

# SO\_GERICHTE VSBES.2015.260 vom 27. September 2017

SO Obergericht, 2017-09-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2015.260](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2015.260)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2015.260 du 27 septembre 2017

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2015.260 del 27 settembre 2017

## Erwägungen

### E. 1

1.1 A.\_\_\_\_ (nachfolgend Beschwerdeführerin), geb. 1955, [...], meldete sich am «15. Oktober 2008» bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Posteingang: 10. September 2008; IV-Stelle Beleg [IV-Nr.] I 2). Bereits am 16. September 2008 fand das Früherfassungs-/Intake-Gespräch statt, an dem die Beschwerdeführerin, ein Vertreter der Beschwerdegegnerin sowie die RAD-Ärztin Dr. B.\_\_\_\_ teilnahmen (IV-Nr. I 5).

1.2 Am 29. September 2008 teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit, dass aufgrund ihres Gesundheitszustands zurzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien; ohne Gegenbericht werde Einverständnis angenommen (IV-Nr. I 11).

1.3 In einer weiteren Mitteilung vom 13. März 2009 informierte die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin, aufgrund der am 5. März 2009 getroffenen Zielvereinbarung die Kosten für ein Belastbarkeitstraining im C.\_\_\_\_, Erwerbslosenprogramm, Solothurn, vom 15. April ■ 14. Juli 2009 zu übernehmen (IV-Nr. I 29). Die C.\_\_\_\_ erstattete der Beschwerdegegnerin am 26. Juni 2009 Bericht und empfahl, das Belastbarkeitstraining mit möglichst baldiger Erhöhung der Präsenzzeit auf drei Stunden pro Tag weiterzuführen (IV-Nr. I 37).

1.4 Am 2. Juli 2009 teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit, die Kosten für ein Belastbarkeitstraining im C.\_\_\_\_ für die Zeit vom 15. Juli ■ 18. Oktober 2009 zu übernehmen. Für diesen Zeitraum sprach ihr die Beschwerdegegnerin mittels Verfügung vom 10. August 2009 ein IV-Taggeld zu (IV-Nr. I 48).

1.5 Eine weitere Kostengutsprache der Beschwerdegegnerin für ein Aufbaustraining im C.\_\_\_\_ vom 10. Oktober 2009 ■ 17. Januar 2010 zugunsten der Beschwerdeführerin erfolgte am 15. Oktober 2009 (IV-Nr. I 54). Das während dieser Zeit ausgerichtete IV-Taggeld setzte die Beschwerdegegnerin am 26. Oktober 2009 fest (IV-Nr. I 56).

1.6 Gestützt auf den Zwischenbericht der IV-Eingliederungsfachfrau vom 14. Dezember 2009 (IV-Nr. I 60) teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin am 16. Dezember 2009 mit, die Kosten für ein Bewerbungstraining bei der D.\_\_\_\_, berufliche Perspektiven, [...], im Rahmen von 20 Stunden vom 15. Dezember 2009 ■ 14. Mai 2010 zu übernehmen (IV-Nr. I 62).

1.7 Am 26. Januar 2010 teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit, die Kosten für eine weitere Verlängerung des Aufbaustrainings im C.\_\_\_\_ für die Zeit vom 18. Januar ■ 18. April 2010 zu bezahlen (IV-Nr. I 69). Das Invalidentaggeld für diesen Zeitraum setzte die Beschwerdegegnerin mittels Verfügung vom 29. Januar 2010 fest (IV-Nr. I 71).

1.8 Im Austrittsbericht vom 6. April 2010 hielten die Verantwortlichen der C.\_\_\_\_ u.a. fest, die Beschwerdeführerin habe das Arbeitspensum von 60 % kontinuierlich wahrnehmen können (IV-Nr. I 73, S. 2).

1.9 In ihrer Mitteilung vom 31. Mai 2010 hielt die Beschwerdegegnerin fest, die Kosten für ein weiteres Bewerbungskoaching bei der D.\_\_\_\_ in [...] im Rahmen von 20 Stunden ab 17. Mai 2010 zu übernehmen (IV-Nr. I 78).

## **E. 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 Laut 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 % 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. Altersjahrs folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG). Nach Art. 88a Abs. 1 Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) ist eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, oder eine Verminderung der Hilflosigkeit, des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs, 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.

2.3 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserslass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222).

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

2.5 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 (Urteil des Bundesgerichts 8C\_725/2012 vom 27. März 2013 E. 4.1.1; SVR 2010 AIV Nr. 2 S. 3, 8C\_269/2009 E. 2.2 mit Hinweis).

### **E. 3**

3.1 Einem ärztlichen Bericht kommt Beweiswert zu, wenn er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt und in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, wenn die Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchtet und die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Arzt muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

3.2 Untersuchungsberichte regionaler ärztlicher Dienste können, sofern sie den vorstehend umschriebenen Anforderungen genügen, einen vergleichbaren Beweiswert wie ein Gutachten haben (Art. 49 Abs. 2 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]; BGE 137 V 210 E. 1.2.1 S. 219; 135 V 254 E. 3.3.2 S. 257; Urteil des Bundesgerichts 9C\_764/2012 vom 7. Juni 2013 E. 1.2.2). Als Berichten einer versicherungsinternen medizinischen Fachperson kommt ihnen allerdings praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG (und BGE 137 V 210) vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen

vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470 mit Hinweis). Solche Zweifel können sich namentlich aus einem nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes ergeben. Der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung genügt in diesem Zusammenhang nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

4. Zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin liegen im Wesentlichen folgende medizinische Angaben vor:

4.1 In seinem Bericht vom 26. November 2007 an die Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft in Bern hielt der Hausarzt der Beschwerdeführerin, med. pract. E.\_\_\_\_, fest, dass sich die seit 22. August 2007 bei ihm in Behandlung befindliche Patientin über einen seit mehreren Monaten bestehenden psychischen/physischen Erschöpfungszustand beklage. Er diagnostizierte eine mittelschwere depressive Episode und attestierte ihr aus hausärztlicher Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-Nr. I 9.5, S. 2).

4.2 Im Bericht der Erwachsenenpsychiatrie, Ambulatorium, [...], zum Erstgespräch vom 19. Februar 2008 fänden sich ■ so führte Dr. P.\_\_\_\_ am 28. Juli 2014 an ■ die Diagnosen einer leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.1), der Verdacht auf abhängige, paranoide Persönlichkeitszüge, DD (Differentialdiagnose) Störung, ein Status nach Missbrauchserfahrung im 18. Lebensjahr sowie eine Agoraphobie ohne Panikattacken (ICD-10 F40.0). In der Beurteilung werde angeführt, dass die Beschwerdeführerin an einer aktuell vermutlich leichten, depressiven Episode bei ausgeprägter psychosozialer Belastungssituation und abhängigen Persönlichkeitszügen leide. Auffallend seien auch paranoide Persönlichkeitszüge, die näher evaluiert werden müssten. Vorbestehend sei eine vermutlich seit Jugend bestehende Agoraphobie ohne Panikattacken. Die Beschwerdeführerin erlebe jedoch diesbezüglich keine bewussten Einschränkungen. Zur Arbeitsfähigkeit seien keine Angaben gemacht worden (IV-Nr. I 153, S. 3).

4.3 In einem weiteren Bericht vom 16. April 2008 beschrieb med. pract. E.\_\_\_\_ eine bei der Beschwerdeführerin bestehende, aktuell vermutlich leichte depressive Episode bei ausgeprägter psychosozialer Belastungssituation und abhängigen Persönlichkeitszügen. Zurzeit sei nicht genau absehbar, wann die Patientin wieder arbeitsfähig sein werde (IV-Nr. 9.5, S. 1).

4.4 Die Ärztinnen der L.\_\_\_\_ diagnostizierten am 8. Mai 2008 zuhanden der R.\_\_\_\_ Versicherungsgesellschaft bei der Beschwerdeführerin einen Verdacht auf Anpassungsstörung mit verlängerter depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21), bei komplexer psychosozialer Belastungssituation und Status nach Missbrauchserfahrung im 18. Lebensjahr. Die Beschwerdeführerin sei aktuell arbeitsunfähig. Der Wiedereinstieg werde innerhalb der nächsten vier Wochen vorsichtig thematisiert. Angestrebt werde ein Beginn mit 20 % bei langsamer Steigerung. Eine externe Begutachtung werde empfohlen (IV-Nr. I 9.4, S. 1 ff.).

4.5 Dr. med. G.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 18. Juli 2008 zuhanden der R.\_\_\_\_ Versicherungsgesellschaft in Bern eine mittelgradig depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.10) sowie einen Verdacht auf eine Borderline-Persönlichkeitsstruktur auf niederem Strukturniveau. Die Prognose bezeichnete er als ungewiss bis eher ungünstig. Die aktuelle Arbeitsfähigkeit der Explorandin aus psychiatrischer Sicht schätzte er für ihre angestammte Tätigkeit als Dentalassistentin als

nicht vorhanden ein. Die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit, z.B. einer vorwiegend durch Routineabläufe geprägte Tätigkeit ohne Kundenkontakt (als Lageristin oder im Haushalt), bezifferte Dr. med. G.\_\_\_\_ mit 10 bis 20 %. Einschränkungen der Denk- und Konzentrationsfähigkeit, rasche Erschöpfbarkeit, verminderter Antrieb und sozialphobische Symptome wirkten hemmend auf die Arbeitsfähigkeit. Dadurch komme es im konkreten Berufsalltag zu einer Verlangsamung des Arbeitstempos, der Notwendigkeit von häufigen Pausen, eingeschränkter Initiative und reduzierter sozialer Verträglichkeit. Therapeutisch sei eine Kombination aus regelmässiger Fach-Psychotherapie und antidepressiver Psychopharmakotherapie indiziert. Die Frequenz der Psychotherapie sollte dabei mindestens wöchentlich angesetzt werden, da sonst kaum mit einem günstigen Therapieprozess gerechnet werden könne. Die Pharmakotherapie mittels Antidepressivum mit dualem Wirkmechanismus (Cymbalta) sei ebenfalls zweckmässig und auch wirksam, wie die Explorandin selber berichtet habe. Daneben sei der Alltag der Explorandin wenig strukturiert und nur von geringer Aktivität. Es bestehe daher nach bereits einjährigem Krankheitsverlauf die Gefahr, dass sich die Chronifizierung weiter etabliere. Eine teilstationäre Behandlung, z.B. in einer psychiatrischen Tagesklinik, würde der Gefahr einer solchen Chronifizierung entgegenwirken. Eine Anmeldung bei der IV zur Unterstützung der beruflichen Integration sei gerechtfertigt und hätte frühzeitig erfolgen können. Aufgrund der bekannten Tatsache, dass sich die Prognose hinsichtlich Arbeitsfähigkeit mit zunehmender Dauer einer psychischen Störung deutlich verschlechtere, sei eine erhebliche Verstärkung der therapeutischen Bemühungen sinnvoll. Eine IV-Rente sollte vorerst möglichst nicht in Aussicht gestellt werden, da dies die Therapiemotivation aufgrund eines sekundären Krankheitsgewinns beeinträchtigt (IV-Nr. I 9.3, S. 1, 10 f.).

4.6 Ebenfalls zuhanden der R.\_\_\_\_ Versicherungen berichtete Dr. med. H.\_\_\_\_ am 18. April 2009 von einem Status nach mittelgradiger depressiver Episode bei abhängiger Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F32.1 und 60.7). Auf längere Zeit sei die derzeitige Arbeitsfähigkeit von zwei Stunden pro Tag auf zumindest 50 % steigerbar. Es sei zu einer leichtgradigen Besserung des Zustandsbilds gekommen (IV-Nr. 79.3, S. 4).

4.7 Am 11. Juni 2010 diagnostizierte Dr. med. S.\_\_\_\_, Oberärztin L.\_\_\_\_, eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0) bei komplexer psychosozialer Belastungssituation sowie einen Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung mit paranoiden und selbstunsicheren Anteilen. Angaben zur Arbeitsfähig- bzw. unfähigkeit machte die Ärztin keine (IV-Nr. I 80, S. 5).

4.8 Med. pract. E.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 27. Juni 2010 an die Beschwerdegegnerin eine mittelgradige depressive Episode sowie einen Verdacht auf Borderline-Persönlichkeitsstruktur auf niedrigem Strukturniveau. Angaben über die Arbeitsunfähigkeit machte er nicht, stellte jedoch fest, dass sich die Patientin seit 30. Oktober 2008 bei ihm nicht mehr gemeldet habe. Im Weiteren wies er auf die beigelegten Arztberichte hin, insbesondere auf das Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ (IV-Nr. 81).

4.9 Im Bericht vom 22. August 2010 diagnostizierte Dr. med. H.\_\_\_\_ eine seit August 2007 bestehende, anhaltende Belastungsstörung nach länger anhaltender, depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21, Z73.0). Während sie die bisherige Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Dentalassistentin als nicht mehr zumutbar bezeichnete, sei der Patientin eine andere Tätigkeit, bspw. bei der Vebo mit wenig Stress und keiner Verantwortung, im Rahmen von 50 % zuzumuten, wobei die Leistungsfähigkeit um 50 %

vermindert sei (IV-Nr. 82).

