

SO_GERICHTE VSBES.2015.145 vom 4. Mai 2015

SO Obergericht, 2015-05-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2015.145

FR: SO_GERICHTE VSBES.2015.145 du 4 mai 2015

IT: SO_GERICHTE VSBES.2015.145 del 4 maggio 2015

Erwägungen

E. 1

1.1 B.____ (nachfolgend Beigeladene), geb. 1985, [...], meldete sich erstmals am 27. September 2004 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend Beschwerdegegnerin) zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-Stelle Beleg [IV-]Nr. 4).

1.2 Nach Einholen ärztlicher Berichte und Vornahme erwerblicher Abklärungen (IV-Nr. 5 ff.), sprach die Beschwerdegegnerin der Beigeladenen mit Verfügung vom 10. Juli 2007 eine befristete, halbe Invalidenrente zu, und zwar für die Zeit vom 1. November 2004 bis 31. Januar 2006 (IV-Nr. 31).

E. 2

2.1 Am 10. März 2010 zog sich die Beigeladene ein OSG-Distorsionstrauma am rechten Fuss zu (IV-Nr. 45, S. 18; 50.3, S. 195).

2.2 Mit Verfügung vom 10. Juli 2012 schloss die Suva den Fall ab und stellte die Versicherungsleistungen per 31. Mai 2012 ein (IV-Nr. 45, S. 9). Am 5. Dezember 2012 wies die Suva die Einsprache gegen die Verfügung vom 10. Juli 2012 ab (IV-Nr. 50.3, S. 8 ff.).

E. 2.2

m.H.a. BGE 125 V 413 E. 2d S. 418, bestätigt durch BGE 131 V 164 E. 2.2 S. 165). Streitig und zu prüfen sind folglich die durch die Beschwerdegegnerin der Beigeladenen mit Verfügung vom 4. Mai 2015 zugesprochene IV-Rente ab 1. Februar (¾-Rente) und 1. August 2013 (½-Rente) sowie ab 1. September 2014 (¼-Rente). Schliesslich bleibt festzustellen, dass die Beigeladene die Abweisung der Beschwerde und Bestätigung der Verfügung vom 4. Mai 2015 beantragt hat (A.S. 35).

2.

2.1 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).

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

dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Absatz 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG).

2.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

2.4 Eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, oder eine Verminderung der Hilflosigkeit, des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs ist für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV; SR 831.201). Bei der gleichzeitigen rückwirkenden Zusprache einer halben und der diese ablösenden ganzen Rente richtet sich der Zeitpunkt des Wechsels von der halben zur ganzen Rente ausschliesslich nach Art. 88a Abs. 2 IVV (vgl. BGE 109 V 125).

3.

3.1 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung 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 geltenden ■ Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_909/2010 vom 1. März 2011 E. 4.1, 8C_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2, 8C_101/2010 vom 3.

Mai 2010 E.

E. 3

3.1 Am 29. August 2012 meldete sich die Beigeladene erneut bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 33). Das Früherfassungs-/Intake-Gespräch fand am 14. September 2012 statt.

3.2 Der durch die Beschwerdegegnerin angeforderte Bericht von Dr. med. C.____, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, [...], vom 9. Oktober 2012 traf am 26. Oktober 2012 ein (IV-Nr. 44). Am 1. November 2012 reichte Dr. med. D.____, Innere Medizin FMH, [...], den durch die Beschwerdegegnerin gewünschten Bericht ein, dem er weitere Berichte beilegte (IV-Nr. 45 ff).

E. 4

4.1 Am 28. Februar 2013 nahm Dr. med. E.____, Fachärztin Neurologie FMH, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) BE-FR-SO, zur Frage der Arbeitsfähigkeit der Beigeladenen Stellung und erachtete keine weiteren medizinischen Abklärungen mehr angezeigt (IV-Nr. 56, S. 2 ff.).

4.2 Mit Vorbescheid vom 8. März 2013 teilte die Beschwerdegegnerin der Beigeladenen mit, dass sie ab 1. Februar 2013 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente habe (IV-Nr. 57, S. 2 ff.). Dagegen erhob die Beschwerdeführerin am 4. April 2013 Einwand (IV-Nr. 63). In der Folge schien der RAD-Ärztin am 8. August 2013 eine Begutachtung durch die Medas angezeigt (IV-Nr. 79).

4.3 Am 3. September 2013 teilte die Beschwerdegegnerin der Beigeladenen mit, dass sie eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung als notwendig erachte, deren Kosten sie übernehme (IV-Nr. 80). Das SuisseMED@P-Team orientierte die Beschwerdegegnerin am 25. September 2013, dass ihr Auftrag der Begutachtungsstelle «F.____» (nachfolgend F.____) zugeteilt worden sei (IV-Nr. 84).

5. Mit Urteil vom 31. Oktober 2013 wies das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn die Beschwerde der Beigeladenen gegen den Einspracheentscheid der Suva vom 5. Dezember 2012 ab (VSBES.2013.14).

E. 4.1

und 9C_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1).

3.2 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 352 E. 3a). 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 Rechtsanspruchs 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

3.3 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. 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 versicherte Person arbeitsunfähig ist.

3.4 Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, die diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). In diesem Sinne vermag die Beurteilung der behandelnden Ärzte ein Administrativgutachten grundsätzlich nur dann in Frage zu stellen und zumindest Anlass zu weiteren Abklärungen zu geben, wenn wichtige Aspekte benannt werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_425/2013 vom 16. September 2013 E. 4.1 mit Hinweisen).

3.5 Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) setzen gemäss Art. 59 Abs. 2bisIVG die für die Invalidenversicherung nach Artikel 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Nach Art. 49 IVV beurteilen sie die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die regionalen ärztlichen Dienste können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2). Sie stehen den IV-Stellen der Region beratend zur Seite (Abs. 3).

4. In dem vom 1. November 2004 bis 31. Januar 2006 befristeten Zeitraum bezog die Beigeladene ■ wie vorstehend erwähnt ■ eine halbe IV-Rente (IV-Nr. 31). Auf den medizinischen Sachverhalt im damaligen Zeitpunkt braucht daher nicht eingegangen zu werden.

5. Nach der zweiten Anmeldung der Beigeladenen vom 29. August 2012 zum Leistungsbezug (IV-Nr. 33) gelangten im Wesentlichen folgende, relevante Arztberichte bzw. Gutachten zu den IV-Akten:

5.1 Dr. med. C. ___ diagnostizierte am 9. Oktober 2012 bei der Beigeladenen ■ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ■ eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (F32.0/1) sowie eine Akzentuierung zwanghafter Persönlichkeitszüge (Z73.1), differentialdiagnostisch eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung (F60.5). Die Arbeitsunfähigkeit bezifferte der Arzt auf zirka 70 % ab 5. Juni 2012 bis auf weiteres. Den Gesundheitszustand der Beigeladenen bezeichnete er als stationär (IV-Nr. 44).

5.2 Der Hausarzt der Beigeladenen, Dr. med. D. ___, stellte in seinem Bericht vom 1. November 2012 ■ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ■ die Diagnosen einer

«Neurodystrophie (Algodystrophie) Unterschenkel re ICD M89.06 OSG-Distorsion re 10.3.2010», einer «reaktiven Depression, depressive Störung ICD F42.2» und einer «Schlafstörung ICD G47.9», bestehend seit Juni 2010. Seit 1. April 2012 sei die Beigeladene in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als kaufmännische Angestellte zu 60 % arbeitsunfähig (IV-Nr. 45).

5.3 Im Bericht vom 11. Januar 2013 führte die Gutachterstelle I.____ (AEH), [...], als Diagnosen chronische Fuss- und Unterschenkelschmerzen rechts () sowie einen Verdacht auf Angststörung mit depressiver Entwicklung bei Schmerzchronifizierung an. In der bisherigen Bürotätigkeit sei die Versicherte aus rein rheumatologisch-orthopädischer Sicht ganztags vollzeitlich arbeitsfähig, da es sich um eine sehr leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit handle (100%ige Arbeitsfähigkeit möglich). Allerdings bestehe aufgrund der zentralen Schmerzsensibilisierung durch die Schmerzchronifizierung möglicherweise bei diesbezüglich positiver Anamnese im gesamten Symptomenkomplex der Verdacht auf eine zusätzliche depressive Symptomatik, weshalb zur gesamtheitlichen Betrachtung der Arbeitsfähigkeit dringend noch eine psychiatrische Evaluation mit diesbezüglicher Stellungnahme zu empfehlen sei (IV-Nr. 52.4, S. 28 ff.).

