

SO_GERICHTE VSBES.2025.147 vom 12. Mai 2025

SO Obergericht, 2025-05-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2025.147

FR: SO_GERICHTE VSBES.2025.147 du 12 mai 2025

IT: SO_GERICHTE VSBES.2025.147 del 12 maggio 2025

Erwägungen

E. 1

1.1 Nachdem ein erstes Leistungsbegehren am 9. Oktober 2015 abgewiesen worden war (IV-Akten / IV-Nr. 15), meldete sich die Versicherte A.____ (fortan: Beschwerdeführerin), geb. [...], am 9. September 2019 erneut bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (fortan: Beschwerdegegnerin) an (IV-Nr. 24). Diese trat darauf ein und verneinte am 6. Juli 2021 einen Anspruch auf berufliche Massnahmen sowie auf eine Invalidenrente (IV-Nr. 78). Zur Begründung gab die Beschwerdegegnerin an, mangels einer Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei kein invalidisierender Gesundheitsschaden nachgewiesen. Die dagegen gerichtete Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (fortan: Versicherungsgericht) mit Urteil VSBES.2021.147 vom 20. Juni 2022 rechtskräftig ab (IV-Nr. 94 S. 2 ff.).

1.2 Am 5. März 2025 meldete sich die Beschwerdeführerin ein drittes Mal zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 96). Die Beschwerdegegnerin teilte ihr mit Vorbescheid vom 11. März 2025 mit, seit der Abweisung des Leistungsbegehrens am 6. Juli 2021 lasse sich keine wesentliche Änderung feststellen. Die Beschwerdeführerin habe Gelegenheit, innert der 30-tägigen Einwandfrist Beweismittel wie Arztberichte etc. einzureichen, die eine Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft erscheinen liessen, andernfalls man auf ihre Neuanmeldung nicht eintreten werde (IV-Nr. 99 S. 2 f.). Die Beschwerdeführerin reichte daraufhin innert Frist weitere Unterlagen ein (IV-Nr. 101 f.). In der Folge trat die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 12. Mai 2025 auf das Leistungsbegehren nicht ein, da auch die zusätzlichen Unterlagen keine Anhaltspunkte für eine anspruchrelevanter Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse lieferten (Aktenseite / A.S. 1).

E. 2

2.1 Die am 1. Januar 2022 in Kraft getretene Revision des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) betrifft keine der hier anwendbaren Bestimmungen.

E. 2.2

2.2.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 Verordnung über die Invalidenversicherung / IVV, SR 831.201); dies gilt in analoger Weise auch dann, wenn die versicherte Person nach einer rechtskräftigen Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 149 V 177 E. 4.7 f. S. 183 f.). Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach einer vorangegangenen rechtskräftigen Leistungsverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des

Sachverhalts darlegenden Leistungsgesuchen befassen muss (Urteil des Bundesgerichts 8C_431/2024 vom 16. Dezember 2024 E. 4.1). Eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit (oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen) ist zudem erst dann zu berücksichtigen, wenn sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV).

2.2.2 Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden. Die Tatsachenänderung muss also nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sein. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstandes wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen (BGE 149 V 177 E. 4.7 S. 183 f.). Dabei hat die Verwaltung u.a. zu berücksichtigen, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen zu stellen (Urteil des Bundesgerichts 8C_431/2024 vom 16. Dezember 2024 E. 4.2 in fine). Die glaubhaft zu machende Änderung muss nicht gerade jenes Anspruchselement betreffen, welches die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungsabweisung zugrunde legte. Vielmehr genügt es, wenn die versicherte Person zumindest die Änderung eines Sachverhalts aus dem gesamten für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum glaubwürdig dartut (BGE 117 V 198 E. 4b S. 200). Ist die anspruchserhebliche Änderung seit der letzten rechtskräftigen Entscheidung glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C_431/2024 vom 16. Dezember 2024 E. 4.1).

2.2.3 Die Beweisführungslast für das Vorliegen einer glaubhaften Änderung der tatsächlichen Verhältnisse liegt bei der versicherten Person. Der Untersuchungsgrundsatz, wonach die Verwaltung und das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen haben (Art. 43 Abs. 1 bzw. Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1), kommt erst zum Tragen, nachdem die versicherte Person eine massgebliche Änderung ihres Gesundheitszustands seit der letzten rechtskräftigen Leistungsverweigerung glaubhaft gemacht hat. Sind ihre Vorbringen hingegen nicht glaubhaft, so tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ohne weitere Abklärungen nicht ein (Urteil des Bundesgerichts 8C_431/2024 vom 16. Dezember 2024 E. 4.1). Wird in der Neuanmeldung kein Eintretenstatbestand geltend gemacht, sondern bloss auf ergänzende Beweismittel, insbesondere Arztberichte, hingewiesen, die noch beigebracht würden oder von der Verwaltung beizuziehen seien, ist der versicherten Person eine angemessene Frist zur Einreichung der Beweismittel anzusetzen, verbunden mit der Androhung, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nichteintreten zu erkennen sei. Ergeht eine Nichteintretensverfügung im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens, das diesen Erfordernissen betreffend Fristansetzung und Androhung der Säumnisfolgen genügt, legt das Gericht seiner beschwerdeweisen Überprüfung den Sachverhalt zu Grunde, wie er sich der Verwaltung bot (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 S. 68 f.).