4.10 Am 27. Mai 2011 verfassten die L.\_\_\_\_ das, durch die Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene psychiatrische Gutachten. Dabei gelangten die verantwortlichen Ärztinnen zu den sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden Diagnosen einer mittelgradig depressiven Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.1), bestehend seit zirka August 2007, und akzentuierter Persönlichkeitszüge vom emotional-instabilen Typ (Borderline). Im Weiteren führten die Ärztinnen aus, dass sich im Rahmen der psychologischen Testung eine deutliche depressive Symptomatik gezeigt habe. Obwohl gewisse Persönlichkeitszüge akzentuiert aufzutreten schienen, reichten diese zur Diagnostik einer Persönlichkeitsstörung nicht aus. Ebenfalls seien gewisse Items aufgrund der Depression nicht eindeutig verwertbar. Die vorherrschenden Symptome mit gedrückter Stimmung, Interessenverlust, Gefühl der Gefühllosigkeit und Freudlosigkeit, Antriebsverminderung und rascher Erschöpfbarkeit sowie ausgeprägter Konzentrationsproblemen, Insuffizienzgefühle und vermindertes Selbstwertgefühl, ausgesprochene Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit sowie negative Zukunftsperspektiven und passive Suizidgedanken erfüllten die Kriterien einer schwergradigen depressiven Episode. Da die Explorandin trotz dieser Symptome einer Arbeit zu 50 % nachgehe, sei die Diagnose auf eine mittelgradige depressive Episode eingestuft worden, worunter definitionsgemäss unter erheblichen Schwierigkeiten eine soziale ausserhäusliche Aktivität fortgesetzt oder aufgenommen werden könne. Der Längsschnitt seit 2007 zeige eher eine chronische Verlaufsform dieser Depression, was prognostisch ungünstig zu beurteilen sei. Die Explorandin bewege sich durch ihre 50%ige Arbeitstätigkeit stets an der Grenze zur totalen Erschöpfung. Es bestehe dadurch eine erhöhte Fehleranfälligkeit, zusätzlich verstärkt durch das verminderte Selbstwertgefühl und die ausgeprägte Insuffizienzproblematik. Die Arbeit sei dadurch eine dauernde Überforderung für die Explorandin und führe dazu, dass ihre bereits bestehende Symptomatik weitert genährt werde.

Ferner berichteten die Ärztinnen der L.\_\_\_\_, dass bezüglich der bisherigen Tätigkeit der Beschwerdeführerin eine zeitlich eingeschränkte Belastung geprüft werden müsse und das in der C.\_\_\_\_ erprobte Mass von 60 % nicht übersteigen solle. Bereits die jetzt erbrachte 50%ige Leistung scheine die Explorandin an die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit zu bringen. Rund vier Stunden täglich werden als angebracht und realistisch eingeschätzt. Im Rahmen von Tagesschwankungen innerhalb der depressiven Symptomatik sei mit Leistungsschwankungen zu rechnen. Die Leistungsfähigkeit könne bis auf 0 % sinken. Seit der Kündigung im Oktober 2007 bis Ende Januar 2011 sei die Explorandin mehrheitlich zu 100 % krankgeschrieben. Im Rahmen der beruflichen Massnahme sei es zu einem Aufbau bis zu 60 % gekommen, der aus Sicht des C.\_\_\_\_ gut und stabil, aus Sicht der Explorandin unter «Ach und Krach» geleistet worden sei. Aktuell arbeite die Explorandin zu 50 % als Dentalassistentin bei einem [...] in [...]. Um diese Leistung erbringen zu können, gehe sie aufs Äusserste. Nach geleisteten Arbeitstagen sei sie kaum ansprechbar und in der Aufmerksamkeit sowie Konzentration schwergradig eingeschränkt. Es sei abzuwarten, ob eine gewisse Eingewöhnungszeit diese Symptomatik abzuschwächen vermöge. Als verletzend habe sie die Aussage ihres Vorgesetzten erlebt, der sie als «langsam und alt» beschrieben habe. Aufgrund ihrer eingeschränkten Leistungsfähigkeit müsse sie regelmässig Überstunden leisten, um die ihr übertragenen Aufgaben befriedigend erfüllen zu können. Aufgrund der bereits bestehenden Arbeitstätigkeit sowie der bereits erfolgten Rehabilitationsmassnahme vor zwei Jahren diesbezüglich ■ so die Ärztinnen ■ sei keine

weitere Massnahme notwendig. Der Beschwerdeführerin seien andere Tätigkeiten im Rahmen von 50 % bzw. von vier Stunden pro Tag zuzumuten, und zwar solche mit einem klar strukturierten, regelmässigen Ablauf ohne Übernahme von Verantwortung. Eine einfühlsame, verständnisvolle Bezugsperson könnte den Einstieg sowie die Erhaltung der Arbeitskontinuität positiv beeinflussen. Aufgrund der weiterhin bestehenden klaren depressiven Symptome bestehe dabei eine von der Tagesform abhängige Leistungsminderung bis zu 100 % (IV-Nr. I 98, S. 17 ff.)

4.11 Dem Bericht von der RAD-Ärztin Dr. I. \_\_\_ vom 3. April 2012 lässt sich entnehmen, dass das psychiatrische Gutachten vom 27. Mai 2011 in mehreren Punkten den Anforderungen des RAD nicht entspreche. Daher sei bei Dr. M. \_\_\_ in [...] eine Zweitmeinung einzuholen, der den aktuellen psychischen Zustand der Beschwerdeführerin neu zu beurteilen habe. Ferner sei bei Dr. H. \_\_\_ ein Verlaufsbericht anzufordern (IV-Nr. I 105, S. 3 ff.).

4.12 Den gewünschten Verlaufsbericht reichte Dr. med. H. \_\_\_ am 17. Mai 2012 bei der Beschwerdegegnerin ein. Sie diagnostizierte darin eine seit Jahre bestehende «rezidivierende depressive Störung anhaltender Erschöpfungszustand z.Z. mittelgradige Episode ICD10F33.1» und attestierte der Beschwerdeführerin für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Dentalassistentin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 30. November 2011 bis auf weiteres. Der Arbeitsversuch in der freien Wirtschaft mit einem Arbeitspensum von 50 % sei gescheitert. Ihr Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Weder die bisherige noch eine andere Tätigkeit seien ihr zuzumuten. Aus ihrer, Dr. med. H. \_\_\_, Sicht sei zu überprüfen, ob eine volle Berentung sinnvoll sei (IV-Nr. I 106). Diesen Bericht ergänzte sie auf Verlangen der Beschwerdeführerin vom 17. Juli 2012 in dem Sinne, dass seit April 2011 neun Sitzungen stattgefunden hätten. Die Beschwerdeführerin habe angegeben, pro Tag 7 ■ 12 Cipralax-Tropfen eingenommen zu haben (IV-Nr. I 108).

4.13 Dr. med. N. \_\_\_ hielt in seinem Gutachten vom 18. April 2013 bei «Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit» fest, dass aktuell keine eigenständige, primär psychische Störung bestehe. Bei «Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit» führte er Folgendes an:

-Vordiagnostiziert: depressive Episode ICD-10 F32 (bzw. rezidivierende depressive Störung F33), versicherungspsychiatrisch diskussionsbedürftig, jedenfalls aktuell remittiert; DD: Z.n. Anpassungsstörung F43

-Vordiagnostiziert: Agoraphobie ohne Panikattacken ICD-10 F40.O, aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar

-vorbeschriebene akzentuierte Persönlichkeits-Züge, mit unterschiedlicher Akzentuierung, aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht krankheitswertig gemäss ICD-10

Aus der äusserst umfangreichen «Beurteilung und Prognose» von Dr. med. N. \_\_\_ geht im Wesentlichen hervor, dass sich aus der Lektüre des Zwischenberichts der C. \_\_\_ vom 25. Juni 2006 aus versicherungspsychiatrischer Sicht deutliche Hinweise auf krankheitsfremde und motivationale Faktoren, weniger auf eine deutliche Symptomatik einer primär psychischen Störung, etwa im Sinne einer anhaltenden schweren depressiven Symptomatik als Ausdruck einer depressiven episodischen Erkrankung, ergäben. Zusammengefasst ergebe sich auch aus dem Bericht der C. \_\_\_ vom 5. Oktober 2009 eher ein Hinweis auf das Vorliegen krankheitsfremder Faktoren, warum die Beschwerdeführerin die Arbeitstätigkeit

nicht wieder aufgenommen habe, als auf das andauernde Vorliegen einer depressiven Symptomatik von Krankheitswert. Es solle an dieser Stelle explizit zum Ausdruck gebracht werden, dass die Beschwerdeführerin mit erheblichen Schwierigkeiten ihr Leben zu gestalten gehabt habe. Sie habe nach der frühen Ehe mit einem drogenabhängigen Mann, aus der zwei Kinder hervorgegangen seien, und der Trennung eine schwierige Situation zu bestehen gehabt. Sie habe für den Unterhalt der Familie alleine zu sorgen gehabt. Auch wiederholte andere partnerschaftliche Beziehungen hätten Enttäuschungen mit sich gebracht. Daneben habe die Arbeitsplatzsituation bestanden, an der die Beschwerdeführerin ihren eigenen Angaben zufolge übergriffig behandelt und auch ausgenutzt worden sei, auch zum Teil unter Druck gesetzt worden sein möge. Schliesslich hätte sie nach dem Kennenlernen des jetzigen Ehemanns eine Veränderung ihrer Situation herbeiführen können. Sie habe dann jedoch erkannt, dass ihr nicht nur der geschiedene Ehemann erhebliche Schulden aufgebürdet habe, sondern auch die finanzielle Situation zusammen mit dem neuen Ehemann wegen bestehender Schulden katastrophal gewesen sei. Alle diese Faktoren seien nachvollziehbar sehr schwierig. Daneben sei die mangelnde berufliche Tätigkeit des inzwischen erwachsen gewordenen Sohns zu erwähnen. Alle belastenden Faktoren seien für die Beschwerdeführerin schwierig; diese bedeuteten jedoch nicht, dass sie nun an einer eigenständigen psychiatrischen Erkrankung leide, die ihr die Arbeitstätigkeit verunmöglichen würden. Das Vorliegen einer eigenständigen psychiatrischen Erkrankung sei nicht nachvollziehbar. Die Frage ■ so stellte Dr. med. N.\_\_\_\_ weiter fest ■, ob eine derartige Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 mit paranoiden und selbstunsicheren Anteilen vorliegen könnte, werde aufgrund der aktuellen gutachterlichen Einschätzung ( ) nicht positiv beantwortet. Immerhin sei aus dem Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 22. August 2010 ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin nach dem C.\_\_\_\_-Projekt wieder zu 50 % arbeitsfähig geworden sei. Die Begründung, warum sie umgekehrt allerdings zu 50 % in ihrer Arbeitsfähigkeit als [...] eingeschränkt sein sollte, sei aus der aktuellen gutachterlichen Sicht nicht nachvollziehbar. Zum Arbeitszeugnis von Dr. med. K.\_\_\_\_ vom 18. Mai 2011 hielt Dr. N.\_\_\_\_ fest, aus diesem Beschrieb ihrer Tätigkeit lasse sich wiederum nicht ableiten, dass sie nun durch eine eigenständige psychiatrische Erkrankung in ihrer medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt gewesen wäre. Ferner sei die Einschätzung der L.\_\_\_\_ vom 27. Mai 2011, wonach eine «mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom ICD-10 F32.1, bestehend seit zirka August 2007, neben akzentuierten Persönlichkeitszügen vom emotional instabilen Typus» zu diagnostizieren seien, was eine andauernde Minderung der Arbeitsfähigkeit um 50 % zur Folge habe, aus der gutachterlichen und versicherungspsychiatrisch tätigen Sicht nicht nachvollziehbar. Das Gutachten erhebe zwar ausführlich fremdanamnestic Angaben und zitiere die vorliegenden ärztlichen Unterlagen. Gleichwohl stütze es sich hauptsächlich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin und auf eine «testpsychologische Abklärung vom 07.03.2011» ab; diese könne allerdings bei der Diskussion, ob die Versicherte eine krankheitswertige depressive Erkrankung erleide, nicht ausschlaggebend sein.

Aus all dem Gesagten in Zusammenschau der Aktenlage sei ■ so Dr. med. N.\_\_\_\_ ■ eindeutig festzustellen, dass die Beschwerdeführerin keine derartige, primär psychische Störung erleide, dass sie nicht rein medizinisch-theoretisch eine Arbeitstätigkeit ausüben könnte. Diese Arbeitsfähigkeit möge durch krankheitsfremde Faktoren verändert sein, wie den Zustand über mehr als 25 Jahre an einer Arbeitsstelle gearbeitet zu haben, dann das subjektive Gefühl der vollbrachten Lebensarbeitszeit, danach die Dekonditionierung und

die wiederholt beschriebene objektivierbare, psychosoziale und finanzielle Problematik. Diese Einschätzung erfahre auch durch den aktuellen Arztbericht der behandelnden Psychiaterin vom 17. Mai 2012 keine Minderung, indem sie sich nun wiederum auf das Gutachten der L. \_\_\_ beziehend auf eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab 30. November 2011 «bis auf weiteres» festgelegt habe. Die ärztlichen Angaben seien dabei offensichtlich in sich ■ wolle man einmal die Hypothese überprüfen, was nun eigentlich für eine psychiatrische Erkrankung anzugeben sei ■ widersprechend. Nun würden von Dr. med. H. \_\_\_ (im Unterschied zum Bericht vom 22. August 2010) eine rezidivierende depressive Störung und ein anhaltender Erschöpfungszustand im Sinne einer zurzeit mittelgradigen Episode ICD-10 F33.1 benannt. Die Beschreibung (der Beschwerdeführerin) entspreche nicht dem Bild einer akuten Episode einer rezidivierenden depressiven Störung ICD-10 F33. Es sei ein unklares Bild, das in der Zusammenschau keiner psychiatrischen Erkrankung zugeordnet werden könne, so wie ja die gewissenhafte Diskussion des Verlaufs der vergangenen Jahre eben keine eindeutige Erkrankung ausweisen könne. Aufgrund des deutlichen Überwiegens der krankheitsfremden Faktoren, die nun ihrerseits im Unterschied zur etwaigen psychischen Symptomatik nachvollziehbar objektivierbar und auch über die Jahre nicht verändert zu beschreiben seien, müsse hier davon ausgegangen werden, dass nicht ein andauernder psychischer Gesundheitsschaden die Beschwerdeführerin an der Ausübung einer Arbeitstätigkeit hindert, sondern eben diese krankheitsfremden und motivationalen Faktoren. Auch der Umstand, dass der Arbeitsversuch in der freien Wirtschaft mit einem Arbeitspensum zu 50 % gescheitert sei, sei nicht Beweis dafür, dass die Beschwerdeführerin einen anhaltenden psychischen Gesundheitsschaden gemäss den Kriterien der Klassifikation ICD-10 erleide. Es könne keine Erkrankung benannt werden, die die Beschwerdeführerin in ihrer medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit anhaltend um 20 % oder mehr mindern würde. In Ermangelung der Möglichkeit, eine derartige psychiatrische Erkrankung überhaupt zu benennen, sei bei ihr von einer zumutbaren medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit auszugehen, auch wenn dies tatsächlich eine sehr medizinisch-theoretische Einschätzung darstelle. So werde die Beschwerdeführerin realitätsorientiert aufgrund der vielen Faktoren (subjektiv erfüllte Lebensarbeitstätigkeit, Dekonditionierung, fortschreitende Beschleunigung im Arbeitsleben, schwierige Arbeitsmarktsituation, Persönlichkeitszüge der Beschwerdeführerin, deutliche belastende psychosoziale Probleme und Anerkennung ihrer subjektiven Beschwerden durch behandelnde Ärzte und Gutachter) keine Arbeitstätigkeit aufnehmen (IV-Nr. 115, S. 25 ff.).

