frühestens per 1. August 2021 erfüllt sein, was folglich nach Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung wäre. Es sind demnach keine Hinweise ersichtlich, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zwischen dem polydisziplinären C.____-Gutachten vom 30. Dezember 2019 und dem Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 26. Februar 2021 in anspruchrelevanter Weise verändert haben könnte.

6.7 Zusammenfassend wird der Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens der Gutachterstelle C.____ weder durch die zeitlich danach verfassten medizinischen Akten noch durch die Vorbringen der Beschwerdeführerin in Zweifel gezogen. Damit erweist sich das C.____-Gutachten vom 30. Dezember 2019 als voll beweiswertig. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer angefochtenen Verfügung vom 26. Februar 2021 (A.S. 1 ff.) auf das polydisziplinäre Gutachten abgestellt hat. So hielt auch bereits die RAD-Ärztin Dr. med. F.____ in ihrer Stellungnahme vom 22. September 2020 (vgl. E. II. 5.10 hiervor) fest, die Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation seien einleuchtend und die Schlussfolgerungen der Experten seien begründet. Es kann somit auf die im polydisziplinären Gutachten vom 30. Dezember 2019 ausgewiesene Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin abgestellt werden (vgl. E. II. 5.8 hiervor): Somit besteht seit dem 13. Juni 2017 in der angestammten wie auch in einer leidensangepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Für die Vornahme weiterer Abklärungen ■ wie durch den Beschwerdeführer beantragt (vgl. E. I. 2. hiervor) ■ besteht kein Anlass, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden kann.

7.2 Selbst wenn eine Invalidität bzw. unmittelbar drohende Invalidität vorläge, wäre gestützt auf die Aktenlage von einer ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung auszugehen, wie nachfolgend darzulegen ist:

7.2.1 Berufliche Eingliederungsmassnahmen setzen die subjektive Eingliederungsfähigkeit voraus. Fehlt die Eingliederungsbereitschaft aus invaliditätsfremden Gründen, so entfällt ein Anspruch auf solche Massnahmen, ohne dass zuvor ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren

nach Art. 21 Abs. 4 ATSG durchgeführt werden muss (s. Urteile des Bundesgerichts 8C_682/2018 vom 7. Februar 2019 E. 7.1 und 9C_59/2017 vom 21. Juni 2017 E. 3.3). Ein fehlender Eingliederungswille muss mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Dabei sind insbesondere die gegenüber der Verwaltung und den medizinischen Experten gemachten Aussagen betreffend Krankheitsüberzeugung bzw. Arbeitsmotivation zu berücksichtigen. Ebenfalls von Belang sein können die im Vorbescheid- und Beschwerdeverfahren gemachten Ausführungen bzw. gestellten Anträge (Urteil des Bundesgerichts 8C_611/2018 vom 7. Januar 2019 E. 6.2).

7.2.2 Aus den vorliegenden Akten geht zur subjektiven Eingliederungsfähigkeit Folgendes hervor: Im Gesprächsprotokoll Intake vom 3. November 2017 (IV-Nr. 6) wurde festgehalten, dass es der Beschwerdeführerin immer schlechter gehe und sie Angst vor starken Schmerzen habe. Deshalb bewege sie sich fast nicht mehr. Arbeiten könne sie nicht. Die Beschwerdeführerin habe erklärt, dass sie keine Eingliederung wünsche, da sie auch in einer leichten Tätigkeit nicht arbeiten könne. Die Beschwerdeführerin äusserte sodann gegenüber dem Psychiater der C.____-Gutachterstelle, sie traue sich derzeit keinerlei berufliche Tätigkeit zu (IV-Nr. 26.3 S. 5 f.). Auch anlässlich der internistischen Begutachtung habe sie sich folgendermassen geäussert: «Ich habe Schmerzen und kann deswegen überhaupt nicht mehr.» (IV-Nr. 26.4 S. 2). Ferner lässt sich entnehmen, die Beschwerdeführerin sehe seit dem Unfall keine Möglichkeit mehr, eine berufliche Tätigkeit auszuüben. Sie sehe auch nicht die Möglichkeit, wie sie die Situation selbst beeinflussen könne (IV-Nr. 26.4 S. 4). Sie glaube sich zu keiner körperlichen Tätigkeit fähig. Dafür fehle eine medizinische Erklärung aus internistischer Sicht (IV-Nr. 26.4 S. 7). Im rheumatologischen Teilgutachten der C.____-Gutachterstelle wurde sodann ausgeführt, wenn es so weitergehe, seien alle Hoffnungen verloren. Die Beschwerdeführerin wünsche sich, dass es wieder besser werde, dass sie weniger Schmerzen habe. Momentan könne sie sich nicht vorstellen, wieder zu arbeiten (IV-Nr. 26.4 S. 15). Auch im neuropsychologischen Teilgutachten der C.____-Gutachterstelle wurde dargelegt, mit ihren Schmerzen sehe die Beschwerdeführerin keine Möglichkeit, beruflich tätig zu sein. Sie frage den Untersucher, warum die Schmerzen nicht weggingen (IV-Nr. 26.5 S. 5).