5.4 Am 28. Februar 2013 nahm die RAD-Ärztin, Dr. med. E.____, zur medizinischen Situation Stellung. Sie verwies dabei auf die ausführlichen Arztberichte mit den entsprechenden Anhängen von Dr. med. C.____ vom 26. Oktober 2012 und Dr. med. D.____ vom 6. November 2012 sowie die Suva-Akten. Aufgrund der ausgewiesenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen sei die Beigeladene in ihrer angestammten Tätigkeit als Personalassistentin im Home-Office 40 % arbeitsfähig. Bei einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit sei die Einschränkung höher zu beziffern, nämlich mit 70 %. Die Vorteile bei der jetzigen Tätigkeit seien, dass der Arbeitsweg weg falle und sie sich die Arbeit bzw. die Pausen frei einteilen könne. Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gab Dr. med. E.____ «Neurodystrophie Unterschenkel rechts nach OSG-Distorsion rechts am 10.03.2010», «Leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/1)» und «Akzentuierung zwanghafter Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)» an. Die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Personalassistentin betrage 100 % vom 14. November 2011 bis 13. Februar 2012, 50 % vom

E. 6

6.1 Die Beschwerdegegnerin informierte die Beigeladene am 27. Januar 2014 über die mit der Durchführung der medizinischen Untersuchung betrauten Ärzte der Gutachterstelle F.____ (IV-Nr. 95). Das Gutachten der Gutachterstelle F.____ vom 15. Mai 2014 traf gleichentags bei der Beschwerdegegnerin ein (IV-Nr. 98.1); dazu nahmen die Vertreterin der Beigeladenen am 4. Juni, Dr. med. D.____ am 5. Juni und die Beschwerdeführerin am 25. Juni 2014 Stellung (IV-Nr. 100 f.). Im Weiteren äusserte sich die RAD-Ärztin am 13. August 2014 zum Gutachten (IV-Nr. 106, S. 2 f.).

6.2 Mit neuem, den vom 8. März 2013 ersetzenden Vorbescheid vom 18. August 2014 teilte die Beschwerdegegnerin der Beigeladenen mit, dass sie ab 1. Februar 2013 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, ab 1. August 2013 Anspruch auf eine halbe Rente und ab 1. September 2014 Anspruch auf eine Viertelsrente habe (IV-Nr. 107). Dagegen erhob die Beschwerdeführerin am 15. September 2014 Einwand (IV-Nr. 112), wozu die RAD-Ärztin in ihrer Aktennotiz vom 19. September 2014 festhielt, dass der RAD in seiner Beurteilung dem rheumatologischen Gutachter gefolgt sei (IV-Nr. 115). Die Beigeladene äusserte sich

am 30. September 2014 zum Einwand der Beschwerdeführerin vom 15. September 2014 (IV-Nr. 116).

6.3 Am 21. November 2014 forderte die Beschwerdegegnerin die Gutachterstelle F.____ auf, die Korrektur in der Konsensbeurteilung zu begründen (IV-Nr. 119). Die Gutachterstelle beantwortete die Rückfrage am 22. Dezember 2014 (IV-Nr. 120). Zu dieser Stellungnahme äusserte sich die RAD-Ärztin am 18. Februar 2015 (IV-Nr. 122).

6.4 Mit Verfügung vom 4. Mai 2015 bestätigte die Beschwerdegegnerin den bereits angekündigten Entscheid und nahm gleichzeitig zu den im Vorbescheidverfahren gemachten Einwänden der Beschwerdeführerin Stellung (IV-Nr. 127).

7. Gegen diese Verfügung erhebt die Beschwerdeführerin am 22. Mai 2015 Beschwerde ans Versicherungsgericht des Kantons Solothurn. Sie stellt und begründet dabei folgende Rechtsbegehren (Aktenseite [A.S. 14 ff.]):

1. Die Verfügung vom 5. (recte: 4.) Mai 2015 der Beschwerdegegnerin 1 sei aufzuheben und der Anspruch der Beschwerdegegnerin 2 auf eine Viertelsrente abzuerkennen.

2. Eventualiter sei die Verfügung vom 5. (recte: 4.) Mai 2015 der Beschwerdegegnerin 1 aufzuheben und die Angelegenheit zur Neubeurteilung zurückzuweisen.

Unter Kostenfolge

8. Mit richterlicher Verfügung vom 27. Mai 2015 wird B.____ im Verfahren beigeladen (A.S. 22).

9. Am 6. Juli 2015 teilt die Beschwerdegegnerin mit, sie verzichte mit Verweis auf die Begründung in der angefochtenen Verfügung sowie die beiliegenden IV-Akten auf die Abgabe einer Beschwerdeantwort und beantrage, dass die Beschwerde abzuweisen sei (A.S. 30).

10. Die damalige Vertreterin der Beigeladenen stellt und begründet am 27. August 2015 folgende Rechtsbegehren (A.S. 34 ff.):

1. Es sei die Beschwerde vom 22. Mai 2015 abzuweisen.

2. Es sei die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 4. Mai 2015 zu bestätigen.

3. Es sei der Beigeladenen das Gutachten von Dr. E.____ für eine ergänzende Stellungnahme zuzustellen.

11. Am 23. September 2015 teilt Advokat Dominik Zehntner, [...], mit, dass ihn die Beigeladene neu mit der Wahrung ihrer Interessen beauftragt habe (A.S. 44).

12. Am 15. Oktober 2015 äussert sich die Beschwerdeführerin mittels Replik zur Stellungnahme der Beigeladenen (A.S. 51 ff.).

13. Der neue Vertreter der Beigeladenen gibt am 20. November 2015 eine Stellungnahme zur Replik der Beschwerdeführerin ab (A.S. 57 ff.).

14. Die Beschwerdegegnerin reicht am

E. 10

März 2016 u.a. das Gutachten von Dr. med. G.____ vom 24. Februar 2016 ein und weist darauf hin, dass eine allfällige anspruchrelevante gesundheitliche Verschlechterung der Beigeladenen erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung berücksichtigt werden könnte

(IV-Nr. 63).

15. Am 13. Mai 2016 nimmt die Beschwerdeführerin zur Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 10. März 2016 und zum damit eingereichten Gutachten von Dr. med. H. ___ Stellung (A.S. 89 ff.); dazu äussert sich auch der Vertreter der Beigeladenen am 17. Mai 2016 (A.S. 92 f.). Schliesslich gibt die Beschwerdegegnerin am 3. Juni 2016 eine Stellungnahme zu diesen beiden Eingaben zu den Akten (A.S. 95).

Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

II.

1.

1.1 Die Beschwerde ist rechtzeitig erhoben worden und erfüllt die formellen Voraussetzungen. Das angerufene Gericht ist sachlich, örtlich und funktionell zuständig. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

1.2 Das Sozialversicherungsgericht beurteilt die Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit seines Erlasses gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 130 V 140 E. 2.1, 121 V 366 E. 1b mit Hinweis).

Im vorliegenden Fall datiert die angefochtene Verfügung vom 4. Mai 2015, die den rechtsrelevanten Zeitpunkt definiert.

1.3 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falls grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt ■ hier 4. Mai 2015 ■ abstellt (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366), sind im vorliegenden Fall für die Prüfung des Rentenanspruchs ab Februar 2013 die ab 1. Januar 2013 geltenden materiell-rechtlichen Bestimmungen anwendbar. Schliesslich sind nach Erlass der angefochtenen Verfügung (4. Mai 2015) erstellte Arztberichte zu berücksichtigen, wenn sie geeignet sind, die Beurteilung bezogen auf diesen Zeitpunkt zu beeinflussen (Urteil des Bundesgerichts 8C_754/2010 vom 16. Dezember 2010 E. 4; BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 121 V 362 E. 1b S. 366).