E. 3

3.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin eine anspruchserhebliche Verschlechterung ihres Gesundheitszustands glaubhaft gemacht hat und die

Beschwerdegegnerin daher auf die Neuanmeldung vom 5. März 2025 hätte eintreten müssen. Dazu sind die Unterlagen, welche die Beschwerdeführerin zusammen mit dieser Neuanmeldung resp. innerhalb der Einwandfrist gegen den Vorbescheid eingereicht hat, mit dem Sachverhalt bei Erlass der vorhergehenden Verfügung vom 6. Juli 2021, worin der Anspruch auf berufliche Massnahmen und eine Rente materiell geprüft worden war, zu vergleichen. Die Auffassung der Beschwerdeführerin, die Beschwerdegegnerin sei auf die Neuanmeldung vom 5. März 2025 faktisch eingetreten, indem sie beim Regionalen Ärztlichen Dienst der Invalidenversicherung (fortan: RAD) zwei Stellungnahmen eingeholt habe (s. IV-Nrn. 98 + 104), ist unzutreffend (Urteil des Bundesgerichts 8C_316/2024 vom 12. März 2025 E. 5.3).

E. 3.2

3.2.1 Als die Beschwerdegegnerin das zweite Leistungsbegehren vom 9. September 2019 am

E. 3.3

3.3.1 In der dritten und hier streitigen Anmeldung vom 5. März 2025 machte die Beschwerdeführerin geltend, sie sei seit 2013 gesundheitlich beeinträchtigt (IV-Nr. 96 S. 8 Ziff. 6.1). Sie reichte in diesem Zusammenhang verschiedene Unterlagen ein.

3.3.1.1 Med. pract. C.____ stellte im Bericht vom 24. Februar 2025 folgende Diagnosen (IV-Nr. 97 S. 1 f.):

Der Zustand habe sich seit der letzten Beurteilung durch die Beschwerdegegnerin signifikant verschlechtert. Die Beschwerdeführerin leide an Konzentrationsstörungen, verzögerten Denkprozessen, emotionaler Unausgeglichenheit und verlangsamter Psychomotorik. Sie habe Mühe, einen normalen Tagesablauf zu bewältigen. Auffassungsschwierigkeiten, Aufmerksamkeitsdefizite, Konzentrationsmangel und Mangel an Durchhaltevermögen führten zu einer deutlich reduzierten Arbeitsleistung. Das depressive Zustandsbild sei gekennzeichnet durch eine unveränderte, stark depressive Stimmungslage, Müdigkeit, Kraftlosigkeit, ständiges Grübeln, Antriebslosigkeit, Freudlosigkeit und sozialen Rückzug. Die Beschwerdeführerin verbringe die meiste Zeit daheim. Sie leide unter einem verminderten Selbstvertrauen, Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen. Zusätzlich habe sie eine sehr schwere Ein- und Durchschlafstörung. Es gelinge ihr nur unter grösster Anstrengung, eine Tagesstruktur aufrecht zu erhalten. Ihre Ressourcen reichten aktuell nicht, um sich allein um den Haushalt zu kümmern. Zusätzlich erlebe die Beschwerdeführerin kurze Anfälle von Bewusstseinsverlust. Wegen ihrer Familie als wichtigster Ressource könne sie sich trotz wiederkehrender Suizidgedanken klar von einer solchen Handlung distanzieren. Sie leide unter vielen Sorgen und Ängsten, besonders ihren Körper betreffend. Nach wie vor bestehe eine sehr hohe Belastung aufgrund finanzieller Schwierigkeiten sowie der psychischen und physischen Instabilität des Ehemannes und der Tochter. Erste depressive Zustände seien 2009 / 2010 aufgetreten. Die Beschwerdeführerin habe sich angesichts der Krankheiten und längeren Spitalaufenthalte des Ehemannes mit wiederholten Kündigungen sowie dreier Kindes, davon eines mit einer verzögerten Sprachentwicklung, überfordert gefühlt. Es hätten sich immer mehr Schulden und Beteiligungen angehäuft und die Beschwerdeführerin habe befürchtet, dass ihr Ehemann sterben könnte. Mit der zunehmenden Erschöpfungsdepression sei 2014 eine Therapie begonnen worden. Aktuell werde die Möglichkeit einer intensivierten Therapie im stationären Setting besprochen.

3.3.1.2 Dem vorstehenden Bericht von med. pract. C.____ lag ein undatierter Bericht der Psychologin M. Sc. D.____ bei mit folgenden Diagnosen (IV-Nr. 97 S. 3 f.):