4.14 Am 26. November 2013 nahm Dr. med. N. \_\_\_ zu den Einwänden der Beschwerdeführerin Stellung. Er führte dabei im Wesentlichen Folgendes aus: Auf die Frage, seit wann eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bestehe, antwortete er, dass aufgrund der psychiatrischen Einschätzung in Zusammenschau der vorliegenden Unterlagen sowie persönlicher psychiatrischer Untersuchung vom 25. Februar 2013 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt erbrachten oder bisherigen Tätigkeit bestehe. Hierbei handle es sich um eine Einschätzung der zumutbaren medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit, unter bewusster Ausserachtlassung sämtlicher krankheitsfremder Faktoren. Die Alterung der Beschwerdeführerin wie auch die Veränderung der Anforderungen in bestimmten Berufsbildern gehöre zu den krankheitsfremden Faktoren und nicht zur psychischen Symptomatik. Es könne nicht erkannt werden, dass jemals nach dem Verlust der Arbeitsstelle per 31. Dezember (recte: Oktober; IV-Nr. I Nr. 12, S. 13) 2007 eine psychische Symptomatik als Ausdruck einer eigenständigen psychiatrischen Erkrankung derartig ausgeprägt gewesen wäre, dass die

zumutbare medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit deutlich, d. h. um 20 % oder mehr, und andauernd, d. h. für vier Wochen oder länger, vermindert gewesen wäre. Aus der psychiatrischen Sicht sei die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 eine klinische Diagnose, die tatsächlich nicht der Persönlichkeitsdiagnostik der Psychologie bedürfe. Die Anmerkung des Rechtsanwalts, die Akten würden weitere Störungsbilder wie eine PTBS und eine Schizophrenie vermuten lassen, die nicht abschliessend geprüft worden seien, dürfe insbesondere im Hinblick auf das Benennen der Schizophrenie als beispielhaft für sein Vorgehen Erwähnung finden. Es sollte für jeden Laien, der sich etwas für psychische Erkrankungen interessiere, schnell eingängig sein, dass die Beschwerdeführerin im Ablauf ihres Lebens nun mit absoluter Sicherheit nicht an einer Schizophrenie erkrankt sei. Im Weiteren führte Dr. med. N.\_\_\_\_ aus, dass eine Appetitminderung im Sinne eines depressionsbedingten Gewichtsverlusts oder Minderappetits in der Psychiatrie eindeutig als Symptomatik einer dann syndromal nachvollziehbaren depressiven Störung über den Zeitraum einiger Wochen bis Monate nachvollziehbar sei; dies sei bei der Beschwerdeführerin in Ermangelung der anderen Symptomatik, die für ein depressives Syndrom schlüssig notwendig gewesen wäre, nicht der Fall. Ebenso nicht der Fall sei, dass die Beschwerdeführerin in den vergangenen Jahren eine Symptomatik einer primär psychischen Störung erlitten hätte, die sie in ihrer zumutbaren, medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit deutlich beeinträchtigt hätte (IV-Nr. I 137, S. 2 ff.).

4.15 Dr. med. O.\_\_\_\_ kam in seinem durch die Beschwerdeführerin veranlassten Gutachten vom 25. November 2013 zum Schluss, dass die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus insgesamt erfüllt seien. Hingegen lägen aus seiner Sicht weder das typische Bild einer dissozialen Persönlichkeitsstörung noch eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung vor. Man müsse von einer seit 2007 bestehenden und im Verlauf chronifizierten, depressiven Störung ausgehen, die im Schweregrad zwar Schwankungen unterlegen habe, aber nie ganz remittiert sei. Dr. med. O.\_\_\_\_ führte dann folgenden Diagnosen an (IV-Nr. I 140, S. 46):

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1. Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
  - ICD-10 F90.1, seit Schulzeit
  - mit Störung des Sozialverhaltens (bandenmässiger Einbruch, Autodiebstahl, etc.)
  - mit Persistenz der ADHS-Symptome ins Erwachsenenalter (Hyperaktivität, Impulsivität, Sensation Seeking, etc.)
2. emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus
  - seit Kindheit/Jugend, ICD-10 F60.31
  - mit emotionaler Instabilität, Impulsivität, chronischem Untergewicht (BMI 17)
3. chronische depressive Störung
  - ICD-10 F32.1, Beginn 2007, gegenwärtig mittelgradig
4. Agoraphobie ohne Panikstörung
  - ICD-10 F40.00, langjährig
  - Angst bei/Vermeidung von Menschenmengen und Zugfahren alleine

## 5. spezifische Phobien

- ICD-10 F40.2
- Höhenangst, Liftangst, Angst vor Dunkelheit

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

## 6. spezifische Phobien; F40.2

- Wasserangst, Spinnen-/Käferangst, Schlangenphobie, Zahnarztangst, Vermeidung öffentlicher Toiletten

Seiner äußerst ausführlichen versicherungsmedizinischen Beurteilung (IV-Nr. I 140 S. 47 ff.) lässt sich im Wesentlichen entnehmen, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch eine Persönlichkeitsstörung mit reduzierter Belastbarkeit und äusserlichen Auffälligkeiten (Tätowierungen), durch depressive Beschwerden und Ängste sowie ADHS-bezogene Defizite eingeschränkt werde. Sie habe während Jahren als [...] gearbeitet. In diesem Bereich bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr. Diese Tätigkeit wäre ihr zwar zuzumuten. Sie könne dabei aber krankheitsbedingt nicht die nötige, arbeitgeberseitig geforderte Leistung (Konzentration, Schnelligkeit) erbringen. Fraglich sei auch, wie weit sie rein optisch (bleibende Tätowierungen) für einen [...] zumutbar sei. Insgesamt bestehe in der angestammten Tätigkeit keine auf dem freien Arbeitsmarkt verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr. Diese Einschätzung gelte seit August 2007 und werde u.a. durch den «Tatbeweis» der letzten Anstellung von Februar bis April 2011 untermauert. Wenn man das Aktivitätsniveau im Alltag berücksichtige, sei eine angepasste Tätigkeit je nach Art von zwei Stunden täglich (Kinderbetreuung) bis zirka vier Stunden pro Tag (Hundebetreuung, Aufsicht im Fitnesscenter) zumutbar. Grundsätzlich kämen alle körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten in Frage, jedoch ohne hohe Anforderungen an Konzentration, Aufmerksamkeit, ohne Aufenthalt in engen geschlossenen Räumen und ohne lange Anfahrt mit öffentlichem Verkehr. Aufgrund der vielen einschränkenden Diagnosen könne die Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten leider nur im Form des relativ ungenauen Zeitrahmens von zwei bis vier Stunden täglich formuliert werden. Je nach Arbeitsbedingungen seien hier auch noch Leistungseinbussen durch langsame Arbeit und vermehrte Fehler zu berücksichtigen (z.B. bei Fabrikarbeit) sowie ein vermehrter Pausenbedarf, die aber z.B. als Hundebetreuerin nicht zum Tragen kämen. Die nötigen Haushaltsaktivitäten, ohne Kinder, ohne Haus und Garten, bei eher kleiner Wohnung, dürfte mit der beschriebenen Aufteilung und Pausenmöglichkeit ohne wesentliche Einschränkungen erbracht werden. Die Leistungsfähigkeit im geschützten Rahmen hänge stark von den jeweiligen konkreten Umständen ab. Zwei bis vier Stunden Präsenzzeit täglich seien wahrscheinlich zumutbar, unter günstigen Bedingungen auch mehr. Zum Stellenwert psychosozialer und soziokultureller Faktoren für das Krankheitsgeschehen hielt Dr. med. O. \_\_\_ fest, dass die in der Anamnese zahlreichen auftauchenden, an sich IV-fremden Probleme als Folge der Grundkrankheiten zu betrachten seien, und nicht umkehrt. Insofern sei die bestehende Arbeitsunfähigkeit vor allem auf psychische Leiden mit Krankheitswert zurückzuführen. Die psychosozialen Probleme seien mehrheitlich eine Folge der Störungen, nicht die Ursache der Arbeitsunfähigkeit. Zu den abweichenden Beurteilungen stellte Dr. med. O. \_\_\_ fest, dass die Diagnose einer ADHS bisher nicht gestellt worden sei. Die meisten Unterschiede erklärten sich über eine insuffiziente Diagnostik. Basis einer validen Diagnose sei der systematische Befund mit aktivem Explorieren; dieser sei in keinem Vorbericht im nötigen Umfang erhoben worden. Auch anamnestisch seien viele wichtige

Aspekte, wie z.B. Delinquenz und Auffälligkeiten im Identitätsbereich, unexploriert und damit auch diagnostisch ungewürdigt geblieben. Die meisten Diagnosen seien aus dem Bauch gestellt worden (z.B. Dr. T.\_\_\_\_, die eine Borderline-Persönlichkeitsstörung mit dem Hinweis fehlender Spannungsanstiege verneint, obwohl diese in den relevanten ICD-Kriterien nicht gefordert würden, umgekehrt aber zu den Kriterien der von ihr favorisierten paranoiden PK nicht Stellung nehme) und nicht anhand der jeweiligen ICD-10 Kriterien begründet. Im therapeutischen Bereich gehe dies noch an, auch noch im Taggeldbereich, jedoch nicht mehr bei Gutachten zuhanden der IV. Hierauf folgen lange Ausführungen über die Berichte der L.\_\_\_\_ und Dr. med. N.\_\_\_\_. Schliesslich stellte Dr. med. O.\_\_\_\_ fest, dass insgesamt von einer schlechten Prognose auszugehen sei (IV-Nr. I 140, S. 47 ff.).

4.16 Dr. med. N.\_\_\_\_ nahm am 9. April 2014 auf Wunsch der Beschwerdegegnerin zum Gutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ vom 25. November 2013 Stellung, nachdem er dieses mit persönlicher Betroffenheit zur Kenntnis genommen habe. Im Unterschied zum versicherungspsychiatrischen Gutachten im Auftrag der Invalidenversicherung ■ so Dr. med. N.\_\_\_\_ ■, das als unabhängig und neutral betrachtet werden dürfe, handle es sich bei der ärztlichen Einschätzung durch Dr. med. O.\_\_\_\_ um ein Parteigutachten im Auftrag der die Beschwerdeführerin vertretenden Rechtsanwalts. Insofern sei seiner Ansicht nach die Vergleichbarkeit nicht gegeben. Er bitte die Beschwerdegegnerin, ihn als beteiligten Gutachter der Verpflichtung zu entheben, die ärztliche Stellungnahme durch Dr. med. O.\_\_\_\_ im Einzelnen und detailliert zu diskutieren. Am Schluss seines Berichts hielt er fest, dass Dr. med. O.\_\_\_\_, prüfte dieser objektiv die Frage, ob ein Mensch psychisch krank sei, womöglich nicht mit einer Auflistung antworten würde. Hielte er die Beschwerdeführerin für psychisch krank, wäre genau zu überprüfen, in welchem zeitlichen Ablauf welche krankheitswertige Symptomatik auszumachen gewesen sei, und wie sich dadurch die Einschränkungen der Betroffenen in den verschiedenen Aktivitäten des täglichen Lebens verhielten. An dieser Stelle sollte Dr. med. O.\_\_\_\_ selbst bei seiner Einschätzung, die Beschwerdeführerin habe eine z.B. emotional instabile Persönlichkeitsstörung oder aber eine ADHS als zugrunde liegende psychische Erkrankung, doch zum Urteil gelangen, dass sie durch die beiden genannten Störungen eben über die Jahre ihres Lebens in ihrer beruflichen Tätigkeit nicht eingeschränkt gewesen sei, so wie sie aktuell im Hinblick auf die Zumutbarkeit nicht eingeschränkt sei und auch nicht in den nächsten Jahren eingeschränkt sein werde. Der Umstand des Verlusts der langjährigen und zur Zufriedenheit der Beschwerdeführerin sowie des Arbeitgebers und vermutlich auch der anvertrauten Personen erbrachten Arbeitstätigkeit als [...], daneben das Funktionieren im Bereich partnerschaftlicher Beziehungen und anderer Funktionen des Lebens, sei Hinweis darauf, dass ihr auch zukünftig Arbeit zugemutet werden könne (IV-Nr. I 147, S. 1 ff.).