1.4 Die Beschwerdeführerin hat zur Hauptsache einerseits beantragt, dass die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 4. Mai 2015 aufzuheben sei. Andererseits verlangt sie, dass die der Beschwerdegegnerin 2 (Beigeladene) zugesprochene Viertelsrente (mit Wirkung ab 1. Juni 2014) aufzuheben sei (A.S. 15). In der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin der Beigeladenen Rentenleistungen ab 1. Februar 2013 zugesprochen (IV-Nr. 127). Rechtsprechungsgemäss bildet die Verfügung über eine abgestufte Invalidenrente insgesamt den Anfechtungs- und Streitgegenstand und unterliegt integral der gerichtlichen Prüfung, selbst wenn nur einzelne Punkte davon bestritten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_50/2011 vom 25. Mai 2011 E.

E. 14

Februar 2014 als eingeschränkt. Sie könne gut einer 60%igen Arbeitstätigkeit im Büro dem Personalwesen nachgehen. Eine zeitweise Homeoffice-Arbeitstätigkeit könne sich günstig auswirken, sodass bei Weiterführung der aktuellen medizinischen Behandlung eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 80 % innerhalb der nächste 12 Monate erwartet werden könne. Aufgrund klinischer Diskrepanz in der Beurteilung zwischen den Gutachtern sei eine Konsensuskonferenz durchgeführt worden, worauf verwiesen werde (IV-Nr. 98.3, S. 14). Eine isolierte Beurteilung aus neurologischer Sicht sei ■ so der neurologische Gutachter am 26. Februar 2014 ■ nicht möglich, da bei chronischen Schmerzen des rechten Fusses keine primäre Affektion neuronaler Strukturen vorliege und gleichzeitig Hinweise auf eine Symptomausweitung bestünden. Die Arbeitsfähigkeit sei in der Konsensuskonferenz in der Gesamtsicht mit 70 % festgelegt worden. Möglicherweise sei diese Arbeitsfähigkeit durch eine Umstellung der Schmerztherapie im Verlauf zu erhöhen. Was die Arbeitsfähigkeit in allfälligen Verweistätigkeiten anbelange, ergebe sich ebenso in der Gesamtsicht eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (IV-Nr. 98.4, S. 8).

5.8 Dr. med. I. ___ nahm am 5. Juni 2014 zum F. ___-Gutachten Stellung. Bei der Versicherten bestehe nach seiner Meinung und auch der Meinung mehrerer Begutachter ein CRPS 1 am rechten Fuss nach OSG-Distorsionstrauma vom 10. März 2010. Demzufolge sei die Rekonvaleszenz nicht erwartungsgemäss. Es sei eine längere Arbeitsunfähigkeit gefolgt. Mit intensiven Bemühungen mehrerer Ärzte und Therapeuten habe ab 1. Juni 2013 nach langsamer Steigerung eine 50%ige Arbeitsfähigkeit erreicht werden können. Ein Steigerungsversuch auf 60 % sei gescheitert. Die Folge sei eine zweiwöchige, schmerzbedingte Arbeitsunfähigkeit gewesen. Aufgrund dieser Erfahrung erachte er eine 50%ige Arbeitsfähigkeit als möglich. Im Moment könne die Patientin nicht mehr, so wie im Gutachten erwähnt, von zu Hause aus arbeiten. Sie müsse deshalb die ganze Arbeitszeit im Büro verbringen. Die Schmerzen seien unter u.e. Medikation einigermaßen im Griff. Er befürchte jedoch eine Verschlechterung der Situation, wenn das Arbeitspensum gesteigert werde. Die im Gutachten erwähnte Steigerung der Arbeitsfähigkeit «auf 70 der 80 %» werde seit Monaten versucht. Es gelinge nie, ohne dass wieder längere Ausfälle die Folge seien. Die Gutachter hätten eine Neubeurteilung in zwei Jahren vorgeschlagen, was ihm sinnvoll erscheine. Bis zu dieser Neubeurteilung sollte aber seiner Meinung nach eine befristete Rente von 50 % ausgesprochen werden. Er sehe absolut keine Möglichkeit, momentan die Arbeitsfähigkeit zu steigern. Wenn sich aber die aktuelle Lage weiter stabilisieren könne und Rückschläge ausblieben, könnte eventuell bis in zwei Jahren eine Steigerung möglich sein (IV-Nr. 101).

5.9 In der Stellungnahme vom 13. August 2014 führte die RAD-Ärztin Dr. med. E. ___ an, dass die Gutachter der F. ___ das Vorliegen eines CRPS 1 als Ursache der anhaltenden Schmerzproblematik bestätigten. Sie hätten aber betont, dass die erhobenen somatischen Befunde nicht alle Symptome der Versicherten in ihrem ganzen Ausmass erklären könnten. In der Untersuchung fänden sich Auffälligkeiten und Diskrepanzen, die auf eine Symptomausweitung hindeuteten. Eine eigenständige psychiatrische Erkrankung könne nicht diagnostiziert werden. Es sei aber die Verdachtsdiagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung in Erwägung gezogen worden. Die chronischen Schmerzen im Bereich des rechten Fusses, vereinbar mit einem komplexen regionalen Schmerzsyndrom ohne Hinweise auf eine primäre Affektion neurologischer Strukturen (CRPS, Typ 1) bei Status nach Eversions-/Inversionstrauma im rechten Sprunggelenk am

10. März 2010 wirkten sich gemäss den Gutachtern der F.____ auf die Arbeitsfähigkeit einschränkend aus. Weitere Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit würden keine gestellt. Die Beurteilung sei in Kenntnis der Vorakten erfolgt und beruhe auf ausführlichen Untersuchungen im internistischen, rheumatologischen, neurologischen und psychiatrischen Fachbereich. Die rheumatologischen Gutachter hätten festgestellt, dass die Versicherte grundsätzlich in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei und hielten eine Bürotätigkeit im Personalwesen (angestammte Tätigkeit) in einem Pensum von 60 % als zumutbar. Die Konsenskonferenz der Gutachter sei dann zum Schluss gekommen, dass eine Arbeitsfähigkeit von 70 % bestehe. Diese Erhöhung sei ■ so die RAD-Ärztin ■ nicht nachvollziehbar, weil sie nicht begründet werde. In der Stellungnahme vom 25. Juni 2014 habe sich der BVG-Versicherer dahingehend geäussert, dass auf das Gutachten der F.____ abgestellt werden solle; dies auch mit Verweis auf das Gutachten von I.____ und Dr. med. L.____/Dr. med. M.____ aus den Jahren 2012 und 2013, die auch zum Schluss gekommen seien, dass keine hochgradige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Dr. med. L.____ sei Psychiater, Dr. med. M.____ Neurologin. Dass sie in ihren Fachgebieten keine relevante Gesundheitsstörung hätten feststellen können, decke sich mit dem F.____-Gutachten. Die die Arbeitsfähigkeit einschränkende Diagnose werde im F.____-Gutachten zu Recht vom Rheumatologen gestellt, weil beim CRPS 1 eben keine primäre Nervenschädigung vorliege, und es sich dabei nicht um eine psychiatrische Störung handle. Darum sollte auch in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf die rheumatologische Beurteilung abgestellt werden. Zum Zeitpunkt der RAD-Berichterstattung im Februar 2013 habe sich auch eine leichte bis mittelgradige depressive Episode auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt, die sich vollständig zurückgebildet habe (Gutachten Dr. med. L.____/Dr. med. M.____ April 2013 und Gutachten F.____). Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in Verweistätigkeiten sei gleich zu beurteilen, da die angestammte Tätigkeit leidensangepasst sei. Der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit werde wie folgt beurteilt: 100 % vom 14. November 2011 bis 13. Februar 2012, 50 % vom 14. Februar bis 31. März 2012, 60 % ab April 2012 bis April 2013, 50 % ab Mai 2013 bis Mai 2014 (Gutachten Dr. med. L.____/Dr. med. M.____ vom 29. April 2013; Arztbericht Dr. med. N.____ vom 3. September 2013), 40 % ab Juni 2014 (Gutachten F.____) (IV-Nr. 106, S. 2).