Die Beschwerdeführerin leide seit Jahren unter chronischen Depressionen und befinde sich bereits seit rund zwölf Jahren in psychiatrisch-psychologischer Behandlung. Zu Beginn habe sie sich sehr müde und erschöpft gezeigt. Sie berichte, seit Jahren wegen Gedankenkreisen, Schmerzen und Anspannung unter einer massiven Schlafstörung zu leiden und nur ein bis zwei Stunden pro Nacht zu schlafen. Tagsüber mache sie meist nichts, den Haushalt erledige grösstenteils ihr Mann. Zwischendurch gehe sie spazieren, wenn sie die Kraft dafür aufbringe. Früher habe sie gerne gesungen, heute tue sie das mangels Energie und Freude nicht mehr. Zu Hause rede sie wenig. Die Gespräche mit ihrer Familie würden sie sehr anstrengen, sie vermöge sich nicht auf das Gesagte zu konzentrieren und bekomme sofort Kopfschmerzen. In den folgenden Sitzungen klagte die Beschwerdeführerin über Kopf- und andere Schmerzen, oft im Unterleib. Im Verlauf der Therapie sei mehrfach eine stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Einrichtung besprochen worden, dann aber, wegen anstehender somatischer Untersuchungen und der grossen Sorge der Beschwerdeführerin um ihre psychisch sehr instabile Tochter, unterblieben; der erneute Suizidversuch der Tochter im Mai 2024 habe die Angst der Beschwerdeführerin noch verstärkt. Weiter habe das Migrationsamt angedroht, einen Teil der Familie aus der Schweiz auszuweisen, was die behandlungsresistente Schlafstörung weiter verstärke, gebe die Beschwerdeführerin doch an, seit Wochen gar nicht mehr zu schlafen. Auch die erlebte Hilflosigkeit und die Existenzängste sowie parallel dazu die körperlichen (psychosomatischen) Schmerzen hätten zugenommen. Versuche, die Entspannungsfähigkeit durch Übungen zu verbessern, hätten nur zu einer kurzfristigen leichten Entspannung geführt. In den Sitzungen spreche die Beschwerdeführerin offen über ihre Ängste und Sorgen, beteilige sich aktiv am Gespräch und könne ab und zu sogar lachen. Zu Hause sei sie in Gesprächen sehr passiv und isoliere sich, da sie alles enorm anstrengt. Diese Diskrepanz rühre daher, dass die Beschwerdeführerin die Last der Verantwortung für die Familie als total überfordernd erlebe, diese Verantwortung in der Therapie aber abgeben könne. Die Beziehungsdynamiken in der Familie erschienen von aussen hin massgeblich für die Aufrechterhaltung der psychischen Belastungen der verschiedenen Familienmitglieder zu sein. Der Ehemann sei, als die Kinder geboren worden seien, körperlich schwer erkrankt und habe auch psychische Leiden entwickelt. Die Tochter habe eine schlechte Schulzeit mit Mobbing und wenig Unterstützung erlebt, keine beruflichen Perspektiven entwickeln können und sei in eine Lebenskrise mit starker depressiver und Angstsymptomatik geraten. Die Beschwerdeführerin, welche die Familie über lange Zeit selber über Wasser habe halten müssen, sei irgendwann zusammengebrochen und habe eine massive Erschöpfungssymptomatik entwickelt, welche in eine chronische Depression und psychosomatische Störungen gemündet habe. Der erlebte Druck, der drohende Verlust ihres kranken Mannes, die alleinige Verantwortung für drei kleine Kinder, die Isolation durch mangelnde Hilfe von aussen sowie die Ausbeutung bei der Arbeit habe die Beschwerdeführerin nicht zu verarbeiten vermocht, was letztlich zu einer Traumafolgestörung geführt habe. Eine massgebliche Verbesserung sei kurz- und mittelfristig nicht zu erwarten. Zuerst müssten sich die sozialen und existenziellen Umstände stabilisieren. Dies sei möglich, wenn die Existenz der Familie in der Schweiz gesichert wäre und die Tochter geeignete Unterstützung erhalte. In der Folge brauche die Beschwerdeführerin eine traumafokussierte Behandlung, die zu Beginn stationär erfolgen sollte. Unter diesen Voraussetzungen sei eine Genesung möglich, werde aber Jahre dauern

und müsse psychiatrisch-psychologisch begleitet werden. Sollten die Verhältnisse weiterhin instabil bleiben, sei das Risiko einer suizidalen Entwicklung, wie es sie in der Vergangenheit bereits gegeben habe, hoch.

3.3.1.3 Nach dem Vorbescheid ergänzte M. Sc. D.____ am 27. März 2025 (IV-Nr. 102 S. 2 f.), die medizinische Situation sei keineswegs unverändert. Die Beschwerdeführerin leide durch die langjährigen familiären Belastungen und erschöpften Ressourcen unter einer Traumafolgestörung (F43.1). Diese sei neu diagnostiziert worden, weil die bisherigen Diagnosen die Symptomatik nur unzureichenden erklärt hätten. Die für eine PTBS typischen Nachhallerinnerungen stünden eher im Hintergrund. Dafür erfülle die Beschwerdeführerin andere Kriterien dieser Störung wie emotionale Abstumpfung und Gleichgültigkeit der Umgebung gegenüber, Teilnahmslosigkeit und Gefühl einer Betäubung, Anhedonie und Vermeidung von Reizen, die eine Erinnerung an die traumatischen Erlebnisse hervorrufen könnten. Zusätzlich würden Kriterien aus anderen zur Kategorie F4 (neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen) gehörenden Störungsbildern erfüllt, wie den dissoziativen und somatoformen Störungen sowie der Neurasthenie. Zur bestehenden Symptomatik seien Symptome wie optische, akustische und taktile Halluzinationen hinzugekommen, welche auf die zunehmende Schlafdeprivation wie auch den posttraumatischen Stress zurückgingen. Das Störungsbild der Beschwerdeführerin erscheine sehr komplex und sei aufgrund gewisser Inkonsistenzen im Verhalten schwer zu fassen. Klar erscheine nach dem längeren Beobachtungszeitraum der laufenden Therapie allerdings, dass verschiedene Störungen aus dem F4-Bereich vorlägen. Keines der in der ICD-10 erfassten Störungsbilder scheine vollumfänglich auf die Beschwerdeführerin zuzutreffen, jedoch liessen sich viele der Kriterien bestätigen. Einige davon wirkten sich derart einschränkend auf den Alltag aus, dass sie die Lebensqualität der Beschwerdeführerin massiv verringerten. Abgesehen von der psychischen Symptomatik bestünden verschiedene langjährige somatische / psychosomatische Beschwerden aus dem gynäkologischen Bereich.