4.17 In seiner Stellungnahme vom 28. Juli 2014 führte der RAD-Arzt Dr. med. P.\_\_\_\_ aus, dass das Gutachten von Dr. O.\_\_\_\_ trotz seiner gegenüber demjenigen von Dr. N.\_\_\_\_ höheren Ausführlichkeit nicht mehr zu überzeugen vermöge als letzteres, auch wenn dieses ebenfalls nicht zu überzeugen vermöge; dies insofern, als Dr. N.\_\_\_\_ wenig auf zu früheren Zeitpunkten beschriebene Einschränkungen eingehe, sondern in erster Linie Stellung zur Arbeitsfähigkeit im Zeitpunkt der Untersuchung nehme. Daran ändere die ergänzende Stellungnahme von Dr. N.\_\_\_\_ vom 26. November 2013 wenig. Der Schluss, dass seit dem Verlust der Arbeitsstelle Ende 2007 die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit nie 20 % oder mehr über einen längeren Zeitraum eingeschränkt gewesen sei, kontrastiere stark mit

den von früher behandelnden als auch begutachtenden Ärzten attestierten Arbeitsunfähigkeiten. Umgekehrt entspreche der in den vorliegenden Stellungnahmen älteren Datums beschriebene Ausprägungsgrad der depressiven Symptomatik am ehesten einer leichten bis zeitweise mittelgradigen depressiven Episode und könne somit die teilweise attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar begründen. Wahrscheinlich komme für den Zeitraum ab Ende 2007 bis mindestens Mai 2011 die Beurteilung im Gutachten der L.\_\_\_\_ Solothurn vom 27. Mai 2011, wonach die Beschwerdeführerin noch eine etwa 50%ige Leistungsfähigkeit aufweise, der Realität am nächsten. Bis Februar 2013 habe sich dann offenbar der psychische Zustand der Versicherten unter der laufenden fachärztlichen Behandlung (kombinierte psychiatrisch-psycho-pharmakologische Therapie, Medikation mit CipraleX) weiter verbessert. Zum Zeitpunkt der Untersuchung vom 25. Februar 2013 sei die Depression remittiert, die berufliche Leistungsfähigkeit somit nicht mehr eingeschränkt gewesen. Am Schluss seines Berichts empfahl Dr. med. P.\_\_\_\_, dass der Fall unter Berücksichtigung der Angaben im Gutachten der L.\_\_\_\_ vom 27. Mai 2011 für den Zeitraum ab Ende 2007 bis Januar 2013 und ab Februar 2013 abgestützt auf die Begutachtung durch Dr. N.\_\_\_\_ vom 18. April 2013 (Untersuchung 25. Februar 2013) abzuschliessen sei (IV-Nr. I 153, S. 10 f.).

#### **E. 4**

Der Beschwerdeführerin sei die volle die unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverteidigung unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren.

#### **E. 4.8**

hiervor verwiesen werden. 5.2.2 Mit Ausnahme von Dr. med. N.\_\_\_\_ – so hielt Dr. med. P.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 28. Juli 2014 weiter fest – seien sich alle involvierten Psychiater einig, dass bei der Beschwerdeführerin eine depressive Symptomatik über einen langen Zeitraum bestanden habe. Die von ihm geäusserte Vermutung, es habe möglicherweise nie eine depressive Erkrankung vorgelegen, sei aus seiner Sicht – so Dr. med. P.\_\_\_\_ – jedoch nicht zulässig, würden doch in früheren Berichten als depressiv zu interpretierende Symptome beschrieben, wenn auch teilweise sehr lückenhaft (IV-Nr. I 153, S. 8). In der Tat tauchten bereits im November 2007 erste Hinweise des Hausarztes bezüglich psychischer Probleme auf, die im April 2008 bestätigt wurden (vgl. E. II 4.1 hiervor). In den Berichten der L.\_\_\_\_ vom 19. Februar und 8. Mai 2008 waren u.a. die Rede von einer leichten depressiven Episode und einer Anpassungsstörung; letztere führe zu einer Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. II 4.2, 4.4 hiervor). Auch Dr. med. G.\_\_\_\_ sprach am 18. Juli 2008 von einer mittelgradigen depressiven Episode und verneinte die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit; diese läge allerdings in einer Verweistätigkeit im Rahmen von 10 – 20 % (vgl. E. II 4.5 hiervor). Den Berichten der L.\_\_\_\_ vom 11. Juni 2010 und 27. Mai 2011 lassen sich die Diagnosen einer leichten bis mittelgradigen bzw. einer mittelgradigen depressiven Episode entnehmen, letztere bestehend seit zirka August 2007. Bei der Arbeitsfähigkeit war die Rede davon, dass diese mithilfe einer intensivierten antidepressiven Therapie im aktuellen Rahmen von 40 - 50 % über längere Zeit erhalten werden könne (vgl. E. II 4.7, 4.10 hiervor). Dr. med. H.\_\_\_\_ diagnostizierte in ihren Berichten vom 22. August 2010 und 17. Mai 2012 eine andauernde Belastungsstörung bzw. eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode. Aus ihrer Sicht bestehe keine Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft bzw. eine solche von 50 % vom 14. Juli 2010 bis 29. November 2011, anschliessend eine solche von 0 % (vgl. E. II 4.9, 4.12

hiervor). Zum Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 18. Juli 2008 hat Dr. med. N.\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 18. April 2013 Folgendes festgestellt: Aus versicherungspsychiatrischer Sicht sei aktuell davon auszugehen, dass das damalige Vorliegen einer depressiven Symptomatik im Sinne eines depressiven Syndroms ausgewiesen gewesen sei; daneben hätten Persönlichkeitsauffälligkeiten bestanden. Es sei versicherungsmedizinisch allerdings im Nachhinein nicht genau festzulegen, ob die depressive Symptomatik damals den Ausprägungsgrad einer Anpassungsstörung oder einer depressiven Episode in den Jahren 2007 und 2008 angenommen habe (IV-Nr. I 115, S. 24). Die Frage, ob gemäss Bericht der L.\_\_\_\_ vom 11. Juni 2010 eine eigenständige depressive Episode vorgelegen habe, hat Dr. med. N.\_\_\_\_ aufgrund der aktuellen Einschätzung sinngemäss verneint (IV-Nr. I 115, S. 29). Die durch die L.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 27. Mai N.\_\_\_\_ als nicht nachvollziehbar bezeichnet, stütze sich doch diese hauptsächlich auf subjektive Angaben der Beschwerdeführerin und eine «testpsychologische Abklärung vom 07.03.2011» ab. Die Diagnosestellung einer depressiven Episode, ob mittel- oder schwergradig, sei eine klinisch psychiatrische Diagnosestellung und könne sich nicht auf derartige testpsychologische Einschätzungen beziehen, die dann sozusagen unter Realitätsanpassung von schwer- auf mittelgradig heruntergestuft werde. Auch sei die Einschätzung einer chronischen Verlaufsform einer depressiven Episode – wie schon der Name sage – insbesondere unter zur Kenntnisnahme der vielfältigen psychosozialen Belastungsfaktoren und schwierigen Lebensprobleme bei der Beschwerdeführerin, welche als objektiv und nachvollziehbar beschrieben werden könnten, sehr problematisch. Gegebenenfalls wäre bei einer derartigen andauernden depressiven Verstimmung von einer Dysthymie auszugehen gewesen, wobei eine Dysthymie aufgrund der aktuellen Untersuchung, die wiederum durchaus Freudfähigkeit der Beschwerdeführerin, Aktivitäten und auch Zukunftsfantasien ergeben habe, nicht nachvollzogen werden könne (IV-Nr. I 115, S. 31 und 33). Zum Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 22. August 2010 hat Dr. med. N.\_\_\_\_ festgehalten, dass darin weder die Diagnose einer depressiven Episode aufrechterhalten noch eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden seien. Warum die Beschwerdeführerin nicht zu 50 % als [...] arbeitsfähig sein sollte, lasse sich aufgrund der aktuellen gutachterlichen Sicht nicht nachvollziehen (IV-Nr. I 115, S. 29 f.). Was ihre Berichterstattung vom 17. Mai 2012 anbelange – so Dr. med. N.\_\_\_\_ –, entspreche die Beschreibung nicht dem Bild einer akuten Episode einer rezidivierenden depressiven Störung nach ICD-10 F33. Es sei ein unklares Bild, das keiner psychiatrischen Erkrankung zugeordnet werden könne; so, wie die gewissenhafte Diskussion des Verlaufs der vergangenen Jahre eben keine eindeutige Erkrankung habe ausweisen können (IV-Nr. I 115, S. 34).

5.2.3 Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass Dr. med. N.\_\_\_\_ – wie dies Dr. med. P.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 28. Juli 2014 zutreffend festgehalten hat – wenig auf die in früheren Zeitpunkten beschriebenen Einschränkungen eingegangen ist. Vielmehr beziehen sich seine Einschätzungen zu Diagnosen, Zumutbar- und Arbeitsfähigkeit auf den Zeitpunkt der Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 25. Februar 2013. Seine Beurteilung in der Stellungnahme vom 26. November 2013, dass die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit nach dem Verlust der Arbeitsstelle Ende 2007 (recte: Ende Oktober 2007) nie zu 20 % oder mehr über einen längeren Zeitraum eingeschränkt gewesen sei (IV-Nr. I 137, S. 2), steht denn auch im Widerspruch zu den attestierten Arbeitsunfähigkeiten durch früher behandelnde als auch begutachtende Ärzte. Umgekehrt entspreche – so Dr. med. P.\_\_\_\_ – der in den vorliegenden Stellungnahmen älteren Datums beschriebene Ausprägungsgrad der depressiven Symptomatik am ehesten

einer leichten bis zeitweise mittelgradigen depressiven Episode, was die teilweise attestierte, vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar zu begründen vermöge. Mit Dr. med. P.\_\_\_\_ ist davon auszugehen, dass für den Zeitraum von Ende 2007 bis mindestens Mai 2011 die Beurteilung im Gutachten der L.\_\_\_\_ vom 27. Mai 2011 der Realität am nächsten kommt; darin bezifferten die Ärztinnen die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Bereich der bisherigen wie auch in einer Verweistätigkeit mit (maximal) 50 % (vgl. IV-Nr. I 98, S. 20 ff.). Bis Februar 2013 habe sich dann offenbar der psychische Zustand der Beschwerdeführerin – wie dies Dr. med. P.\_\_\_\_ weiter festgestellt hat – unter der laufenden fachärztlichen Behandlung (kombinierte psychiatrisch-psychopharmakologische Therapie, Medikation mit Cipralex) weiter verbessert. Zum Zeitpunkt der Untersuchung der Beschwerdeführerin durch Dr. med. N.\_\_\_\_ am 25. Februar 2013 sei die Depression remittiert, die berufliche Leistungsfähigkeit somit nicht mehr eingeschränkt gewesen (IV-Nr. I 153, S. 10).

5.2.4 Nach Dr. med. P.\_\_\_\_ seien sich die involvierten Psychiater – mit Ausnahme von Dr. O.\_\_\_\_ – wiederum einig, dass zwar Auffälligkeiten der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin festzustellen seien, diese aber die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 nicht erfüllten. Eines der grundlegenden Hauptkriterien für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, nämlich die Erkennbarkeit der Auffälligkeiten bereits im Kindesalter oder in der Adoleszenz, sei nicht erfüllt. Die Beschwerdeführerin sei zu einer Ausbildung zur [...] fähig gewesen und habe diesen Beruf während 27 Jahren ausüben können (vgl. Stellungnahme vom 28. Juli 2014 bzw. IV-Nr. I 153, S. 9). Zur Persönlichkeit der Beschwerdeführerin lässt sich dem Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ entnehmen, dass der Hinweis auf eine Borderline-Persönlichkeitsstruktur aufgrund der wiederkehrenden dramatischen Lebenssituationen bzw. den Verhaltensweisen der Explorandin, des ausgeprägten schwarz-weiss Denkens, das auf eine Spaltungsabwehr hinweise, der Tendenz zu Konflikten, der ausgeprägten Insuffizienzgefühlen und sozialphobischen Ängsten, der zum Teil unrealistischen Wahrnehmungen (Geistererscheinung und wackelnde Treppen) und der in den Vorakten erwähnten «Reifungsverzögerung» in der Lehre nur verdachtsweise erhoben werden könne. Diagnostische Sicherheit sei durch eine längere klinische Verlaufsbeobachtung und umfangreiche fremdanamnestische Exploration zu erlangen (IV-Nr. I 81, S. 17). Aus dem Gutachten der L.\_\_\_\_ geht dazu hervor, dass sich im Rahmen der unterschiedlichen Testungen Verhaltens- und Denkweisen gezeigt hätten, die auf depressive, paranoide sowie schizotype Persönlichkeitszüge hinwiesen. Jedoch reichten diese erhaltenen Informationen nicht aus, um eine Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren; als Hauptpunkt dazu sei anzugeben, dass die beschriebenen Kriterien nicht bereits im späten Kindesalter oder in der Adoleszenz, sondern deutlich später bzw. im Erwachsenenalter aufgetreten seien. Ebenfalls könnten diese Symptome auch als Folge einer seit längerer Zeit vorliegenden Depression interpretiert werden. Unklar und offen bleibe – so die Ärztinnen der L.\_\_\_\_ –, inwieweit die in der Vergangenheit erlebten Belastungen und Traumata zu einer Veränderung der Persönlichkeit der Explorandin geführt hätten (IV-Nr. I 98, S. 17). Dr. med. N.\_\_\_\_ hat dazu einzig angegeben, «die Frage, ob eine derartige Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 mit paranoiden und selbstunsicheren Anteilen vorliegen könnte, werde aufgrund der aktuellen gutachterlichen Einschätzung (...) nicht positiv beantwortet» (IV-Nr. I 115, S. 29). Somit sei seines – Dr. med. P.\_\_\_\_ – Erachtens der Tatbeweis erbracht, dass die Persönlichkeitsakzentuierung, wie auch immer man sie benennen wolle, die berufliche Leistungsfähigkeit nicht IV-relevant beeinträchtigt habe (IV-Nr. I 153, S. 9).

## E. 5

5.1 Beim Erlass der angefochtenen Verfügungen vom 15. September 2015 betreffend Rentenzusprache hat die Beschwerdegegnerin hauptsächlich auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. N.\_\_\_\_ vom 18. April 2013 (IV-Nr. I 115) abgestellt und diesem vollen Beweiswert zugemessen. Das Gutachten ist für die streitigen Belange umfassend, enthält es doch eine ausführliche Prüfung der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht. Es beruht auf einer Untersuchung vom 25. Februar 2013 sowie einer eingehenden Exploration der Beschwerdeführerin (IV-Nr. I 115, S. 12 ff.). Die Angaben der Beschwerdeführerin, einschliesslich der geklagten Beschwerden, werden ausführlich wiedergegeben und gewürdigt. Die Begutachtung ist in Kenntnis der vollständigen Vorakten erfolgt, deren relevanter Inhalt zusammengefasst wiedergegeben wird (vgl. IV-Nr. I 115, S. 3 ff.). Grundlagen und Aufbau des Gutachtens erfüllen somit die allgemeinen Anforderungen.