5.10 Dr. med. O.____, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, [...], attestierte der Beigeladenen in seiner Funktion als beratender Arzt der [...] Versicherungen AG am 12. September 2014 in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Bei erfolgreicher Anwendung weiterer therapeutischer Optionen mit Tendenz auf Schmerzlinderung, wegen des Phänomens der Adaptation und mit Blick auf ein günstiges Berufsumfeld ohne zwingende körperliche Belastung, sei mittelfristig bei CRPS 1 eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit vorstellbar. Im Verlaufe regelmässiger beruflicher Arbeitseinsätze gelinge die Adaptation an die Situation erfahrungsgemäss zunehmend. Eine 80%ige Arbeitsfähigkeit sei eine Chance, sich von der «Schmerzwelt» distanzieren zu können. Was die Arbeitsfähigkeit in der angepassten Tätigkeit anbelange, gälten die gleichen Aussagen, da die bisherige Tätigkeit der Versicherten bereits einer angepassten Tätigkeit entspreche. Im Weiteren hielt Dr. med. O.____ fest, dass die Begutachtung der Versicherten breitgefächert durchgeführt und nebst der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit von der IV-Stelle auch ein polydisziplinäres Gutachten bei der Begutachtungsstelle F.____ bestellt worden sei. Die Psychiatrie, Rheumatologie und Neurologie seien als einzelne Fachrichtungen in die Begutachtung einbezogen worden. Als Fazit dieser Untersuchung sei in der Tätigkeit als Personalassistentin von einer

Arbeitsunfähigkeit von 30 % auszugehen. Es gebe auch für dieses Gutachten wiederum keinen Anlass, dessen Qualität in irgendeiner Weise als unzureichend oder gar mangelhaft zu bezeichnen. Die grosszügigere Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit sei nicht auf einen schlechten Verlauf des diagnostizierten CRPS, sondern auf eine gemeinsame Aussage nach der medizinischen Consensus-Konferenz zurückzuführen. Da es sich aber beim CRPS um einen nicht allein zu beurteilenden Schmerzzustand handle, könne diesem Gutachten nicht nur die Meinung des Rheumatologen entnommen werden, welcher seinerseits eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit ableite, sondern es müsse die Gesamtaussage dieses dreifachen Gutachtens bewertet werden. Und diese Aussage überschreite das Limit von einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit nicht. Beim CRPS handle es sich um ein komplexes Schmerzgeschehen, das auch die neurologischen und psychiatrischen Elemente enthalte; gerade diese seien auf mittlere und lange Dauer therapeutisch günstig beeinflussbar, was aus menschlicher Sicht der betroffenen Versicherten offenstehen müsse. Nach über 30 Jahren Tätigkeit als praktizierender Rheumatologe und Internist fasse er ■ so Dr. med. O. ___ - zusammen, dass sich bei der mehrfach begutachteten Versicherten eine Restarbeitsfähigkeit von mindestens 70 bis 80 % ergebe. Dabei seien nicht nur somatische, sondern auch neurologische und psychiatrische Aspekte berücksichtigt worden. Es handle sich um eine noch junge Frau, die im Verlauf der letzten fünf Jahre keine Verschlechterung des Gesamtzustands gezeigt habe. Zudem stünden ihr therapeutische Optionen zur Verfügung, die die Schmerzempfindung verbessern liessen. Beim CRPS müsse auf das Phänomen der Adaptation hingewiesen werden. In einem geeigneten Umfeld, insbesondere bei regelmässiger Erfüllung eines Tages durch geeignete Arbeit, passten sich Schmerzpatienten zunehmend an ihren Zustand an und vermöchten die Schmerzempfindung durch übergeordnete Ablenkung zu unterdrücken. Bei der Tätigkeit einer Personalassistentin handle es sich um eine körperlich nicht belastende, ohne Zumutung ausführbare berufliche Tätigkeit, die den natürlichen Prozess der laufenden Adaptation unterstütze. Abschliessend müsse festgestellt werden, dass die bisherige Tätigkeit hier automatisch als angepasst gelte. Somit sei aus somatischer Sicht kein Grund vorhanden, von den vorliegenden gutachterlichen Beurteilungen abzuweichen und die Arbeitsunfähigkeit in entgegenkommender Weise in den Grenzbereich der beginnenden IV-Berentung durch die IV-Stelle zu verschieben. Es fänden sich in den Unterlagen keine medizinischen Dokumente, die eine Arbeitsunfähigkeit von über 30 % zu begründen vermöchten (Beschwerdebeilage [BB-]Nr. 4).

5.11 Aus der Aktennotiz der RAD-Ärztin Dr. med. E. ___ vom 19. September 2014 geht hervor, dass der Rheumatologe im F. ___-Gutachten die Arbeitsunfähigkeit mit 40 % beziffert habe. In der Konsensbesprechung sei dies dann auf 30 % korrigiert worden, ohne dass hierfür eine nachvollziehbare Begründung ersichtlich werde. Der Hausarzt der Versicherten halte ein Arbeitspensum von 70 % für nicht zumutbar, da bisherige Steigerungsversuche über 60 % jeweils mit deutlicher Schmerzzunahme einhergehen würden. Der RAD sei, auch unter Berücksichtigung der hausärztlichen Einschätzung, in seiner Beurteilung dem rheumatologischen Gutachter gefolgt (IV-Nr. 115).

5.12 Der durch die Beschwerdegegnerin angeforderten Stellungnahme der Begutachtungsstelle F. ___ vom 22. Dezember 2014 lässt sich Folgendes entnehmen: Die Beschwerdegegnerin beanstande, dass die Arbeitsfähigkeit der Explorandin im Rahmen der rheumatologischen Begutachtung auf «gut 60 %» angegeben worden sei; dies wirke möglicherweise widersprüchlich zu der im Schlussgutachten aufgeführten 70%igen Arbeitsfähigkeit. Der Grund hierfür sei, so die F. ___-Gutachter, dass sie im Rahmen ihrer

interdisziplinären Fallbesprechung die Arbeitsfähigkeit auf 70 % angepasst hätten. Zur Festlegung der Arbeitsfähigkeit sei nämlich ein Gesamtbild einschliesslich der neurologischen und psychiatrischen Aspekte notwendig; dies sei insbesondere bei der Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms, wie es das CRPS darstelle, von grosser Bedeutung. Ein direkter Widerspruch zu der im rheumatologischen Fachgutachten aufgeführten Arbeitsfähigkeit von «gut 60 %» bestehe aus medizinischer Sicht nicht (IV-Nr. 120).

5.13 Zu dieser Stellungnahme hielt die RAD-Ärztin Dr. med. E.____ am 18. Februar 2015 fest, dass die F.____-Gutachter in der unterschiedlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Untergutachten Rheumatologie und in der Gesamtbeurteilung keinen Widerspruch sähen. Unter Berücksichtigung der neurologischen und psychiatrischen Aspekte, was bei der Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms, wie es das CRPS darstelle, von grosser Bedeutung sei, sei die Arbeitsfähigkeit demnach in der Gesamtschau höher zu bewerten als alleine aus rheumatologischer Sicht. Die Stellungnahme vom 22. Dezember 2014 vermöge nicht zu überzeugen. Der psychiatrische Gutachter habe eine psychische Problematik in Form einer Schmerzkrankheit mit inadäquatem Schmerzerleben, wahrscheinlich im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung festgestellt; diese alleine habe bei Zumutbarkeit der willentlichen Überwindung keinen negativen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Wieso dadurch die Arbeitsfähigkeit aber gesteigert werden solle, sei nicht nachvollziehbar. Aus Sicht des RAD sei an der bisherigen Beurteilung (vgl. RAD Stellungnahme vom 13. August 2014) festzuhalten (IV-Nr. 122, S. 2).