3.3.1.4 Med. pract. C.____ änderte seine Diagnose im Bericht vom 23. April 2025 (Nr. 101 S. 2 f.) insoweit, als er neu von einer PTBS und nicht nur einem Verdacht darauf ausging. Er widersprach der Auffassung der Beschwerdegegnerin, wonach keine massgebliche Veränderung eingetreten sei, und verwies in erster Linie auf seinen vorhergehenden Bericht vom 24. Februar 2025 (E. II. 3.3.1.1 hiervor). Die Beschwerdeführerin sei erneut bei der Beschwerdegegnerin angemeldet worden, da es nicht gelungen sei, ihren depressiven Zustand, welcher in direktem Kontext mit der Traumafolgestörung und der ausgeprägten schmerzüberlagerten Erschöpfung bei verausgabender Persönlichkeit stehe, mittel- und langfristig zu stabilisieren. Falls die Beschwerdegegnerin daran festhalte, dass die dringend gebotene Unterstützung nicht geprüft werde, so müsse man die Verantwortung für die Folgen zurückweisen. Prognostisch gehe man, wie auch die behandelnde Psychotherapeutin D.____, aufgrund der tiefgreifenden Störung von einer ausgesprochen ungünstigen Konstellation seit dem letzten Entscheid der Beschwerdegegnerin aus.

E. 3.4

3.4.1 Die Beschwerdeführerin beruft sich darauf, dass laut med. pract. C.____ sowie M. Sc. D.____ seit dem 6. Juli 2021 eine relevante gesundheitliche Verschlechterung eingetreten sei.

3.4.2 Eine anspruchsbegründende Invalidität setzt eine lege artis gestellte (hier psychiatrische) Diagnose voraus. Es braucht in jedem Fall ein medizinisches Substrat, das (fach)ärztlich schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich einschränkt (s. BGE 145 V 215 S. 222 E. 5.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_725/2018 vom 6. März 2019 E. 5.3.1 mit Hinweisen). Daran fehlt es hier. Die Beschwerdegegnerin wies das zweite Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin am 6. Juli 2021 ab, weil kein Gesundheitsschaden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nachgewiesen war (E. I. 1.1 hiervor), wobei sie sich auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. B. ___ vom 19. Juni 2020 stützte. Dieses enthielt lediglich Verdachtsdiagnosen (E. II. 3.2.1 hiervor), d.h. die besagten Leiden (und damit auch eine darauf beruhende Einschränkung der Leistungsfähigkeit) waren nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt (Urteil des Bundesgerichts 8C_539/2020 vom 3. November 2020 E. 6.2.1). Das Versicherungsgericht hat dies denn auch bereits in seinem Entscheid vom 20. Juni 2022 erkannt (s. IV-Nr. 94 S. 22 E. 4.6.1.3). Der Grund für diese Beweislosigkeit lag in der vom Experten Dr. med. B. ___ festgestellten demonstrativen und unauthentisch wirkenden Beschwerdepräsentation während der Begutachtung mit diversen Inkonsistenzen (s. E. II. 3.2.3 ■ 3.2.5 hiervor). Entscheidend ist daher, ob diese Umstände weiterhin vorliegen und damit einer diagnostischen Einordnung entgegenstehen, oder ob sie weggefallen sind und eine gesicherte Diagnose nun möglich ist (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C_113/2021 vom 23. Juni 2021 E. 4.4, wo der Wegfall der Suchterkrankung neu die Diagnose einer Schizophrenie erlaubte). Diese Frage wird jedoch von med. pract. C. ___ und M. Sc. D. ___ nicht thematisiert, weshalb ihre Berichte von vornherein nicht dazu taugen, eine gesundheitliche Verschlechterung glaubhaft zu machen. Dies muss umso mehr gelten, als M. Sc. D. ___ am 27. März 2025 ausdrücklich erklärte, die Symptome seien wegen Inkonsistenzen nur schwer fassbar und keines der in der ICD-10 kodierten Leiden treffe vollumfänglich zu (E. II. 3.3.1.3 hiervor). Seit dem Gutachten hat sich daher in dieser Hinsicht nichts geändert, indem weiterhin keine verlässlichen Diagnosen möglich sind und nach wie vor eine Beweislosigkeit besteht. Ein Vergleich zwischen dem Gesundheitszustand im Zeitpunkt der vorhergehenden Verfügung vom 6. Juli 2021 und der angefochtenen Verfügung erübrigt sich daher. Dementsprechend ist auch die Kritik der Beschwerdeführerin an den Stellungnahmen der RAD-Ärztin Dr. med. E. ___, Fachärztin für Chirurgie / Praktische Ärztin, vom 10. März und 30. April 2025 (IV-Nrn. 98 + 104) unbehelflich. Zwar trifft es zu, dass Dr. med. E. ___, welche eine psychische Verschlechterung verneinte, keine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie ist. Ihre Auffassung ist jedoch für den Ausgang des Verfahrens nicht entscheidend, wenn die von der Beschwerdeführerin beigebrachten Berichte ungeeignet sind, eine gesundheitliche Veränderung glaubhaft zu machen.