7.3 Die Beschwerdeführerin hat wiederholt erklärt, dass sie sich als nicht arbeitsfähig erachte. Die Beschwerdeführerin äusserte sich während den gutachterlichen Untersuchungen nicht nur einmal, sondern immer wieder dahingehend, keine beruflichen Tätigkeiten mehr ausüben zu können. Ein Eingliederungswille oder eine Arbeitsmotivation waren nicht zu erkennen. Auch spricht die bei der psychiatrischen und neuropsychologischen Begutachtung festgestellte Darstellung des Leistungsvermögens der Beschwerdeführerin stark gegen die subjektive Eingliederungsfähigkeit. Die nach Erhalt des negativen Vorbescheids vom 21. Februar 2020 (IV-Nr. 31) im Einwandschreiben vom 30. Juni 2020 bekundete Arbeitsmotivation (IV-Nr. 37 S. 5) vermag die vorherigen Aussagen und den dadurch vermittelten Eindruck nicht aufzuheben. Jedenfalls ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass es der Beschwerdeführerin bis zum Erlass der Verfügung vom 26. Februar 2021 an der Motivation fehlte, sich wieder in den Arbeitsmarkt einzugliedern. Es ist unter diesen Umständen nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen wegen fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit verneint hat.

8. Die Beschwerdeführerin beantragt sodann, die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, eine Verfügung über den Antrag vom 13. Juli 2020 auf Übernahme der Kosten des Berichts

von Dr. med. E. ___ vom 2. Juli 2020 im Betrage von CHF 750.00 zu erlassen. Die Beschwerdeführerin unterlässt es, in der Beschwerde Ausführungen zu diesem Rechtsbegehren zu machen. Insoweit ist die Beschwerde als Rechtsverweigerungsbeschwerde zu behandeln.

8.1 Gemäss Art. 56 Abs. 2 ATSG kann Beschwerde erhoben werden, wenn der Versicherungsträger entgegen dem Begehren der betroffenen Person keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt. Das mit einer Rechtsverweigerungsbeschwerde verfolgte rechtlich geschützte Interesse besteht darin, einen an eine gerichtliche Beschwerdeinstanz weiterziehbaren Entscheid zu erhalten (Urteil des Bundesgerichts 8C_453/2008 vom 12. Dezember 2008 E. 3.3 mit Hinweisen). Der Streitgegenstand eines Beschwerdeverfahrens wegen Rechtsverweigerung umfasst grundsätzlich nur die Frage, ob der Versicherungsträger eine Verfügung hätte erlassen müssen, nicht aber die durch die Verfügung zu regelnden materiellen Rechte und Pflichten (Urteil des Bundesgerichts 9C_366/2016 vom 11. August 2016 E. 3).

8.2 Wie aus dem Wortlaut von Art. 56 Abs. 2 ATSG ("entgegen dem Begehren") hervorgeht, setzt eine begründete Rechtsverweigerungsbeschwerde regelmässig voraus, dass die betroffene Person den Erlass einer Verfügung verlangt hat. Im vorliegenden Fall liess die Beschwerdeführerin zwar am 13. Juli 2020 ein Gesuch um Übernahme der Kosten des Berichts von Dr. med. E. ___ vom 2. Juli 2020 stellen (IV-Nr. 38), welches in der Folge nicht behandelt wurde. Einen Entscheid in Verfügungsform verlangte sie jedoch nicht. Unter diesen Umständen liegt keine Rechtsverweigerung vor (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_453/2008 vom 12. Dezember 2008 E. 3.3).

9. Nach dem Gesagten ist die vorliegend angefochtene Verfügung vom 26. Februar 2021, worin der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente sowie berufliche Massnahmen abgewiesen wurde, nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

10.

10.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

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

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Yalcin

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C_221/2022 vom 26. Januar 2023 bestätigt.

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