5.14 Am 4. April 2015 attestierte Dr. med. N.____, FMH Chirurgie, [...], in seinem Bericht an den Hausarzt der Beigeladenen bei einem «Status bei CRPS I rechte untere Extremität, zurzeit Erschöpfungssyndrom» eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Beilage Beigeladene [BBei-]Nr. 2).

5.15 Dem Austrittsbericht der Ärzte der P.____, Psychosomatische Medizin, [...], vom 5. August 2015 an den Hausarzt kann entnommen werden, dass die Arbeitsunfähigkeit der Beigeladenen vom 6. Juli ■ 31. August 2015 100 % betrage. Eine weitere Beurteilung habe durch die Nachbehandler zu erfolgen (BBei-Nr. 3).

5.16 In einem weiteren Bericht vom 15. August 2015 an den damaligen Vertreter der Beigeladenen führte Dr. med. N.____ aus, dass diese, unabhängig des Burnouts, auch wegen dem chronischen Schmerzsyndrom zu 100 % arbeitsunfähig sei (BBei-Nr. 1).

5.17 Dr. med. G.____, Psychiatrie und Psychotherapie, [...], diagnostizierte im Bericht vom 24. Februar 2016 ■ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ■ eine Erschöpfungsdepression (F48.0). Differenzialdiagnostisch könne an eine depressive Episode gedacht werden. Bis Ende März 2016 gelte sie als voll arbeitsunfähig, anschliessend sollte an einer geeigneten Arbeitsstelle mit einer zirka 50%igen Arbeitsfähigkeit gerechnet werden. Mit weniger Stress könnte sie eine höhere Arbeitsfähigkeit erreichen (A.S. 67 ff.).

5.18 Im Bericht vom 21. April 2016 bescheinigten Dr. med. Q.____, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, und Dr. med. R.____, [...], der Beigeladenen weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Sie hätten allerdings mit der Patientin vereinbart, eine IV-Anmeldung (zusätzlich zur bereits bestehenden 40 %-Rente) zu veranlassen, um einen Arbeitswiedereinstieg im geschützten Rahmen zu versuchen. Zudem wiesen die beiden Ärzte darauf hin, dass sich die Schmerzproblematik der Patientin auszuweiten scheine. Sie

leide auch unter Gelenkschmerzen, die den Verdacht einer somatoformen Schmerzstörung nahelegten (BBei-Nr. 4).

6.

6.1 Angesichts divergierender Stellungnahmen in den Vorakten holte die Beschwerdegegnerin das Gutachten der Begutachtungsstelle F.____ vom 15. Mai 2014 ein. Den Gutachtern standen die gesamten Vorakten zur Verfügung. Ihre Expertise stützt sich zudem auf eigene spezialärztliche Untersuchungen in den Fachdisziplinen Innere Medizin, Neurologie, Rheumatologie und Psychiatrie. Beschwerdebilder, die andere Disziplinen betreffen könnten, sind nicht ersichtlich. Die Begutachtung umfasste eine Anamnese, die anhand der vorliegenden Dokumente und der Angaben der Beigeladenen vorgenommen wurde. Die geklagten Beschwerden wurden berücksichtigt und in die Beurteilung einbezogen. Das Gutachten vom 15. Mai 2014 beruht somit auf vollständigen Grundlagen und bezieht sich auf alle relevanten Aspekte. Die einzelnen Teilgutachten enthalten eine schlüssige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus der Sicht der jeweiligen Fachdisziplin; diese wird in nachvollziehbarer Weise aus der Anamnese und den erhobenen Befunden hergeleitet. Das Gutachten wird damit den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme grundsätzlich gerecht. Zu prüfen bleiben die dagegen erhobenen inhaltlichen Einwände.

6.2 Die Versicherte lässt zunächst einwenden, das Gutachten enthalte keine Prüfung der mit dem Urteil BGE 141 V 281 formulierten, für die Beurteilung psychosomatischer Beschwerdebilder massgebenden Indikatoren.

6.2.1 Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung wird sowohl im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 98.3) als auch im Hauptgutachten (IV-Nr. 98.1, S. 24) nur als Verdachtsdiagnose gestellt. Die psychiatrische Gutachterin führt dazu aus, der für diese Diagnose vorausgesetzte andauernde, schwere und quälende Schmerz, der sich durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht hinreichend erklären lasse, liege vor. Das Hauptkriterium einer solchen Störung, nämlich zugrundeliegende emotionale Konflikte, sei jedoch sehr schwer zu erfassen und lasse sich lediglich errahnen (IV-Nr. 98.3, S. 6). Es sei psychodynamisch gesehen möglich, dass der Krankheitsverlauf mit den organisatorischen Veränderungen am Arbeitsplatz zu tun haben könnte; dies sei aber sehr hypothetisch, zumal die Beigeladene eine belastende Wirkung dieser Veränderungen verneine (IV-Nr. 98.3, S. 7). Da somit das Hauptkriterium einer somatoformen Schmerzstörung nicht zuverlässig bejaht werden kann, leuchtet es ein, wenn die psychiatrische Gutachterin ■ und ihr folgend das Gesamtgutachten ■ nur eine entsprechende Verdachtsdiagnose stellt; eine solche ist aber definitionsgemäss nicht geeignet, einen invalidisierenden Gesundheitsschaden zu begründen.

6.2.2 Selbst wenn man jedoch davon ausginge, die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei begründet, wäre deren invalidisierende Wirkung unter Berücksichtigung der Indikatoren zu verneinen: Die Schmerzen am rechten Fuss lassen sich nach Einschätzung der Gutachter zwar nicht ausschliesslich, aber doch weitgehend durch die somatische Diagnose eines CRPS erklären, so dass eine zusätzliche psychosomatische Komponente vergleichsweise gering ausgeprägt wäre. Die Beigeladene leidet an keiner relevanten psychiatrischen Komorbidität. Eine diesbezügliche Therapie beschränkte sich laut den Angaben der Beigeladenen gegenüber der begutachtenden Psychiaterin auf monatliche Gespräche im Rahmen einer delegierten Psychotherapie. Von einem sozialen

Rückzug kann ■ bezogen auf die damaligen Verhältnisse ■ nicht gesprochen werden. So arbeitet die Beigeladene zu 50 % an ihrem angestammten Arbeitsplatz, lebt in einer Partnerschaft und erklärte anlässlich der Begutachtung, sie habe einen guten Freundeskreis, und sie brauche Leute um sich herum. Die früheren sportlichen Aktivitäten mussten wegen der Fusschmerzen eingeschränkt werden. Geblieben sind Spaziergänge mit dem Hund. Die Persönlichkeit beschreibt die Gutachterin als eher zwanghaft. Zudem erwähnt sie Schwierigkeiten in der Selbst- und Fremdwahrnehmung. Akzentuierte zwanghafte Persönlichkeitszüge oder eine Persönlichkeitsstörung werden aber ausdrücklich verneint. Vor diesem Hintergrund lässt sich die Schlussfolgerung der Gutachterin, die Beigeladene sei aus rein psychiatrischer Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht massgeblich eingeschränkt, auch bei Annahme einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung unter Berücksichtigung der mit den im später ergangenen Urteil BGE 141 V 281 formulierten Indikatoren nicht beanstanden.

6.3 Die Beigeladene liess in der Stellungnahme vom 4. Juni 2014 (IV-Nr. 100) weiter vorbringen, es sei widersprüchlich, wenn die psychiatrische Teilgutachterin keine Diagnose stelle. Demgegenüber werde im Hauptgutachten festgehalten, man sei der Überzeugung, bei der Explorandin liege zusätzlich eine psychiatrische Problematik in Form einer Schmerzkrankheit mit inadäquatem Schmerzerleben vor. Dazu ist festzuhalten, dass auch das psychiatrische Teilgutachten durchaus von einem Schmerzempfinden ausgeht, das sich nicht durch eine körperliche Störung erklären lässt. Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung wurde lediglich in Form eines Verdachts geäussert, weil die hierfür erforderlichen weiteren Kriterien nicht mit hinreichender Zuverlässigkeit zu bejahen waren (vgl. E. II. 6.2.1 hiervor). Ein innerer Widerspruch liegt nicht vor.