Gelingt es der Beschwerdeführerin aber in diesem Sinne nicht, mit den eingereichten Berichten eine relevante gesundheitliche Verschlechterung glaubhaft zu machen, so ist die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Neuanmeldung vom 5. März 2025 nicht eingetreten.

3.4.3 Im Übrigen lassen sich den Berichten von med. pract. C. ___ und M. Sc. D. ___ ohnehin keine Anhaltspunkte für eine gesundheitliche Verschlechterung entnehmen. Eine neue Symptomatik ist nicht ersichtlich. So war etwa von einer Schlafstörung und einem sozialen Rückzug bereits im Gutachten von Dr. med. B. ___ die Rede (E. II. 3.2.2 + 3.2.3 hiervor). Med. pract. C. ___ wiederum sprach seinerzeit von einer schweren Depression, nun aber nur noch von einer mittelgradigen Episode, was auf eine Verbesserung schliessen

lässt. Eine Verschlimmerung kann auch nicht mit dem Hinweis auf eine eingetretene Chronifizierung glaubhaft gemacht werden. Nachdem bereits anlässlich der Begutachtung durch Dr. med. B.____ ein langjähriger Verlauf vorgelegen hatte (s. E. II. 3.2.4 hiervor), handelt es sich auch hier um keinen neuen Umstand.

Die Beschwerdeführerin beruft sich namentlich darauf, dass med. pract. C.____ und M. Sc. D.____ neu eine PTBS diagnostiziert hätten. Laut M. Sc. D.____ wurde diese Diagnose aber deshalb gestellt, weil die bisherigen Diagnosen die Symptomatik nur unzureichend erklärt hätten (E. II. 3.3.1.3 hiervor). Dies bedeutet, dass sich die Symptome und damit der Gesundheitszustand gar nicht wirklich verschlechtert haben, sondern lediglich die formelle diagnostische Erfassung geändert wurde. Diese Anpassung der Diagnose wirkt im Übrigen schon deshalb zweifelhaft, weil M. Sc. D.____ einräumt, dass nicht alle Diagnosekriterien erfüllt seien (a.a.O.). Die Beschwerdeführerin legt weiter grosses Gewicht darauf, dass ihre Tochter 2024, also nach der vorhergehenden Verfügung vom 6. Juli 2021, einen Suizidversuch unternommen habe, was ein auslösendes traumatisches Ereignis darstelle (s. A.S. 7). Dieses Ereignis wird jedoch von med. pract. C.____ gar nicht erwähnt, während M. Sc. D.____ den Vorfall nicht in den Vordergrund stellt, sondern ihn mehr im Vorbeigehen anspricht. Beide argumentieren vielmehr mit langjährigen familiären und finanziellen Belastungen, nicht aber mit einem bestimmten Vorfall, der eine Traumatisierung bewirkt hätte.

4.

4.1 Da die Beschwerdeführerin unterlegen ist, entschädigt der Kanton ihren unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a Schweizerische Zivilprozessordnung / ZPO, SR 272). Das Gericht setzt die Kostenforderung des Rechtsbeistands fest, wobei der Stundenansatz CHF 190.00 beträgt (s. § 160 Abs. 4 Gebührentarif / GT, BGS 615.11, i.V.m. Beschluss der Gerichtsverwaltungskommission GVB.2022.111).

4.2 Die vom Vertreter der Beschwerdeführerin eingereichte Kostennote vom 5. Februar 2026 (A.S. 54 ff.) weist einen Zeitaufwand von insgesamt 16,55 Stunden aus, der wie folgt zu kürzen ist:

Damit verbleibt ein Aufwand von 13,67 Stunden, welcher mit dem armenrechtlichen Stundenansatz von CHF 190.00 zu vergüten ist. Was die Auslagen über insgesamt CHF 155.00 betrifft, so sind die 65 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Weiter sind die Anreise zur Verhandlung vom 5. Februar 2026 sowie die Rückfahrt über insgesamt 45,4 km analog zur Regelung für Staatsangestellte (s. § 160 Abs. 5 i.V.m. § 157 Abs. 3 GT und § 161 lit. a Gesamtarbeitsvertrag / GAV, BGS 126.3) mit CHF 0.70 pro Kilometer und nicht mit CHF 1.00 zu entschädigen. Die Auslagen reduzieren sich so auf CHF 108.90. Einschliesslich CHF 219.20 Mehrwertsteuer (8,1 % seit 1. Januar 2024) beläuft sich die Entschädigung demnach auf CHF 2'925.40.