5.2 Inhaltlich setzt die Beweiskraft eines Gutachtens voraus, dass dieses zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, die in nachvollziehbarer Weise hergeleitet werden, und dass die Schlussfolgerungen plausibel begründet sind.

5.2.1 Dr. med. N.\_\_\_\_ hat sich in der Beurteilung vom 18. April 2013 ■ wie dies Dr. med. P.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 28. Juli 2014 zutreffend festgehalten hat (IV-Nr. I 153, S. 6) ■ mit der Symptomatik, dem Verlauf, der Behandlung sowie den früheren Beurteilungen auseinandergesetzt. Er ist dabei zum Schluss gekommen, dass die früher beschriebene depressive Symptomatik im Zeitpunkt der Exploration nicht festzustellen gewesen sei, was so gesehen einer Remission entspreche. Der Gutachter habe ■ so Dr. P.\_\_\_\_ im Weiteren ■ in erster Linie erhebliche krankheitsfremde Faktoren in Form belastender psychosozialer Umstände als Ursache dafür angesehen, dass die Beschwerdeführerin keiner Arbeitstätigkeit nachgehen könne. Ein andauernder psychischer Gesundheitsschaden, der die Arbeitsfähigkeit beeinträchtige, sei nicht festzustellen (IV-Nr. I 153, S. 6). Für die diesbezüglichen Ausführungen von Dr. med. N.\_\_\_\_ kann auf Erwägung II 4.8 hiavor verwiesen werden.

5.2.2 Mit Ausnahme von Dr. med. N.\_\_\_\_ ■ so hielt Dr. med. P.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 28. Juli 2014 weiter fest ■ seien sich alle involvierten Psychiater einig, dass bei der Beschwerdeführerin eine depressive Symptomatik über einen langen Zeitraum bestanden habe. Die von ihm geäusserte Vermutung, es habe möglicherweise nie eine depressive Erkrankung vorgelegen, sei aus seiner Sicht ■ so Dr. med. P.\_\_\_\_ ■ jedoch nicht zulässig, würden doch in früheren Berichten als depressiv zu interpretierende Symptome beschrieben, wenn auch teilweise sehr lückenhaft (IV-Nr. I 153, S. 8). In der Tat tauchten bereits im November 2007 erste Hinweise des Hausarztes bezüglich psychischer Probleme auf, die im April 2008 bestätigt wurden (vgl. E. II 4.1 hiavor). In den Berichten der L.\_\_\_\_ vom 19. Februar und 8. Mai 2008 waren u.a. die Rede von einer leichten depressiven Episode und einer Anpassungsstörung; letztere führe zu einer Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. II 4.2, 4.4 hiavor). Auch Dr. med. G.\_\_\_\_ sprach am 18. Juli 2008 von einer mittelgradigen depressiven Episode und verneinte die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit; diese läge allerdings in einer Verweistätigkeit im Rahmen von 10 ■ 20 % (vgl. E. II 4.5 hiavor). Den Berichten der L.\_\_\_\_ vom 11. Juni 2010 und 27. Mai 2011 lassen sich die Diagnosen einer leichten bis mittelgradigen bzw. einer mittelgradigen depressiven Episode entnehmen, letztere bestehend seit zirka August 2007. Bei der Arbeitsfähigkeit war die Rede davon, dass diese mithilfe einer intensivierten antidepressiven Therapie im aktuellen

Rahmen von 40 - 50 % über längere Zeit erhalten werden könne (vgl. E. II 4.7, 4.10 hiervor). Dr. med. H.\_\_\_\_ diagnostizierte in ihren Berichten vom 22. August 2010 und 17. Mai 2012 eine andauernde Belastungsstörung bzw. eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode. Aus ihrer Sicht bestehe keine Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft bzw. eine solche von 50 % vom 14. Juli 2010 bis 29. November 2011, anschliessend eine solche von 0 % (vgl. E. II 4.9, 4.12 hiervor).

Zum Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 18. Juli 2008 hat Dr. med. N.\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 18. April 2013 Folgendes festgestellt: Aus versicherungspsychiatrischer Sicht sei aktuell davon auszugehen, dass das damalige Vorliegen einer depressiven Symptomatik im Sinne eines depressiven Syndroms ausgewiesen gewesen sei; daneben hätten Persönlichkeitsauffälligkeiten bestanden. Es sei versicherungsmedizinisch allerdings im Nachhinein nicht genau festzulegen, ob die depressive Symptomatik damals den Ausprägungsgrad einer Anpassungsstörung oder einer depressiven Episode in den Jahren 2007 und 2008 angenommen habe (IV-Nr. I 115, S. 24). Die Frage, ob gemäss Bericht der L.\_\_\_\_ vom 11. Juni 2010 eine eigenständige depressive Episode vorgelegen habe, hat Dr. med. N.\_\_\_\_ aufgrund der aktuellen Einschätzung sinngemäss verneint (IV-Nr. I 115, S. 29). Die durch die L.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 27. Mai N.\_\_\_\_ als nicht nachvollziehbar bezeichnet, stütze sich doch diese hauptsächlich auf subjektive Angaben der Beschwerdeführerin und eine «testpsychologische Abklärung vom 07.03.2011» ab. Die Diagnosestellung einer depressiven Episode, ob mittel- oder schwergradig, sei eine klinisch psychiatrische Diagnosestellung und könne sich nicht auf derartige testpsychologische Einschätzungen beziehen, die dann sozusagen unter Realitätsanpassung von schwer- auf mittelgradig heruntergestuft werde. Auch sei die Einschätzung einer chronischen Verlaufsform einer depressiven Episode ■ wie schon der Name sage ■ insbesondere unter zur Kenntnisnahme der vielfältigen psychosozialen Belastungsfaktoren und schwierigen Lebensprobleme bei der Beschwerdeführerin, welche als objektiv und nachvollziehbar beschrieben werden könnten, sehr problematisch. Gegebenenfalls wäre bei einer derartigen andauernden depressiven Verstimmung von einer Dysthymie auszugehen gewesen, wobei eine Dysthymie aufgrund der aktuellen Untersuchung, die wiederum durchaus Freudfähigkeit der Beschwerdeführerin, Aktivitäten und auch Zukunftsfantasien ergeben habe, nicht nachvollzogen werden könne (IV-Nr. I 115, S. 31 und 33). Zum Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 22. August 2010 hat Dr. med. N.\_\_\_\_ festgehalten, dass darin weder die Diagnose einer depressiven Episode aufrechterhalten noch eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden seien. Warum die Beschwerdeführerin nicht zu 50 % als [...] arbeitsfähig sein sollte, lasse sich aufgrund der aktuellen gutachterlichen Sicht nicht nachvollziehen (IV-Nr. I 115, S. 29 f.). Was ihre Berichterstattung vom 17. Mai 2012 anbelange ■ so Dr. med. N.\_\_\_\_ ■, entspreche die Beschreibung nicht dem Bild einer akuten Episode einer rezidivierenden depressiven Störung nach ICD-10 F33. Es sei ein unklares Bild, das keiner psychiatrischen Erkrankung zugeordnet werden könne; so, wie die gewissenhafte Diskussion des Verlaufs der vergangenen Jahre eben keine eindeutige Erkrankung habe ausweisen können (IV-Nr. I 115, S. 34).

5.2.3 Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass Dr. med. N.\_\_\_\_ ■ wie dies Dr. med. P.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 28. Juli 2014 zutreffend festgehalten hat ■ wenig auf die in früheren Zeitpunkten beschriebenen Einschränkungen eingegangen ist. Vielmehr beziehen sich seine Einschätzungen zu Diagnosen, Zumutbar- und Arbeitsfähigkeit auf den Zeitpunkt der Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 25. Februar 2013. Seine

Beurteilung in der Stellungnahme vom 26. November 2013, dass die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit nach dem Verlust der Arbeitsstelle Ende 2007 (recte: Ende Oktober 2007) nie zu 20 % oder mehr über einen längeren Zeitraum eingeschränkt gewesen sei (IV-Nr. I 137, S. 2), steht denn auch im Widerspruch zu den attestierten Arbeitsunfähigkeiten durch früher behandelnde als auch begutachtende Ärzte. Umgekehrt entspreche ■ so Dr. med. P. \_\_\_ ■ der in den vorliegenden Stellungnahmen älteren Datums beschriebene Ausprägungsgrad der depressiven Symptomatik am ehesten einer leichten bis zeitweise mittelgradigen depressiven Episode, was die teilweise attestierte, vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar zu begründen vermöge. Mit Dr. med. P. \_\_\_ ist davon auszugehen, dass für den Zeitraum von Ende 2007 bis mindestens Mai 2011 die Beurteilung im Gutachten der L. \_\_\_ vom 27. Mai 2011 der Realität am nächsten kommt; darin bezifferten die Ärztinnen die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Bereich der bisherigen wie auch in einer Verweistätigkeit mit (maximal) 50 % (vgl. IV-Nr. I 98, S. 20 ff.). Bis Februar 2013 habe sich dann offenbar der psychische Zustand der Beschwerdeführerin ■ wie dies Dr. med. P. \_\_\_ weiter festgestellt hat ■ unter der laufenden fachärztlichen Behandlung (kombinierte psychiatrisch-psychopharmakologische Therapie, Medikation mit Cipralex) weiter verbessert. Zum Zeitpunkt der Untersuchung der Beschwerdeführerin durch Dr. med. N. \_\_\_ am 25. Februar 2013 sei die Depression remittiert, die berufliche Leistungsfähigkeit somit nicht mehr eingeschränkt gewesen (IV-Nr. I 153, S. 10).

5.2.4 Nach Dr. med. P. \_\_\_ seien sich die involvierten Psychiater ■ mit Ausnahme von Dr. O. \_\_\_ ■ wiederum einig, dass zwar Auffälligkeiten der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin festzustellen seien, diese aber die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 nicht erfüllten. Eines der grundlegenden Hauptkriterien für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, nämlich die Erkennbarkeit der Auffälligkeiten bereits im Kindesalter oder in der Adoleszenz, sei nicht erfüllt. Die Beschwerdeführerin sei zu einer Ausbildung zur [...] fähig gewesen und habe diesen Beruf während 27 Jahren ausüben können (vgl. Stellungnahme vom 28. Juli 2014 bzw. IV-Nr. I 153, S. 9). Zur Persönlichkeit der Beschwerdeführerin lässt sich dem Gutachten von Dr. med. G. \_\_\_ entnehmen, dass der Hinweis auf eine Borderline-Persönlichkeitsstruktur aufgrund der wiederkehrenden dramatischen Lebenssituationen bzw. den Verhaltensweisen der Explorandin, des ausgeprägten schwarz-weiss Denkens, das auf eine Spaltungsabwehr hinweise, der Tendenz zu Konflikten, der ausgeprägten Insuffizienzgefühlen und sozialphobischen Ängsten, der zum Teil unrealistischen Wahrnehmungen (Geistererscheinung und wackelnde Treppen) und der in den Vorakten erwähnten «Reifungsverzögerung» in der Lehre nur verdachtsweise erhoben werden könne. Diagnostische Sicherheit sei durch eine längere klinische Verlaufsbeobachtung und umfangreiche fremdanamnestiche Exploration zu erlangen (IV-Nr. I 81, S. 17). Aus dem Gutachten der L. \_\_\_ geht dazu hervor, dass sich im Rahmen der unterschiedlichen Testungen Verhaltens- und Denkweisen gezeigt hätten, die auf depressive, paranoide sowie schizotype Persönlichkeitszüge hinwiesen. Jedoch reichten diese erhaltenen Informationen nicht aus, um eine Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren; als Hauptpunkt dazu sei anzugeben, dass die beschriebenen Kriterien nicht bereits im späten Kindesalter oder in der Adoleszenz, sondern deutlich später bzw. im Erwachsenenalter aufgetreten seien. Ebenfalls könnten diese Symptome auch als Folge einer seit längerer Zeit vorliegenden Depression interpretiert werden. Unklar und offen bleibe ■ so die Ärztinnen der L. \_\_\_ ■, inwieweit die in der Vergangenheit erlebten Belastungen und Traumata zu einer Veränderung der

Persönlichkeit der Explorandin geführt hätten (IV-Nr. I 98, S. 17). Dr. med. N.\_\_\_\_ hat dazu einzig angegeben, «die Frage, ob eine derartige Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 mit paranoiden und selbstunsicheren Anteilen vorliegen könnte, werde aufgrund der aktuellen gutachterlichen Einschätzung ( ) nicht positiv beantwortet» (IV-Nr. I 115, S. 29). Somit sei seines ■ Dr. med. P.\_\_\_\_ ■ Erachtens der Tatbeweis erbracht, dass die Persönlichkeitsakzentuierung, wie auch immer man sie benennen wolle, die berufliche Leistungsfähigkeit nicht IV-relevant beeinträchtigt habe (IV-Nr. I 153, S. 9).