6.4 In der Stellungnahme vom 4. Juni 2014 wurde weiter geltend gemacht, es bestehe ein Widerspruch zwischen den gutachterlichen Stellungnahmen zur Diagnose eines CRPS. Selbst innerhalb des rheumatologischen Teilgutachtens fänden sich dazu Aussagen, die nicht miteinander vereinbar seien.

6.4.1 CRPS (complex regional pain syndrome) ist eine zusammenfassende Bezeichnung für Krankheitsbilder, welche die Extremitäten betreffen, sich nach einem schädigenden Ereignis entwickeln und durch anhaltenden Schmerz mit Störungen des vegetativen Nervensystems, der Sensibilität und der Motorik gekennzeichnet sind. Das CRPS I ist eine Erkrankung der Extremität, die ohne definierte Nervenläsion nach relativ geringfügigem Trauma ohne Bezug zum Innervationsgebiet eines Nervs auftritt. Eingeteilt wird es in drei Stadien: I: Entzündungsstadium; II: Dystrophie; III: Atrophie (irreversibel). Das CRPS ist eine neurologisch-orthopädisch-traumatologische Erkrankung und ein organischer bzw. körperlicher Gesundheitsschaden (Urteile des Bundesgerichts 8C_232/2012 vom 27. September 2012 E. 5.3.1 und 8C_1021/2010 vom 19. Februar 2011 E. 7 mit Hinweisen).

6.4.2 Die Diagnose eines CRPS beschlägt somit nicht nur den Bereich einer Fachdisziplin. Dementsprechend äussern sich sowohl das neurologische als auch das rheumatologische Fachgutachten zu dieser Frage.

In der neurologischen Beurteilung (IV-Nr. 98.4, S. 7 f.) wird erklärt, aufgrund der Aktenlage, der Anamnese und der aktuell erhobenen neurologischen Untersuchungsbefunde bestehe aus neurologischer Sicht ein chronisches posttraumatisches Schmerzsyndrom im Bereich des rechten Fusses. Einzelne klinische Elemente seien mit einem komplexen regionalen Schmerzsyndrom vereinbar. Hinweise auf eine primäre Affektion

neurologischer Strukturen bestünden derzeit nicht. Der klinisch neurologische Untersuchungsbefund sei bis auf die rechte untere Extremität unauffällig. In der Prüfung der Sensibilität zeige sich eine Allodynie, die im Bereich des oberen rechten Fussinnenrists betont sei, jedoch auch den gesamten rechten Fuss und die Vorder-/Innenseite des rechten Unterschenkels betreffe. Die beschriebene Allodynie entspreche keinem Innervationsgebiet eines peripheren Nervs. Die übrigen sensiblen Qualitäten seien bis auf die Angabe eines fraglich verstärkten Kältegefühls im Bereich der Allodynie unauffällig. Die Befunde der motorischen Untersuchung seien teilweise inkonsistent. Muskeltonus und Muskelatrophie seien unauffällig gewesen. Hingegen hätten sich unterschiedliche motorische Defizite in der Muskeleinzelprüfung ergeben. Auffällig sei eine unterschiedliche Ausprägung der Schwäche in den einzelnen Untersuchungsgängen. Die unterschiedlichen Kraftgrade in der Muskeleinzelprüfung deuteten auf eine Symptorausweitung hin. Die angegebene Koordinationsstörung der Beine sei klinisch nicht nachvollziehbar gewesen. In der klinischen Untersuchung sei der obere Fussinnenrist leicht überwärmt und gerötet gewesen, was grundsätzlich mit einem CRPS vereinbar wäre, wenngleich diese Zeichen auch durch die kurz vor der Untersuchung abgelegte Stützschiene bedingt sein könnten. Konkordant zum aktuellen klinischen Untersuchungsbefund habe die neurophysiologische Zusatzdiagnostik durch Dr. med. C.____, Facharzt für Neurologie FMH, [...], vom 17. Januar 2011 keinen wegweisenden Befund gezeigt. Auch in der aktuellen Vorstellung bei Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie FMH (7. Januar 2014, 6. Februar und 21. Februar 2014), [...], hätten sich klinisch keine Hinweise auf neurogene Ausfälle im rechten Fuss und Unterschenkel gefunden. Zusammenfassend bestünden also weder klinisch noch elektrophysiologisch Hinweise auf eine primäre Affektion neuronaler Strukturen (etwa im Rahmen eines CRPS Typ 2). Bezüglich der weiteren Diskussion über ein CRPS Typ 1 werde auf die rheumatologische Beurteilung verwiesen. Was die Arbeitsfähigkeit anbelange, sei eine isolierte Beurteilung aus neurologischer Sicht nicht möglich, da bei chronischen Schmerzen des rechten Fusses keine primäre Affektion neuronaler Strukturen vorliege und gleichzeitig Hinweise auf eine Symptorausweitung bestünden. Die Arbeitsfähigkeit sei in der Konsensuskonferenz in der Gesamtsicht mit 70 % festgelegt worden. Möglicherweise werde sich diese Arbeitsfähigkeit durch eine Umstellung der Schmerztherapie im Verlauf erhöhen lassen.

Dem rheumatologischen Fachgutachten (IV-Nr. 98.3, S. 9 ff.) ist in der Beurteilung zu entnehmen, bei der Versicherten liege ein CRPS Typ I Maximum Grad I-II am rechten Unterschenkel nach einer OSG-Distorsion vom 10. März 2010 vor. Sie erfülle die Budapest-Kriterien mit übermäßigen Schmerzen nach einem leichten Trauma, zusätzlich mit beschriebener Hyperästhesie und Allodynie sowie Hautkoloritveränderungen. Für andere Zeichen fehlten die sudomotorische Hyperaktivität und die Hautverdickung. Im Arthro-MRI, das ein halbes Jahr nach erlittenem Trauma durchgeführt worden sei, zeige sich keine Aktivität, die mit einem CRPS vereinbar wäre; ebenso verhalte es sich mit dem MRI des rechten OSG im Jahr 2011. In der aktuellen Untersuchung bestünden im Vordergrund eine Hyperästhesie und Allodynie sowie Veränderungen des Hautkolorits. Diese Veränderungen seien bereits in früheren Berichten aus den Jahren 2011 und 2012 beschrieben worden. Wie ebenfalls schon früher beschrieben, fehlten die typischen Symptome wie Schwellungen und Veränderungen der Schweißsekretion entsprechend dem ganzen Bild nach einem inadäquaten Trauma, um an ein CRPS denken zu lassen. Die Differentialdiagnose sei als eine Schmerzstörung zu betrachten. Die Beigeladene präsentiere keine Zeichen einer Fibromyalgie. Zur Arbeitsfähigkeit wird ausgeführt, die

Beigeladene könne gut einer 60%igen Arbeitstätigkeit im Büro im Personalwesen nachgehen. Eine zeitweise Home-Office-Arbeitstätigkeit könne sich günstig auswirken, so dass bei Weiterführung der aktuellen medizinischen Behandlung mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 80 % innerhalb der nächsten 12 Monate gerechnet werden könne. Weiter wird angefügt: «Aufgrund klinischer Diskrepanz in die Beurteilung zwischen die Gutachter wurde eine Konsensuskonferenz durchgeführt. Bitte auf diese verweisen.»

Im Gesamtgutachten (IV-Nr. 98.1 S. 21) findet sich eine abweichende Aussage zur Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht. Es wird nunmehr erklärt, die Explorandin könne gut einer 70%igen Arbeitstätigkeit im Büro im Personalwesen nachgehen, und bei Weiterführung der aktuellen medizinischen Behandlung könne eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 80 - 90 % innerhalb der nächsten 12 Monate erwartet werden. Wiederholt wird der Zusatz: «aufgrund klinischer Diskrepanz in die Beurteilung zwischen die Gutachter wurde eine Konsensuskonferenz durchgeführt. Bitte auf diese verweisen.»