4.3 Vorbehalten bleiben der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 886.65 (Differenz zum vollen Honorar von CHF 3'812.05, ausgehend von einem Stundenansatz von CHF 250.00), wenn die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

5. Das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht ist kostenpflichtig, sofern es sich wie hier um Streitigkeiten betreffend die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung handelt. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Die unterlegene Beschwerdeführerin hat daher die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege ab Prozessbeginn durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

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

4. Je eine Kopie des Protokolls der Verhandlung vom 5. Februar 2026 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

5. Das Doppel der Kostennote des Vertreters der Beschwerdeführerin vom 5. Februar 2026 geht zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

Rechtsmittel

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

Die Präsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Haldemann

E. 6

Juli 2021 abwies, stützte sie sich auf das von ihr eingeholte psychiatrische Gutachten von Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie sowie Neurologie, vom 19. Juni 2020 (IV-Nr. 59.1), was das Versicherungsgericht schützte (E. I. 1.1 hiervor). Dieses Gutachten enthielt folgende Diagnosen (S. 18):

3.2.2 Zum psychiatrischen Befund hielt der Experte fest, die Untersuchung ergebe keinen Anhalt für Bewusstseins-, Orientierungs-, Auffassungs-, Konzentrations- oder Merkfähigkeitsstörungen, formale Denkstörungen, Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Die Stimmungslage sei unauffällig. Die Beschwerdeführerin lege eine ausgeprägte Klagsamkeit an den Tag, die sich aber überwiegend auf ihre körperlichen

Symptome beziehe. Trotzdem erscheine sie voll schwingungsfähig und nicht im eigentlichen Sinne depressiv verstimmt. Bezüglich der Zukunft und des Umgangs mit ihrer schwierigen Situation sei sie etwas ängstlich, aber vor allem ratlos. Psychomotorik und Antrieb präsentierten sich ungestört; die Beschwerdeführerin berichte eine völlige Kraft- und Antriebslosigkeit, die aber kaum nachvollziehbar sei. Während der Untersuchung betone sie immer wieder die subjektive Schwere der Symptome, doch liessen sich die geschilderten Beschwerden dann kaum konkretisieren. Zirkadiane Besonderheiten fehlten. Aggressivität bestehe keine. Es lägen weder eine akute noch eine latente Suizidalität und auch keine Selbstverletzung vor (S. 14). Der Schlaf sei schwer gestört und es bestehe ein nahezu vollständiger sozialer Rückzug. Die orientierende neurologische Untersuchung erbringe keine Hinweise auf eine Einschränkung der höheren kognitiven Funktionen. Der Hirnnervenstatus sei unauffällig und die Motorik regelrecht. Störungen der Sensibilität oder der Koordination liessen sich nicht finden. Stand und Gang seien unbeeinträchtigt. Im Blutspiegel liege Escitalopram mit 3 ng/ml deutlich unter dem Referenzwert von 15 bis 80 ng/ml. Die im Rahmen der Untersuchung beklagten Problembereiche liessen sich bis zum Beginn der Symptomatik 2014 nachverfolgen (S. 15).

3.2.3 Der behandelnde Psychiater (med. pract. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH) habe im August 2019 erklärt, aktuell seien alle zehn Kriterien einer schweren Depression erfüllt. Dabei übernehme er allerdings die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ohne kritische Würdigung. Die Erhebung von psychiatrischen Symptomen beruhe zwar zu einem sehr grossen Teil auf den subjektiven Angaben der Exploranden, aber umso wichtiger sei es, diese Angaben zu validieren, d.h. zu prüfen, ob sie in sich stimmig und plausibel seien und zu den beobachtbaren Symptomen sowie der Krankengeschichte passten. In der Auflistung von med. pract. C.____, welche die Erfüllung der Diagnosekriterien belegen solle, würden indes Widersprüche zwischen den Angaben der Beschwerdeführerin und den eigenen Beobachtungen deutlich. So beschreibe der Psychiater u.a., die beklagte depressive Stimmung (Kriterium 1) sei in der Untersuchung nicht sichtbar und die Schwingungsfähigkeit erhalten. Beim angeblichen Interessenverlust (Kriterium 2) erwähne er, die Beschwerdeführerin habe sich früher für Kleidung interessiert, was ihr nun keine Freude mehr bereite; an anderer Stelle hebe der Psychiater aber hervor, dass sie stets gepflegt und betont weiblich gekleidet sei. Die Herleitung der Kriterien 3 bis 6 beruhe ausschliesslich auf den Angaben der Beschwerdeführerin. Der Psychiater attestiere weiter kognitive Einschränkungen (Kriterium 7), obwohl er explizit erwähne, dass er diese nicht beobachten könne. Als Beleg für psychomotorische Auffälligkeiten (Kriterium 8) schildere er Taubheitsgefühle etc. und übernehme dann auch die Angaben der Beschwerdeführerin zu ihren Schlafstörungen (Kriterium 9). Ihre widersprüchliche Aussage zum Kriterium 10, dass sie zwar keinen Appetit habe, aber immer wieder etwas esse, akzeptiere der Psychiater ebenfalls ohne weitere Einordnung. In der hiesigen Exploration stünden zunächst vor allem körperliche Symptome im Vordergrund. Erst später erwähne die Beschwerdeführerin dann im Zusammenhang mit ihren Belastungsfaktoren Gedanken an den Tod, wobei sie diese Aussage schon im nächsten Satz deutlich relativiere. Die Stimmungslage zeige sich sehr klagsam bezüglich der körperlichen Symptome, aber sonst eigentlich recht ausgeglichen. Die Schwingungsfähigkeit sei gut erhalten (S. 16). Die Beschwerdeführerin beschreibe zwar einen Verlust an Interessen und eine deutliche Ermüdbarkeit, eigentliche Insuffizienz- oder Schuldgefühle sowie eine psychomotorische Anspannung oder Hemmung würden aber nicht deutlich. Die beklagten sehr unspezifischen kognitiven Symptome in Form einer