## **E. 6**

6.1 Die Beschwerdeführerin hält die Begutachtung von Dr. med. N.\_\_\_\_ für mangelhaft und erhebt dagegen mehrere Einwände, die im Wesentlichen wie folgt zu beurteilen sind: Sie bemängelt, Dr. med. N.\_\_\_\_ habe die Aufgabe, sich bei der Abklärung von psychischen Störungen auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems zu stützen, in keiner Art und Weise erfüllt (A.S. I 62 f.). Zwar lässt sich seinem Gutachten entnehmen, dass die Psychologin U.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin zu den subjektiven Beschwerden und Tagesaktivitäten ausführlich befragt hat (IV-Nr. I 115, S. 12 f.). Diese Erkenntnisse sind jedoch in die Beurteilung von Dr. med. N.\_\_\_\_ eingeflossen (IV-Nr. I 115, S. 18 ff.). Ferner hat Dr. med. N.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin zu den aktuellen subjektiven Beschwerden sowie den Aktivitäten des täglichen Lebens persönlich befragt (IV-Nr. I 115, S. 13 f.). Auch diese Erkenntnisse haben in seiner Beurteilung Beachtung gefunden. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (A.S. 62) hat der Gutachter den psychischen Befund der Beschwerdeführerin erstellt (IV-Nr. I 115, S. 18 f.) und die geklagten Beschwerden wie im Übrigen auch sämtliche relevanten medizinischen Vorakten im Rahmen seiner Beurteilung gewürdigt (IV-Nr. I 115, S. 20 ff.); dies vor dem Hintergrund der Kriterien der ICD-10 (IV-Nr. I 115, S. 20). Inwiefern er die ICD-10 Kriterien für die von den anderen psychiatrischen Experten gestellten Diagnosen hätte auflisten müssen, wie dies die Beschwerdeführerin verlangt hat (A.S. I 62), ist nicht einzusehen, zumal er sich mit den sich bei den Akten befindlichen Diagnosen und Beurteilungen der psychiatrischen Fachärzte eingehend auseinandergesetzt hat (IV-Nr. I 115, S. 22 ff.). Die Tatsache, dass Dr. med. N.\_\_\_\_ zur Erkenntnis gekommen ist, eine eigenständige, die Arbeitsfähigkeit beslagende psychische Störung liege nicht vor, impliziert schliesslich nicht, dass er sein Gutachten nicht ergebnisoffen ausgearbeitet hätte (A.S. I 63). Gleich verhält es sich mit dem Vorwurf der Beschwerdeführerin, Dr. med. N.\_\_\_\_ arbeite voreingenommen, was sich auch aus seinen Ausführungen vom 9. April 2014 ergebe (A.S. I 63). So betrifft seine Aussage bezüglich der Gefälligkeitsbegutachtung eine Qualifikation des Vorgehens der Beschwerdeführerin, ein Parteigutachten in Auftrag zu geben und nicht seine Beurteilung des psychischen Zustands der Beschwerdeführerin, die schon alleine in zeitlicher Hinsicht vorher erfolgt ist. Dr. med. P.\_\_\_\_ hat schliesslich am 28. Juli 2014 zu dieser Stellungnahme festgehalten, dass Dr. med. N.\_\_\_\_ Bezug auf die Kritik des Gutachters Dr. med. O.\_\_\_\_ nehme; dabei gehe es um eine grundsätzliche fachliche Auseinandersetzung zur Methodik der Begutachtung und zur Diagnostik. Neue Aspekte bezüglich der Problematik der Beschwerdeführerin und der Einschätzung ihrer Leistungsfähigkeit ergäben sich nicht (IV-Nr. I 153, S. 8). Eine im Übrigen von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinander zu setzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 110 f. E.

7.2.2). Abschliessend bleibt zum geltend gemachten Ausstandsgrund der fehlenden Ergebnisoffenheit von Dr. med. N.\_\_\_\_ festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin bis zum Zeitpunkt des Beschwerdeverfahrens ■ wie dies die Beschwerdegegnerin zutreffend festgestellt hat ■ keine Ablehnungsgründe gegen Dr. med. N.\_\_\_\_ vorgebracht hat.

6.2 Mit Blick auf die vorstehend zusammengefassten Feststellungen und Überlegungen erscheint es zwar plausibel und nachvollziehbar, wenn der Gutachter Dr. med. N.\_\_\_\_ zum Schluss gelangt, aufgrund der ihm vorliegenden Unterlagen, der eigenanamnestischen Angaben und des weitgehend unauffälligen psychopathologischen Befunds könne kein psychischer Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden (IV-Nr. I 115, S. 20 ff.). Sein Gutachten wird somit auch den allgemeinen inhaltlichen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme grundsätzlich gerecht. Diese Beurteilung ist in erster Linie für den Zeitpunkt der Begutachtung vom 18. April 2013 bzw. der Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 25. Februar 2013 zu verstehen, wie dies Dr. med. P.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 28. Juli 2014 begründet hat; davon, dass er die Expertise expressis verbis ■ so die Beschwerdeführerin (A.S. I 62) ■ für nicht überzeugend halte, kann keine Rede sein. Allerdings hat es der Gutachter in seiner Stellungnahme vom 26. November 2013 ausgeschlossen, dass die Beschwerdeführerin seit Oktober 2007 jemals in psychischer Hinsicht erkrankt sei, was in der Folge ihre zumutbare, medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit andauernd um 20 % oder mehr eingeschränkt hätte (IV-Nr. I 137, S. 2 ff.). Er sieht vorab krankheitsfremde Faktoren als Ursache dafür, dass die Beschwerdeführerin keiner Arbeitstätigkeit nachgehen könne (vgl. IV-Nr. 153, S. 6). Damit hat der Gutachter zu verstehen gegeben, dass die Beschwerdeführerin seiner Ansicht nach weder in der Zeit nach Oktober 2007 bis zum Zeitpunkt der gutachterlichen Beurteilung im April 2013 jemals in ihrer Arbeitsfähigkeit in einem Ausmass eingeschränkt gewesen sei, welche ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen verunmöglicht habe; dies impliziert einen seit Oktober 2007 unveränderten Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin, mithin auch keine allfällige Verbesserung desselben im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. med. N.\_\_\_\_. Was den Zeitraum von Ende 2007 bis Ende Januar 2013 anbelangt, ist jedoch von der schlüssigen Beurteilung von Dr. med. P.\_\_\_\_ vom 28. Juli 2014 auszugehen, der als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH die Einschätzung der L.\_\_\_\_ vom 27. Mai 2011 als jene qualifiziert hat, die der Realität am nächsten komme (IV-Nr. 153, S. 10). In diesem Gutachten haben die Ärztinnen der L.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin attestiert, sowohl in der bisherigen als auch in einer den Störungen angepassten Tätigkeit lediglich noch zu 50 % leistungsfähig zu sein (IV-Nr. 98, S. 20 ff.). Dazu hat die RAD-Ärztin Dr. med. I.\_\_\_\_ am 3. April 2012 zwar ausgeführt, für die Psychiaterin sei die subjektive Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin im Vordergrund der Beurteilung gestanden. An der Vollständigkeit und Aussagekraft des Gutachtens seien ihrer Meinung nach Zweifel zu hegen, weshalb eine Zweitmeinung einzuholen sei (IV-Nr. 105, S. 3 ff.). Die Psychiatrie gehört allerdings ■ im Gegensatz zu RAD-Arzt Dr. med. P.\_\_\_\_ ■ nicht zu ihrem Fachgebiet, weshalb ihrer Einschätzung eine eingeschränkte Beweiskraft zukommt. Folglich ist es als erstellt zu betrachten, dass die Beschwerdeführerin nicht nur in der Zeit von Oktober 2007 bis Mai 2013 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen ist. Vielmehr ist auch ab 1. Juni 2013 von einer andauernden Arbeitsunfähigkeit von 50 % auszugehen, zumal eine Verbesserung ihres Gesundheitszustands im Gutachten von Dr. med. N.\_\_\_\_ ■ wie vorstehend dargelegt ■ nicht festgestellt wurde. Somit hat die Beschwerdeführerin auch nach Ende Mai 2013 weiterhin Anspruch auf eine halbe IV-Rente.

7. Zu beantworten bleibt die Frage, wie es sich mit dem durch die Beschwerdeführerin veranlassten Gutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ vom 25. November 2013 verhält (IV-Nr. I 140, S. 4 ff.).

7.1 Die Beschwerdeführerin hat dazu einzig vorgebracht, auch die Einschätzungen von Dr. med. O.\_\_\_\_ würden von jenen von Dr. med. N.\_\_\_\_ abweichen. Dazu komme, dass erstmals Dr. med. O.\_\_\_\_ eine ADHS und im Erwachsenenalter diagnostiziert habe (A.S. I 61). Offensichtlich ist sie der Meinung, es sei auf seine Einschätzung abzustellen, der ihr im Gutachten vom 25. November 2013 eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % attestiert hat. Die Beschwerdegegenerin hat sich dazu nicht geäußert.

7.2 Bekanntlich hat Dr. med. P.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 28. Juli 2014 festgehalten, dass das Hauptkriterium bei der durch Dr. med. O.\_\_\_\_ diagnostizierten Persönlichkeitsstörung nicht erfüllt, mithin die berufliche Leistungsfähigkeit in IV-rechtlicher Hinsicht nicht beeinträchtigt sei. Das Gleiche gelte seiner Meinung nach für die von Dr. med. O.\_\_\_\_ neu aufgebrachte Diagnose eines ADHS. Auch hier könnten keine wesentlichen Auswirkungen in Ausbildung und Berufsausübung erkannt werden. Dr. med. O.\_\_\_\_ selbst habe auf Seite 32 (seines Gutachtens) festgehalten, die diagnostisch relevante Zeit um 1965 sei retrospektiv schwierig zu explorieren. Dazu komme ■ so Dr. med. P.\_\_\_\_ ■, dass die von ihm dennoch aufgegriffenen damaligen Symptome auch zwanglos unter anderen Problematiken im Kindes- und Jugendalter eingeordnet werden könnten, z. B. als Reaktionsbildung unter belastenden Lebensumständen. Die Vielfalt der Diagnostik allein sage über die Leistungsfähigkeit einer versicherten Person wenig aus. Es bestehe gerade im versicherungsmedizinischen Kontext die Gefahr, dass ein explizites Abfragen aller denkbaren Symptome (Gutachten Dr. med. O.\_\_\_\_, S. 25, Ziff. 5.2, systematisch explorierte aktuelle Beschwerden) viele bestätigende Antworten zur Folge habe, so dass auch entsprechend viele verschiedene Differentialdiagnosen gestellt werden könnten. Hier dann zwischen echten und vermeintlichen Komorbiditäten zu unterscheiden ■ so Dr. med. P.\_\_\_\_ ■, sei eine grosse Herausforderung (IV-Nr. I 153, S. 9). Dazu hat denn auch Dr. med. N.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 9. April 2014 ausgeführt, dass nicht jegliche erfragte Beschwerden in der Aneinanderreihung der entsprechenden Items auf eine eigenständige psychiatrische Erkrankung schliessen liessen (IV-Nr. I 147, S. 2). Im Weiteren hat Dr. med. P.\_\_\_\_ festgestellt, beim Vergleich der beiden Zustandsbeschreibungen von Dres. N.\_\_\_\_ und O.\_\_\_\_ sei festzustellen, dass Dr. med. N.\_\_\_\_ einer psychopathologisch mehr oder weniger unauffälligen Versicherten gegenübergesessen sei, wogegen Dr. med. O.\_\_\_\_ neun Monate später mit einer leicht antriebsgesteigerten Person konfrontiert gewesen sei. Dr. med. N.\_\_\_\_ habe aufgrund der Befunde zur Beurteilung gelangen müssen, dass im Zeitpunkt der Untersuchung keine relevante psychiatrische Erkrankung vorgelegen habe. Dr. med. O.\_\_\_\_ habe sich im Gegensatz dazu die Frage stellen müssen, wie die Antriebssteigerung der Beschwerdeführerin mit Zappeligkeit, erhöhtem Redefluss, Ablenkbarkeit und Aufmerksamkeitsreduktion einzuordnen gewesen sei. Im Gutachten werde nicht klar ersichtlich, worauf Dr. med. O.\_\_\_\_ diese Symptomatik zurückführe. Ihm, Dr. med. P.\_\_\_\_, scheine am ehesten eine Agitiertheit bei depressiver Störung als dafür verantwortlich zu sein. Dr. med. O.\_\_\_\_ habe die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als Resultat des von ihm diagnostizierten Clusters von psychiatrischen Störungsbildern als massiv eingeschränkt, in der bisherigen Tätigkeit sogar als aufgehoben bezeichnet. Eine derartig ausgeprägte Limitierung sei anhand der geschilderten Symptomatik und in der Annahme, dass sowohl das fraglich vorhandene ADHS und die Persönlichkeitsauffälligkeiten als

stabile Zustände zu sehen seien, die die Ausbildung und die 27-jährige Berufstätigkeit nicht relevant eingeschränkt hätten, schlecht nachvollziehbar. Im November 2013, als Dr. med. O.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin untersucht habe, sei offenbar ■ so Dr. med. P.\_\_\_\_ ■ wieder ein psychopathologisches Zustandsbild erkennbar gewesen, das einer agitierten Depression entsprechen könnte. Er weise aber darauf hin, dass die Beschwerdeführerin damals keine Antidepressiva mehr eingenommen und die behandelnde Psychiaterin nur noch selten aufgesucht habe. Somit wäre eigentlich zunächst die Wiederaufnahme einer konsequenten, fachärztlich-psychiatrischen Behandlung zu fordern, von der aufgrund des bisherigen Behandlungsverlaufs eine relevante Verbesserung erwartet werden könnte (IV-Nr. I 153, S. 10 f.).