In der Gesamtbeurteilung führen die Gutachter aus, in den Untersuchungsergebnissen hätten sich Auffälligkeiten und Diskrepanzen gefunden. So sei das Gangbild in den einzelnen Untersuchungen unterschiedlich. Auch könne die Explorandin beim Gehen und Besteigen der Bodenwaage den Fuss nach oben bis zu einem 90°-Winkel heben, was ihr in der konkreten Untersuchungssituation nicht möglich sei. Auffallend sei auch, dass sich sowohl der Wirkstoff der von der Beigeladenen applizierten Transtec-Pflaster als auch jener des Medikaments Temgesic im Blut nicht nachweisen liessen, so dass die Gutachter die Einnahme dieser starken Schmerzmedikamente nicht bestätigen könnten. Nach ausführlicher Diskussion in der Konsenskonferenz seien die Gutachter der Ansicht, dass die Beinbeschwerden grundsätzlich mit einem CRPS Typ I vereinbar seien, wobei bei fehlenden Schwellungen und Veränderungen der Schweissresektion nicht alle klassischen Symptome vorhanden seien; dies erkläre auch die deutlich voneinander abweichenden Vorbefunde hinsichtlich Diagnosestellung. Die erhobenen somatischen Befunde seien allerdings nicht derart gravierend, dass sie die Symptome der Explorandin in ihrem ganzen Ausmass erklären könnten.

Die gesamthafte Betrachtung der vorstehend wiedergegebenen Ausführungen zeigt, dass sich diese durchaus miteinander vereinbaren lassen: Im neurologischen Teilgutachten werden eine Allodynie sowie eine Überwärmung und Rötung erwähnt, welche mit der Diagnose eines CRPS vereinbar wären, wogegen eine primäre Affektion neuronaler Strukturen verneint wird. Mit diesen Feststellungen wird für die Diagnose eines CRPS auf die rheumatologische Beurteilung verwiesen. Die rheumatologischen Teilgutachter halten fast, als Symptome eines CRPS I seien die nach dem Trauma von 2010 aufgetretenen Schmerzen, eine Hyperästhesie und Allodynie sowie Veränderungen des Hautkolorits festzustellen, während weitere typische Symptome wie Schwellungen und Veränderungen der Schweisssekretion nicht gegeben seien. In der auf einer Konsensdiskussion basierenden Gesamtbeurteilung führen die Gutachter dementsprechend aus, die Beinbeschwerden seien grundsätzlich mit einem CRPS Typ I vereinbar, wobei aber nicht alle klassischen Symptome vorhanden seien. Übereinstimmend mit dieser Beurteilung diagnostizieren die Gutachter chronische Schmerzen des rechten Fusses, vereinbar mit einem komplexen regionalen Schmerzsyndrom, ohne Hinweis auf eine primäre Affektion neurologischer Strukturen, und messen dieser Diagnose einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei. Gleichzeitig legen sie dar, die somatischen Befunde vermöchten die vorhandenen Beschwerden nicht vollumfänglich zu erklären, so dass von einer Schmerzstörung

auszugehen sei. Diese Ausführungen sind schlüssig. Ein innerer Widerspruch besteht nicht.

6.5 Die Beschwerdeführerin bestreitet dagegen die Beweiskraft des Gutachtens der Begutachtungsstelle F.____ nicht. Sie beanstandet jedoch, dass die Beschwerdegegnerin bei der Bezifferung der Arbeitsfähigkeit von den Aussagen des Gesamtgutachtens abgewichen ist und stattdessen auf das rheumatologische Teilgutachten abgestellt hat.

6.5.1 Die Beschwerdegegnerin hat dem Gutachten der Begutachtungsstelle F.____ zwar grundsätzlich Beweiskraft zuerkannt, ist aber von der im Gesamtgutachten enthaltenen Aussage zur Arbeitsfähigkeit abgewichen. Zur Begründung wird auf den Widerspruch zwischen dem rheumatologischen Teilgutachten und dem Gesamtgutachten hingewiesen: Während das rheumatologische Teilgutachten erklärt, die Versicherte könne gut einer 60%igen Arbeitstätigkeit im Büro im Personalwesen nachgehen (IV-Nr. 98.3, S. 14), wird im rheumatologischen Teil des Gesamtgutachtens ausgeführt, die Explorandin könne gut einer 70%igen Arbeitstätigkeit im Büro im Personalwesen nachgehen (IV-Nr. 98.1, S. 21). Dementsprechend gelangen die Gutachter auch in ihrer Gesamtbeurteilung zu einer Arbeitsfähigkeit von 70 % in der angestammten Tätigkeit als Personalassistentin und in vergleichbaren Tätigkeiten (IV-Nr. 98.1, S. 26). Die Beschwerdegegnerin und die Beigeladene vertreten die Auffassung, die aus sämtlichen Fachdisziplinen resultierende Einschränkung könne zwar höher, aber nicht niedriger sein als jene aus einer Fachdisziplin. Zusätzliche Beeinträchtigungen aus anderen Fachbereichen könnten von der Natur der Sache her nicht zu einer Reduktion der im rheumatologischen Teilgutachten festgestellten Arbeitsunfähigkeit führen.

6.5.2 Es ist zwar sachlogisch weitgehend ausgeschlossen, dass sich die aus einem Leiden resultierende Arbeitsunfähigkeit durch das Zusammenwirken mit einem anderen, zusätzlichen Leiden reduziert. Nicht ausgeschlossen ist jedoch, dass eine interdisziplinäre Konsensbesprechung zu neuen Erkenntnissen führt, die bewirken, dass ein beteiligter Gutachter die seine Disziplin betreffende Beurteilung korrigiert, etwa, weil von ihm erhobene Befunde durch die Ergebnisse anderer Teilbegutachtungen relativiert werden. Der Gegenstand einer Konsenskonferenz beschränkt sich nicht zwingend darauf, das Verhältnis zwischen den als feststehend vorausgesetzten Ergebnissen der einzelnen Teilbegutachtungen festzulegen. Vielmehr kann eine Konsensbesprechung darüber hinaus auch dem Zweck dienen, Differenzen in der Befunderhebung zu besprechen und auszuräumen. Eine solche Konstellation ist hier gegeben: Wie sich insbesondere dem rheumatologischen Teilgutachten und der Gesamtbeurteilung entnehmen lässt, bot die klinische Diskrepanz in den Beurteilungen Anlass zu einer ausführlichen Konsensdiskussion. Diese Diskrepanzen lassen sich anhand der einzelnen Teilgutachten nachvollziehen. So hatten sich ■ neben weiteren Differenzen ■ in der klinisch-neurologischen Untersuchung gewisse Inkonsistenzen ergeben (so wichen etwa die Befunde des ersten und des zweiten Untersuchungsgangs erheblich voneinander ab, vgl. E. II. 6.4.2 hiervor), welche in der rheumatologischen Teilbegutachtung nicht festgestellt worden waren. Vor diesem Hintergrund leuchtet es ein, wenn die neurologischen Untersuchungsergebnisse und die Konsensbesprechung dazu führten, dass die Resultate des rheumatologischen Teilgutachtens angepasst wurden. Die anschließende Gesamtbeurteilung entspricht einem Konsens sämtlicher Experten. Das Gesamtgutachten vom 15. Mai 2014 trägt denn auch die Unterschriften aller beteiligten Gutachter. Damit besteht keine Grundlage für ein Abweichen von dieser Gesamtbeurteilung. Das Bundesgericht hat in einem neueren Urteil ebenfalls die Bedeutung einer

Konsensdiskussion der beteiligten Fachärzte betont (BGE 143 V 124 E 2.2.4, S. 128).

6.6 Zu prüfen bleibt, ob die übrigen medizinischen Stellungnahmen zu einem Abweichen von den Ergebnissen des Gutachtens führen oder die Notwendigkeit weiterer Abklärungen begründen.