gewissen Blockade liessen sich nicht mit den typischerweise deutlich detaillierteren Beschreibungen im Rahmen einer depressiven Pseudodemenz in Einklang bringen. Auch die Angaben zu der seit sechs Jahren unverändert sehr ausgeprägten Schlafstörung erschienen bei einem sonst kaum beeinträchtigten klinischen Bild zumindest fragwürdig. Darüber hinaus beklage die Beschwerdeführerin einen Verlust des Appetits bei gleichzeitiger Gewichtszunahme. Angesichts der teils sehr demonstrativ wirkenden Beschwerdeschilderung und des deutlichen Kontrasts zwischen den beklagten und den beobachteten Symptomen, sei es kaum möglich, eine mittelgradige oder gar eine schwere depressive Symptomatik zu bestätigen, da man bei diesem Schweregrad klare und eindeutige Symptome erwarten würde, die auch in der Untersuchung nachvollziehbar seien. Gleichzeitig könne man natürlich nicht sicher ausschliessen, dass eine gewisse depressive Symptomatik vorliege, die aber durch die sehr demonstrative Präsentation verdeckt werde (S. 17).

Neben der schweren Depression habe der Psychiater 2019 auch eine Insomnie diagnostiziert. Da Schlafstörungen ein häufiges Symptom vieler psychischer Störungen seien, schlage die ICD-10 vor, diese nur als eigenes Störungsbild zu klassifizieren, wenn sie das klinische Bild beherrschten. Angesichts der unspezifischen Beschwerdepräsentation sei dies hier nicht der Fall. Zudem verweise der Psychiater auf eine sonstige dissoziative Störung, wobei unklar bleibe, welche der Unterkategorien nach ICD-10 er meine. Das wesentliche Merkmal einer dissoziativen Störung seien Störungen der Erinnerung, der Kontrolle über Bewegungen oder der Wahrnehmung von Empfindungen ohne körperliche Ursachen. Häufig würden sich hinter den Ausfällen emotionale Konflikte oder Bedürfnisse verbergen. Die von der Beschwerdeführerin geschilderten Attacken, in denen sie das Bewusstsein verliere, könnten z.B. im Rahmen eines dissoziativen Anfalls erklärt werden, da keine somatische Ursache bestätigt sei (S. 17). Letztlich sei aber auch diese Zuordnung kaum möglich, da es aus den sechs Jahren, in denen sich diese Episoden angeblich in monatlichen Abständen ereignet hätten, keine einzige fremdanamnestic Bestätigung gebe, die eine bessere syndromale Zuordnung überhaupt erst ermöglichen würde (S. 17 f.). Ebenso wenig lasse sich die Verdachtsdiagnose einer somatoformen Störung (F45.0) bestätigen. Zwar schienen auch hier einzelne Kriterien einer solchen Störung erfüllt zu sein, nämlich die anhaltende Klage über körperliche Beschwerden ohne erklärendes somatisches Korrelat; gleichzeitig lasse sich aber ein anderes sehr zentrales Kriterium, der wiederholte und anhaltende Wunsch nach einer medizinischen Bestätigung und Abklärung der Beschwerden, nicht nachvollziehen. Ebenfalls kaum schlüssig nachvollziehbar sei die vom Psychiater festgehaltene Persönlichkeitsakzentuierung, da sowohl die soziale als auch die berufliche Biographie der Explorandin bis zum Alter von 41 Jahren völlig unauffällig gewesen sei (S. 18).

3.2.4 Zusammenfassend sei angesichts der sehr demonstrativen und unauthentisch wirkenden Beschwerdepräsentation eine klare diagnostische Zuordnung der Beschwerden kaum möglich. Eine relevante mittelgradige oder gar schwere Depression lasse sich nicht bestätigen. Hinsichtlich einer leichten depressiven Episode bzw. einer Konversionsstörung liessen sich allenfalls Verdachtsdiagnosen stellen. Die anderen genannten Diagnosen seien auf der Grundlage der ICD-10 Kriterien nicht nachvollziehbar (S. 18). Die aktuell beklagte Symptomatik entspreche der bereits 2015 beschriebenen Problematik. Obwohl die Beschwerdeführerin und ihre Therapeuten übereinstimmend von gravierenden Einschränkungen ausgingen, seien in den letzten fünf Jahren keinerlei Massnahmen

eingeleitet worden, um die Therapie in irgendeiner Form zu intensivieren. Eine stationäre Behandlung wäre indiziert und sinnvoll. Die in diesem Setting mögliche intensivere Verhaltensbeobachtung würde dazu beitragen, das recht diffus wirkende Zustandsbild besser zu erfassen (S. 19).