7.3 Das Privatgutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ vom 25. November 2013 ist mit 65 Seiten sehr ausführlich gehalten. Es beruht neben den Vorakten auf zwei Explorationsgesprächen vom 13. und 19. November 2013 sowie auf fremdanamnestischen Angaben der Mutter und der Tochter der Beschwerdeführerin (vgl. IV-Nr. I 140, S. 4). Der Gutachter hat sich somit grundsätzlich auf eine umfassende Grundlage abstützen können. Indes lässt sich nicht übersehen, dass er seine Schlussfolgerungen im Wesentlichen aus den Angaben der Beschwerdeführerin und der weiteren befragten Personen sowie den Einschätzungen der behandelnden Ärzte abgeleitet hat. Auf diese Weise ist der Gutachter mit der zusätzlich zu diagnostizierenden ADHS-bezogenen Defizite zum Schluss gekommen, dass die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei; dass und wieweit einzelne Angaben hinterfragt worden wären, lässt sich dem Gutachten nicht entnehmen. Soweit sich der Gutachter auf frühere Stellungnahmen der behandelnden wie auch die Beschwerdeführerin begutachtenden Ärztinnen und Ärzte abstützt, geht er nicht darauf ein, dass die entsprechenden Beurteilungen teilweise auf unterschiedlichen, tatsächlichen Annahmen basieren. Vor diesem Hintergrund, und insbesondere in Beachtung der diesbezüglichen, nachvollziehbaren Ausführungen von Dr. med. P.\_\_\_\_, bildet das Privatgutachten keine taugliche Grundlage, um den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu beurteilen; dieses wird denn auch den Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme nicht gerecht. Zwar hat Dr. med. O.\_\_\_\_ beim Gutachten von Dr. med. N.\_\_\_\_ bemängelt, dieses erfülle die in den Leitlinien formulierten Ansprüche an ein IV-Gutachten nicht, sei diagnostisch unzureichend sensitiv und nicht nachvollziehbar (IV-Nr. I 140, S. 64). Die entsprechende Beurteilung bzw. seine Diskussion allfällig abweichender Beurteilungen in den Akten erschöpft sich jedoch weitgehend in Zitaten von Dr. med. N.\_\_\_\_; letzterer hat in seiner Stellungnahme vom 9. April 2014 u.a. ausgeführt, die Beschwerdeführerin nicht als primär psychisch erkrankt eingeschätzt zu haben aus der Überzeugung, die Vielfalt des «Normalen» akzeptieren zu müssen. Dabei müssten die Kriterien für die psychische Erkrankung in der Beurteilung der Angaben der versicherten Person selbst sowie der vorliegenden ärztlichen Berichte kritisch gewürdigt werden. Insofern könne auf die von Dr. med. O.\_\_\_\_ erwähnte Argumentation, der Gutachter (Dr. med. N.\_\_\_\_) erfasse die Symptome nicht genau genug, nur geantwortet werden, dass es sich beim Erfassen eines aktuellen psychischen bzw. psychopathologischen Befunds lediglich um eine Beobachtung der aktuellen Situation handle. Sämtliche Explorationen des betroffenen Menschen müssten selbst zu den Wochen bzw. Jahren zuvor einer Vielzahl unterschiedlicher Aussenfaktoren, insbesondere auch motivationaler Faktoren, unterliegen (IV-Nr. I 147, S. 2 f.). Insofern Dr. med. O.\_\_\_\_ die aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin weniger als eine Stunde dauernde Exploration durch Dr. med. N.\_\_\_\_ als unzureichend betrachtet, habe doch im Vergleich dazu seine

Exploration mehr aus sechs Stunden gedauert (IV-Nr. I 140, S. 59), ist Folgendes festzuhalten: Für den Beweiswert eines Gutachtens ist nicht die Dauer der Untersuchung massgebend, sofern der zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_246/2010 vom 11. Mai 2010 E. 2.2.2 und 9C\_664/2009 vom 6. November 2009 E. 3). Dazu hat Dr. med. N.\_\_\_\_ am 9. April 2014 im Übrigen bemerkt, dass selbst stundenlange Explorations einzelner Kriterien nicht überzeugend zur Diagnose einer eigenständigen primär psychischen Erkrankung führten (IV-Nr. I 147, S. 2).

7.4 Zu erinnern ist in diesem Zusammenhang daran, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und die Rechtsprechung der begutachtenden Person deshalb praktisch einen gewissen Spielraum gewährt, innerhalb dessen verschiedene medizinische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern dabei lege artis vorgegangen worden ist. Behandelnde und begutachtende Psychiater können, mit der gleichen Person als Patientin oder Explorandin in verschiedenen Zeitpunkten und Situationen konfrontiert, zu ganz unterschiedlichen Beurteilungen der psychischen Beeinträchtigungen und ■ invalidenversicherungsrechtlich entscheidend ■ deren Schweregrades mitsamt den sich daraus ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gelangen. Diese in der Natur der Sache begründete weitgehend fehlende Validierbarkeit («Reliabilität») psychiatrischer Diagnosen, namentlich im depressiven Formenkreis sowie bei den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen gemäss ICD-10, kann nicht automatisch zu Beweisweiterungen bei sich widersprechenden psychiatrischen Berichten und Expertisen führen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_661/2009 vom 29. September 2009 E. 3.2). Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; Urteil des Bundesgerichts I 701/05 vom 5. Januar 2007 E. 2 in fine, mit Hinweisen) kann eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise nicht stets in Frage gestellt und zum Anlass weiterer Abklärungen genommen werden, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn diese objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_558/2010 vom 27. Dezember 2010 E. 2.2.2, 8C\_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1 und Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 51/06 vom 19. September 2006 E. 3.1.2), wofür im vorliegenden Fall keine Anhaltspunkte vorliegen.

7.5 Zusammenfassend vermag das Privatgutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ die Beweiskraft des Administrativgutachtens von Dr. med. N.\_\_\_\_ grundsätzlich nicht zu erschüttern. Vielmehr bildet das Privatgutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ keinen Anlass, an der Zuverlässigkeit der Beurteilung von Dr. med. N.\_\_\_\_ zu zweifeln. Was die durch die Beschwerdeführerin nach Erlass der angefochtenen Verfügung geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustands seit 9. / 10. August 2015 (A.S. I 64) anbelangt, ist darauf im Rahmen einer allfälligen Neuanschuldung bei der Beschwerdegegnerin einzugehen. Weitere Abklärungen, insbesondere das Einholen eines psychiatrischen Gerichtsgutachtens (A.S. I 53) sowie eines Verlaufsberichts (A.S. I 101), sind nicht erforderlich.

8. Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Entscheid den Anspruch auf weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen verneint, ohne dies zu begründen (IV-Nr. I 170, S.

11). Sie hat die am 10. Februar 2009 eingeleiteten und anschliessend durchgeführten Eingliederungsmassnahmen (Belastbarkeits- und Aufbautraining) am 2. August 2011 abgeschlossen bzw. festgehalten, den Fall «als nicht «eingliederbar» abzuschliessen (IV-Nr. I 103). Die Beschwerdeführerin hat dazu in der Beschwerde nichts vorgetragen. Sie ist ■ wie vorstehend dargelegt ■ aufgrund des medizinischen Beweisergebnisses in ihrer bisherigen Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit seit Oktober 2007 noch zu 50 % arbeitsfähig. Allerdings ist im vorliegenden Fall von einer subjektiven Eingliederungsunfähigkeit auszugehen, weshalb die Voraussetzungen zur Gewährung von (weiteren) beruflichen Eingliederungsmassnahmen zu verneinen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_966/2011 vom 4. Mai 2012 E. 3.2 mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Folglich ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf (weitere) Eingliederungsmassnahmen verneint hat.

9. Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin ab 1. August 2008 bzw. über 30. Mai 2013 hinaus Anspruch auf eine (unbefristete) halbe Rente der Invalidenversicherung hat. Hingegen besteht kein Anspruch auf (weitere) Eingliederungsmassnahmen. Folglich ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. Die weitergehende Beschwerde ist hingegen abzuweisen.

## **E. 10**

10.1 Nach Art. 45 Abs. 1 ATSG übernimmt der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden. Diese Bestimmung bezieht sich auf alle Verwaltungsverfahren, die vom ATSG geregelt werden (Ueli Kieser: ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich 2015, Art. 45, Rz 15). Eine vergleichbare Bestimmung für den Bereich der Invalidenversicherung findet sich in Art. 78 Abs. 3 Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV). Eine Kostenübernahme gemäss dieser Bestimmung setzt ■ im Gegensatz zu Art. 45 Abs. 1 ATSG ■ voraus, dass eine Leistungszusprache erfolgt ist (Ueli Kieser, a.a.O., Rz 14).

10.2 Die infrage stehende Massnahme ist zur Beurteilung des Anspruchs unerlässlich, wenn dieselbe Massnahme im Rahmen der Untersuchungspflicht ebenfalls anzuordnen gewesen wäre, was jedoch ■ etwa wegen Verletzung des Gebots des raschen Handelns ■ nicht erfolgt ist. Nicht verlangt ist indessen, dass mit der Massnahme neue, von den bisherigen Resultaten abweichende Ergebnisse gewonnen werden; vielmehr reicht es aus, wenn die so gewonnenen Erkenntnisse für die Abklärung «verwendbar» sind. Von Bedeutung ist ferner, dass eine Kostenübernahme nicht voraussetzt, dass in der Folge eine Leistungszusprache erfolgt; denn es ist einzig verlangt, dass die Massnahme zur Beurteilung des Leistungsanspruchs unerlässlich gewesen ist. Nach der Rechtsprechung sind denn auch unter dem Titel Parteientschädigung die Kosten privat eingeholter Gutachten zu vergüten, soweit die Parteiexpertise für die Entscheidungsfindung unerlässlich gewesen ist. Zudem hält die Rechtsprechung fest, dass dieser Grundsatz für das Verwaltungsverfahren ausdrücklich in Art. 45 Abs. 1 ATSG festgehalten ist (Kieser, a.a.O., Rz 19 ff.).

10.3 Mit Verfügung vom 15. Januar 2015 hat es die Beschwerdegegnerin abgelehnt, die Kosten des Privatgutachtens von Dr. med. O. \_\_\_ vom 25. November 2013 zu übernehmen

(IV-Nr. II 162).

## **E. 11**

11.1 Die infrage stehende Massnahme ist zur Beurteilung des Anspruchs unerlässlich, wenn dieselbe Massnahme im Rahmen der Untersuchungspflicht ebenfalls anzuordnen gewesen wäre, was jedoch ■ etwa wegen Verletzung des Gebots des raschen Handelns ■ nicht erfolgt ist. Nicht verlangt ist indessen, dass mit der Massnahme neue, von den bisherigen Resultaten abweichende Ergebnisse gewonnen werden; vielmehr reicht es aus, wenn die so gewonnenen Erkenntnisse für die Abklärung «verwendbar» sind. Von Bedeutung ist ferner, dass eine Kostenübernahme nicht voraussetzt, dass in der Folge eine Leistungszusprache erfolgt; denn es ist einzig verlangt, dass die Massnahme zur Beurteilung des Leistungsanspruchs unerlässlich gewesen ist. Nach der Rechtsprechung sind denn auch unter dem Titel Parteientschädigung die Kosten privat eingeholter Gutachten zu vergüten, soweit die Parteixpertise für die Entscheidungsfindung unerlässlich gewesen ist. Zudem hält die Rechtsprechung fest, dass dieser Grundsatz für das Verwaltungsverfahren ausdrücklich in Art. 45 Abs. 1 ATSG festgehalten ist (Ueli Kieser, a.a.O., Rz 13 f.).

Im Folgenden ist demnach zu prüfen, ob das durch die Beschwerdeführerin veranlasste Parteigutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ für die Entscheidungsfindung unerlässlich gewesen ist und dessen Kosten zu den notwendigen Expertenkosten gehören (vgl. BGE 115 V 62 E. 5 S. 63).

11.2 Die Beschwerdeführerin lässt im Wesentlichen geltend machen, dass die Beschwerdegegnerin ohne das Gutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ keine weiteren Abklärungen vorgenommen und nicht im vorliegenden Sinne entschieden hätte. Dr. med. P.\_\_\_\_ habe das Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Störung bestätigt, wie sie im Übrigen nicht nur von den L.\_\_\_\_, sondern auch von Dr. med. O.\_\_\_\_ diagnostiziert worden sei. Die Privatexpertise sei bei der Entscheidungsfindung unerlässlich gewesen, so dass die Beschwerdegegnerin deren Kosten der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten habe (A.S. II 8).

11.3 Die Beschwerdegegnerin hält in der Beschwerdeantwort im Wesentlichen dagegen, dass das im Vorbescheidverfahren eingereichte Gutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ vom 25. November 2013 zwar Dr. med. N.\_\_\_\_ sowie dem RAD vorgelegt worden sei; daraus könne die Beschwerdeführerin jedoch nichts zu ihren Gunsten ableiten. Vielmehr entspreche dieses Vorgehen dem Untersuchungsgrundsatz, der unter anderem vorschreibe, dass alle Beweismittel, unabhängig von ihrer Herkunft, objektiv zu prüfen seien. Der RAD-Arzt habe empfohlen, für die Zeit ab Ende 2007 bis Januar 2013 auf das Gutachten der L.\_\_\_\_ vom 27. Mai 2011 und (erst) ab Februar 2013 auf das Gutachten von Dr. med. N.\_\_\_\_ abzustellen. Dem Gutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ sei somit für die Zusprache einer befristeten Rente letztlich keine entscheidungsrelevante Bedeutung zukommen, mithin nicht unerlässlich im Sinne von Art. 45 Abs. ATSG gewesen. Folglich habe keine Kostenübernahme durch die Beschwerdegegnerin zu erfolgen (A.S. II 33).

11.4 Die Beschwerdegegnerin hat zur Begründung des angefochtenen Entscheids angeführt, dass das Gutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ weder für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich gewesen sei noch Bestandteil der nachträglich zugesprochenen Leistungen bilde. Auf Empfehlung des RAD habe sie sich ■ so hat die Beschwerdegegnerin weiter angeführt ■ auf das Gutachten der L.\_\_\_\_ vom 27. Mai 2011 und auf die Begutachtung

durch Dr. med. N.\_\_\_\_ vom 18. April 2014 abgestellt (IV-Nr. II 162). Für die betreffenden Ausführungen der involvierten Ärzte bzw. Ärztinnen kann auf Erwägung II 4.10, 4.13 und 4.17 hiervor verwiesen werden.