Die gutachterliche Gesamtbeurteilung wird durch die auf die Akten gestützte Stellungnahme des von der Beigeladenen beigezogenen Arztes Dr. med. E.____ (E. II. 5.10 hiervor) gestützt. Auch das Gutachten vom 11. Januar 2013 (E. II. 5.3 hiervor) und der neuropsychiatrisch-leistungspsychologische Bericht vom 28. April 2013 (IV-Nr. 67.2; E. II. 5.5 hiervor) enthalten keine Aspekte, die geeignet wären, das F.____-Gutachten vom 15. Mai 2014 infrage zu stellen. Demgegenüber vertreten die behandelnden Ärzte Dr. med. I.____ und Dr. med. J.____ eine deutlich abweichende Auffassung (E. II. 5.8 und II. 5.14 hiervor; vgl. auch IV-Nr. 100, S. 4 ff.). Ihre Stellungnahmen entsprechen jedoch in den wesentlichen Aussagen denjenigen Einschätzungen, die bereits im Bericht von Dr. med. I.____ vom 1. November 2012 (E. II. 5.2 hiervor) und im Schreiben von Dr. med. J.____ vom 3. September 2013 (IV-Nr. 83 S. 10 ff.) geäußert worden waren. Die darin enthaltenen Argumente waren den Gutachtern der Begutachtungsstelle F.____ bekannt und konnten durch sie berücksichtigt werden. Die späteren Stellungnahmen der behandelnden Ärzte enthalten keine Aspekte, die im Rahmen der gutachterlichen Beurteilung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären; dies wäre aber erforderlich, um ein im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholtes Administrativgutachten aufgrund abweichender Beurteilungen der behandelnden Ärzte infrage zu stellen (E. II. 3.4 hiervor; vgl. auch Urteil 9C_30/2017 vom 10. Juli 2017 E. 4.1 mit Hinweis). Die nach dem Erlass der Verfügung vom 4. Mai 2015 erstellten Berichte schliesslich sind für das vorliegende Beschwerdeverfahren, das sich auf den Sachverhalt bis zum Erlass dieser Verfügung beschränkt, aus zeitlichen Gründen nicht massgeblich.

6.7 Zusammenfassend besteht kein Anlass, von der Beurteilung im Gutachten der Begutachtungsstelle F.____ vom 15. Mai 2014 abzuweichen. Demnach ist die Beigeladene ab diesem Datum in der angestammten Tätigkeit als Personalassistentin und in vergleichbaren Tätigkeiten zu 70 % arbeitsfähig.

7. Der Invaliditätsgrad ist ■ in Übereinstimmung mit dem Vorgehen der Beschwerdegegnerin, das insoweit unbestritten geblieben ist ■ anhand eines Prozentvergleichs (vgl. BGE 104 V 135 E. 1b S. 136 f.) zu bestimmen. Der Invaliditätsgrad entspricht somit dem Grad der Arbeitsunfähigkeit. Er beläuft sich ab 15. Mai 2014 auf 30 %.

8.

8.1 Die Arbeitsfähigkeit der Beigeladenen in der bisherigen wie auch in einer Verweistätigkeit von 70 % im zeitlichen Verlauf haben die F.____-Gutachter per 15. Mai 2014 (Zeitpunkt Gutachten) datiert (IV-Nr. 98.1, S. 26). In Beachtung von Art. 88a IVV (Änderung des Anspruchs) entfällt ein Rentenanspruch mit Wirkung ab 1. September 2014. Den vorherigen Verlauf haben die F.____-Gutachter wegen abweichender Einschätzung der verschiedenen beteiligten Ärztinnen und Ärzte als nicht beurteilbar bezeichnet, jedoch festgehalten, dass die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit seit dem Unfall vom 10. März 2010 eingeschränkt sei (IV-Nr. 98.1, S. 26). Indes hat die RAD-Ärztin in der Stellungnahme vom 13. August 2014 den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit der Beigeladenen wie folgt beurteilt:

Sie hat dabei für die Zeitperiode ab Mai 2013 auf die Gutachten von Dr. med. L.____ / Dr. med. M.____ vom 29. (recte: 28.) April 2013 und der Gutachterstelle F.____ sowie auf den Arztbericht von Dr. med. J.____ vom 3. September 2013 verwiesen (IV-Nr. 106, S. 2). Diese Beurteilung hat die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid übernommen. Während Dres. med. L.____ und M.____ der Beigeladenen im Gutachten vom 28. April 2013 eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit attestiert haben (IV-Nr. 67.2, S. 7), hat sich Dr. med. J.____ im Bericht vom 3. September 2013 an die Beigeladene zur Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit nicht konkret geäussert. Vielmehr hat er die Diagnose einer schweren Sudeck-Erkrankung sowie das Vorliegen einer nach wie vor massiven sensiblen Störung im betroffenen Glied bestätigt und Ausführungen über das weitere therapeutische Vorgehen gemacht (IV-Nr. 83, S. 11). Dr. med. S.____, Oberarzt [...]klinik [...], [...] hat der Beigeladenen anlässlich der Rheumasprechstunden vom 29. September 2011 keine Arbeitsunfähigkeit attestiert (IV-Nr. 50.3, S. 140 f.). Den Akten lässt sich jedoch aus verschiedenen Arztberichten entnehmen, dass die Beigeladene in der Zeit ab November 2012 bis Mai 2014 in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war, so beispielsweise im Bericht der T.____ vom 20. Dezember 2011, in den Berichten von Dr. med. C.____ vom 9. August und 9. Oktober 2012, in den Berichten des Hausarztes vom 14. und 20. September 2012 etc. (vgl. IV-Nr. 39, S. 2; 44; 45, S. 3 und 20; 50.3, S. 61, 87 f., 104; 52.4, S. 2; 52.5). Von der durch die RAD-Ärztin vorstehend angegebenen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beigeladenen im Zeitraum von Mitte November 2011 bis Ende Mai 2014 ist auszugehen, zumal dies unbestritten geblieben ist. Auf weitere, diesbezügliche medizinische Abklärungen kann daher verzichtet werden. In Beachtung von Art. 88a IVV (Änderung des Anspruchs) dauert der Anspruch auf eine Dreiviertelsrente bis Ende Juli 2013. Der Anspruch auf eine halbe Rente beginnt am 1. August 2013; letzterer wiederum dauert ■ wie vorstehend bereits dargestellt ■ bis Ende August 2014; deren Ausmass ist im Übrigen unbestritten geblieben.

8.2 Was die nachträglich eingereichten und insbesondere grösstenteils nach Erlass der angefochtenen Verfügung erstellten Arztberichte (vgl. E. II 5.14 ff. hiervor) anbelangt, kommt diesen kein Einfluss auf die Beurteilung des vorliegenden Sachverhalts zu. Sie können allenfalls Anlass für eine Neuanmeldung bilden.

9. Zusammenfassend ist festzustellen, dass der Beigeladenen in medizinisch-theoretischer Hinsicht zuzumuten ist, seit Mitte Mai 2014 die bisherige wie auch eine ihren Leiden adaptierte Tätigkeit im Rahmen von 70 % ganztätig auszuüben, was ab 1. September 2014 den Anspruch auf eine IV-Rente ausschliesst. Hingegen steht ihr für den Zeitraum ab 1. Februar 2013 (sechs Monate nach der Anmeldung vom 29. August 2012, vgl. Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG) bis Ende Juli 2013 eine Dreiviertelsrente und ab diesem Zeitpunkt bis Ende August 2014 eine halbe Rente zu. Folglich ist die Beschwerde gutzuheissen, die angefochtene Verfügung aufzuheben und der Rentenanspruch im vorstehenden Sinne neu festzusetzen.

10.

10.1 Der Beschwerdeführerin als Vorsorgeeinrichtung steht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung zu (BGE 126 V 143 E. 4b S. 150 f.)

10.2 Nachdem die Beigeladene mit ihrem Antrag, die Beschwerde sei vollumfänglich abzuweisen (A.S. 27), unterlegen ist, steht auch ihr kein Anspruch auf eine Parteientschädigung zu.

11. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist der Beschwerdeführerin der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird gutgeheissen. Die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 4. Mai 2015 wird aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beigeladenen B.____ folgender Anspruch auf eine Invalidenrente zusteht:

Ab 1. September 2014 besteht kein Rentenanspruch mehr.

2. Weder der Beschwerdeführerin noch der Beigeladenen werden eine Parteientschädigung zugesprochen.

3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

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

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Häfliger

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