3.2.5 Was die Plausibilität angehe, so zeigten sich auf mehreren Ebenen deutliche Inkonsistenzen: Die beklagten Symptome liessen sich kaum mit den in der Untersuchung beobachtbaren Symptomen in Einklang bringen. Die Beschwerdeführerin beschreibe sich als schwerstkranke Person, die zuhause nichts mehr erledigen könne, von körperlichen Symptomen geplagt werde und ständig unter der Angst leide, durch eine ihrer attackenartigen Bewusstlosigkeiten zu sterben. Gemäss ihrem Ehemann habe sie aber den ersten Begutachtungstermin abgesagt, um die Kinder zu hüten. In der Untersuchung arbeite sie zwei Stunden konzentriert mit, bewältige problemlos und unangestrengt eine gewisse Gehstrecke ohne sichtbare Zeichen von Angst oder Schmerzen und hinterlasse insgesamt kaum einen beeinträchtigten Eindruck. Die Therapeuten würden die beklagten Beschwerden offensichtlich nicht validieren und die vergebenen Diagnosen liessen sich anhand der ICD-Klassifikation nicht bestätigen, da zentrale Kriterien der festgehaltenen Diagnosen nicht erfüllt seien oder fremdanamnestic Angaben zu den Beschwerden völlig fehlten. Die Beschwerdeführerin beklage zwar einen grossen Leidensdruck, lehne aber jede Therapie ab, die über das aktuelle, nur aus monatlichen stabilisierenden Gesprächen mit der Psychologin bestehende Setting hinausgehe. Eine weiterführende Abklärung der Schlafstörung sei trotz der beklagten Schwere nicht erfolgt. Medikamente oder spezifische Psychotherapiestrategien, die zur Behandlung von chronischen Depressionen üblicherweise vorgeschlagen würden, habe man bisher nicht genutzt. Der Blutspiegel der bestehenden Psychopharmakotherapie liege weit unterhalb des therapeutischen Bereichs. Obwohl die Beschwerdeführerin angeblich monatlich das Bewusstsein verliere und dadurch im Strassenverkehr fast schon verunglückt wäre, unternehme sie keinerlei Schritte zur Abklärung oder gar Behandlung dieser als bedrohlich beschriebenen Symptomatik. Dasselbe scheine für die beklagten Bauch-, Brust und Kopfschmerzen zu gelten (S. 20). Auch die Fähigkeiten und Ressourcen liessen sich nicht beschreiben. Die Beschwerdeführerin verneine vehement, in irgendeiner Form über nutzbare Ressourcen zu verfügen. Sie bestätige zwar die in den Berichten mehrfach erwähnten psychosozialen Belastungsfaktoren, aber trotz konkreter Nachfrage seien von ihr weder genauere Informationen zur finanziellen Situation noch zur Belastung durch die Erkrankung des Ehemanns erhältlich (S. 21). Was den funktionellen Schweregrad angehe, so lasse sich die Art der Gesundheitsschädigung aus den genannten Gründen nicht klar eingrenzen. Eine Beurteilung der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde erscheine unmöglich. Hinweise auf eine prämorbid Abweichung der Persönlichkeit seien keine feststellbar. Gewisse Informationen zum sozialen Kontext gingen zwar aus der Akte hervor, könnten aber im Gespräch nicht konkretisiert werden. Bei der Konsistenzprüfung ergäben sich wie bereits dargelegt Inkonsistenzen. Das tatsächliche Aktivitätenniveau in unterschiedlichen Lebensbereichen lasse sich auf Grund der Beschwerdepräsentation nicht konklusiv beurteilen. Ein Leidensdruck sei aber sicher auszuschliessen, da in den letzten fünf Jahren weder psychiatrisch noch somatisch weiterführende medizinische Massnahmen oder Abklärungen durchgeführt worden seien und von der Beschwerdeführerin auch abgelehnt würden. Aus diesen Gründen könne man aktuell keine medizinisch begründbare Einschränkung der Arbeitsfähigkeit objektivieren. Dies gelte auch retrospektiv (S. 21 f.). Es sei davon auszugehen, dass es in den letzten Jahren zu keinen wesentlichen Veränderungen

von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit gekommen sei (S. 24). Zwar werde eine Reihe an medizinischen Symptomen und Einschränkungen benannt, aber eine klare Zuordnung zu einem Störungsbild sei nicht möglich (S. 21). Eine bessere Abgrenzung einer unbewussten Beschwerdepräsentation im Rahmen einer Konversionsstörung von einer Aggravation bzw. Simulation lasse sich vermutlich noch am ehesten durch die intensive Verhaltensbeobachtung in einem stationären therapeutischen Setting erzielen. Behandlungsoptionen und die Prognose könnten erst dann sinnvoll diskutiert werden, wenn der differentialdiagnostische Prozess diesbezüglich abgeschlossen sei (S. 23).

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