11.5 Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ist bei der Leistungszusprache die Beurteilung von Dr. med. O.\_\_\_\_ nicht von Bedeutung gewesen. Von einer Beeinflussung des gegenüber dem Vorbescheid geänderten Rentenentscheids durch das Gutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ kann keine Rede sein. So hat die Beschwerdegegnerin ausgeführt, dass der Grund des Abweichens in der gegenüber Dr. med. N.\_\_\_\_ in der abweichenden Würdigung der Vorakten durch den RAD-Arzt gelegen habe. Dr. med. P.\_\_\_\_ habe das Gutachten von Dr. med. N.\_\_\_\_ insofern nicht für überzeugend gehalten, als dieser wenig auf die in früheren Zeitpunkten beschriebene Einschränkungen eingegangen sei, sondern in erster Linie zur Arbeitsfähigkeit im Zeitpunkt der Untersuchung Stellung genommen habe. Die von Dr. med. N.\_\_\_\_ geäußerte Vermutung, es habe möglicherweise nie eine depressive Einschränkung vorgelegen, habe der RAD-Arzt aufgrund der in den früheren Berichten als depressiv zu interpretierenden Symptome für nicht zulässig gehalten. Folglich habe sie ■ die Beschwerdegegnerin ■ auf die Empfehlung des RAD-Arztes abgestellt, für die Zeit ab Ende 2007 bis Januar 2013 die Beurteilung im Gutachten der L.\_\_\_\_ vom 27. Mai 2011 und (erst) ab Februar 2013 jene im Gutachten von Dr. med. N.\_\_\_\_ zu berücksichtigen. Dieses Vorgehen ist nachvollziehbar und zeigt zudem klar auf, dass für den Entscheid der Beschwerdegegnerin das Gutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ weder unerlässlich noch seine Beurteilung verwendbar gewesen ist. Vielmehr hat Dr. med. P.\_\_\_\_ die durch Dr. med. O.\_\_\_\_ beschriebene Symptomatik (Antriebssteigerung der Beschwerdeführerin ) als unklar und die bei der Beschwerdeführerin vorhandene, ausgeprägte Limitierung als schlecht nachvollziehbar beurteilt. Das Gutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ ■ so der RAD-Arzt ■ vermöge trotz seiner Ausführlichkeit nicht zu überzeugen (IV-Nr. II 153, S. 10).

11.6 Die Rechtsprechung hat die notwendigen Expertenkosten seit BGE 115 V 62 stets als Bestandteil des Parteientschädigungsanspruchs betrachtet. Voraussetzung ist jedoch ■ wie vorstehend bereits erwähnt ■, dass die Privatbegutachtung notwendig gewesen ist und einen unerlässlichen Bestandteil der materiellen Beurteilung gebildet hat (Urteil des Bundesgerichts 9C\_178/2010 vom 14. April 2010 E. 3 m.H.), wovon hier indes aufgrund der vorstehenden Erwägungen nicht auszugehen ist. Die Voraussetzungen hierfür sind nicht erfüllt, da keine pflichtwidrig unterlassene Abklärung durch die Verwaltung Anlass für das Einholen des Gutachtens von Dr. med. O.\_\_\_\_ geboten und dieses weder relevante neue Erkenntnisse gebracht hat noch diese bei der Entscheidungsfindung der Beschwerdegegnerin verwendet worden sind (s.a. Urteil 8C\_531/2014 vom 23. Januar 2015 E. 7 m.H., u.a. auf 9C\_178/2010). Die Beschwerdegegnerin hat daher einen Auslagenersatz zu Recht abgelehnt.

11.7 Folglich erweist sich die Beschwerde gegen die Verfügung vom 15. Januar 2015 als unbegründet, weshalb diese abzuweisen ist.

## **E. 12.1**

12.1.1 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten, die vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen werden (Art. 61 lit. g ATSG).

12.1.2 Praxisgemäss gilt es unter dem Aspekt des Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 132 V 215 E. 6.2 S. 235 mit Hinweisen) bzw. wie hier festgestellt wird, dass der Beschwerdeführerin eine unbefristete IV-Rente zusteht. Soweit die Frage der Rente betreffend, hat sie somit Anspruch auf eine volle Parteientschädigung, die durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist.

12.1.3 Der Vertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Kostennote vom 18. April 2016 für den Zeitraum vom 23. September 2015 bis 18. April 2016 einen Zeitaufwand von 11,27 Stundengeld gemacht, was bei einem Stundenansatz von CHF 240.00 einem Honorar (inkl. Auslagen und MwSt) von CHF 3'059.55 entspricht (A.S. I 107 f.). Ferner führt er in der Honorarnote vom 27. September 2017 für die Zeit vom 11. Mai 2017 bis 27. September 2017 einen Zeitaufwand von 3,55 Stunden bzw. einen Aufwand von insgesamt CHF 957.95 (inkl. Auslagen und MwSt) an. Der geltend gemachte Aufwand in beiden Kostennoten enthält allerdings auch Kanzleiarbeit, die im Stundenansatz eines Anwalts inbegriffen und daher nicht separat zu entschädigen ist. Bei nicht eindeutig bezeichneten Positionen (wie «Brief an Klient») geht das Gericht praxisgemäss von Orientierungskopien oder sonstigem Kanzleiaufwand aus. Vorliegend entfallen auf Positionen, die als Kanzleiaufwand oder prozessfremder Aufwand (z.B. Bemühungen für im Verfahren nicht involvierte Personen [Soziale Dienste, Dr. med. H. \_\_\_ etc.]) bzw. als doppelt verrechneter Aufwand (nachprozessualer Aufwand) zu qualifizieren sind, insgesamt 3,20 Stunden. Folglich ist ein Zeitaufwand von 11 3/5 Stunden zu entschädigen.

Die geltend gemachten Auslagen von insgesamt CHF 163.10 sind in Beachtung von § 158 Abs. 5 GT für Fotokopien werden nach wie vor 50 Rappen pro Stück vergütet und in V.m. § 157 Abs. 3 GT sowie § 161 lit. a Gesamtarbeitsvertrag (GAV) zu kürzen bzw. auf CHF 116.00 festzusetzen. Folglich hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 3'132.00 zu bezahlen (11 3/5 Stunden zu CHF 240.00, zuzgl. Auslagen und MwSt).

#### **E. 12.1.1**

Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten, die vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen werden (Art. 61 lit. g ATSG).

#### **E. 12.1.2**

Praxisgemäss gilt es unter dem Aspekt des Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 132 V 215 E. 6.2 S. 235 mit Hinweisen) bzw. wie hier festgestellt wird, dass der Beschwerdeführerin eine unbefristete IV-Rente zusteht. Soweit die Frage der Rente betreffend, hat sie somit Anspruch auf eine volle Parteientschädigung, die durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist.

### **E. 12.1.3**

Der Vertreter der Beschwerdeführer in hat in seiner Kostennote vom 18. April 2016 für den Zeitraum vom 23. September 2015 bis 18. April 2016 einen Zeitaufwand von 11,27 Stunden geltend gemacht, was bei einem Stundenansatz von CHF 240.00 einem Honorar (inkl. Auslagen und MwSt) von CHF 3'059.55 entspricht (A.S. I 107 f.). Ferner führt er in der Honorarnote vom 27. September 2017 für die Zeit vom 11. Mai – 27. September 2017 einen Zeitaufwand 3,55 Stunden bzw. einen Aufwand von insgesamt CHF 957.95 (inkl. Auslagen und MwSt) an. Der geltend gemachte Aufwand in beiden Kostennoten enthält allerdings auch Kanzleiarbeit, die im Stundenansatz eines Anwalts inbegriffen und daher nicht separat zu entschädigen ist. Bei nicht eindeutig bezeichneten Positionen (wie «Brief an Klient») geht das Gericht praxisgemäss von Orientierungskopien oder sonstigem Kanzleiaufwand aus. Vorliegend entfallen auf Positionen, die als Kanzleiaufwand oder prozessfremder Aufwand (z.B. Bemühungen für im Verfahren nicht involvierte Personen [Soziale Dienste, Dr. med. H. \_\_\_ etc.]) bzw. als doppelt verrechneter Aufwand (nachprozessualer Aufwand) zu qualifizieren sind, insgesamt 3,20 Stunden. Folglich ist ein Zeitaufwand von 11 3/5 Stunden zu entschädigen. Die geltend gemachten Auslagen von insgesamt CHF 163.10 sind in Beachtung von § 158 Abs. 5 GT – für Fotokopien werden nach wie vor 50 Rappen pro Stück vergütet – und i.V.m. § 157 Abs. 3 GT sowie § 161 lit. a Gesamtarbeitsvertrag (GAV) zu kürzen bzw. auf CHF 116.00 festzusetzen. Folglich hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 3'132.00 zu bezahlen (11 3/5 Stunden zu CHF 240.00, zuzgl. Auslagen und MwSt).

### **E. 12.2**

12.2.1 Was die angefochtene Verfügung vom 15. Januar 2015 (Kostengutsprache) anbelangt, ist die Kostenforderung bei Unterliegen der im vorliegenden Fall ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege stehenden Partei (A.S. I 90) vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO).

12.2.2 In der das Beschwerdeverfahren um Kostenübernahme betreffenden Honorarnote vom 2. Mai 2016 stellt der Vertreter der Beschwerdeführerin für den Zeitraum vom 18. Februar 2015 bis 2. Mai 2016 einen Aufwand von 7,3 Stunden bzw. ein Honorar von insgesamt CHF 2'039.05 in Rechnung (A.S. I 112 f.). Der geltend gemachte Aufwand enthält allerdings auch Kanzleiarbeit, die im Stundenansatz eines Anwalts inbegriffen und daher nicht separat zu entschädigen ist. Bei nicht eindeutig bezeichneten Positionen (wie «Brief an Klient») geht das Gericht praxisgemäss von Orientierungskopien oder sonstigem Kanzleiaufwand aus. Vorliegend entfallen auf Positionen, die als Kanzleiaufwand oder prozessfremder Aufwand (z.B. Bemühungen für im Verfahren nicht involvierte Personen [Soziale Dienste] bzw. als bereits entschädigter Aufwand (vgl. E. II 13.1.2 hiervor [Vorbereitung auf Verhandlung etc.]) zu qualifizieren sind, insgesamt 4,62 Stunden. Somit ist ein Zeitaufwand von 2 3/5 Stunden zu entschädigen, und zwar zum Stundenansatz als unentgeltlicher Rechtsbeistand nach § 158 Abs. 3 Gebührentarif (GT) bzw. zu CHF 180.00.

Die geltend gemachten Auslagen von insgesamt CHF 136.00 sind in Beachtung von § 158 Abs. 5 GT für Fotokopien werden nach wie vor 50 Rappen pro Stück vergütet sowie mit Blick auf bereits entschädigten Aufwand (vgl. E II 13.1.2 hiervor [Fahrtspesen]) zu kürzen bzw. auf CHF 54.00 festzusetzen. Folglich beträgt die Kostenforderung als unentgeltlicher Rechtsbeistand CHF 564.00 (2 3/5 Stunden zu CHF 180.00, zzgl. Auslagen und MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten

bleiben der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistands (2 3/5 Stunden zu CHF 240.00, zzgl. Auslagen und MwSt) im Umfang von CHF 168.00 während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO).

13. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin an die Verfahrenskosten von CHF 1■000.00 einen Anteil von CHF 250.00 zu bezahlen, der jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen ist (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Der verbleibende Anteil von CHF 750.00 hat die Beschwerdegegnerin zu bezahlen.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde gegen die Verfügungen der Beschwerdegegnerin vom 15. September 2015 wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, als festzustellen ist, dass die Beschwerdeführerin über 31. Mai 2013 hinaus Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung hat. Die weitergehende Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Beschwerde gegen die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 15. Januar 2015 wird abgewiesen.

3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von CHF 3'132.00 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.

4. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistands, Rechtsanwalt Claude Wyssmann wird auf CHF 564.00 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleiben der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistands (2 3/5 Stunden zu CHF 240.00, zzgl. Auslagen und MwSt) im Umfang von CHF 168.00 während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

5. Die Beschwerdeführerin hat an die Verfahrenskosten von CHF 1■000.00 einen Anteil von CHF 250.00 zu bezahlen, der infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen ist. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Den verbleibenden Anteil von CHF 750.00 hat die Beschwerdegegnerin zu bezahlen.

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

### **E. 12.2.1**

Was die angefochtene Verfügung vom 15. Januar 2015 (Kostengutsprache) anbelangt, ist die Kostenforderung bei Unterliegen der im vorliegenden Fall ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege stehenden Partei (A.S. I 90) vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO).

### **E. 12.2.2**

In der das Beschwerdeverfahren um Kostenübernahme betreffenden Honorarnote vom 2. Mai 2016 stellt der Vertreter der Beschwerdeführerin für den Zeitraum vom 18. Februar 2015 bis 2. Mai 2016 einen Aufwand von 7,3 Stunden bzw. ein Honorar von insgesamt CHF 2'039.05 in Rechnung (A.S. I 112 f.). Der geltend gemachte Aufwand enthält allerdings auch Kanzleiarbeit, die im Stundenansatz eines Anwalts inbegriffen und daher nicht separat zu entschädigen ist. Bei nicht eindeutig bezeichneten Positionen (wie «Brief an Klient») geht das Gericht praxisgemäss von Orientierungskopien oder sonstigem Kanzleiaufwand aus. Vorliegend entfallen auf Positionen, die als Kanzleiaufwand oder prozessfremder Aufwand (z.B. Bemühungen für im Verfahren nicht involvierte Personen [Soziale Dienste) bzw. als bereits entschädigter Aufwand (vgl. E. II 13.1.2 hiervor [Vorbereitung auf Verhandlung etc.]) zu qualifizieren sind, insgesamt 4,62 Stunden. Somit ist ein Zeitaufwand von  $2 \frac{3}{5}$  Stunden zu entschädigen, und zwar zum Stundenansatz als unentgeltlicher Rechtsbeistand nach § 158 Abs. 3 Gebührentarif (GT) bzw. zu CHF 180.00. Die geltend gemachten Auslagen von insgesamt CHF 136.00 sind in Beachtung von § 158 Abs. 5 GT – für Fotokopien werden nach wie vor 50 Rappen pro Stück vergütet – sowie mit Blick auf bereits entschädigten Aufwand (vgl. E II 13.1.2 hiervor [Fahrtspesen]) zu kürzen bzw. auf CHF 54.00 festzusetzen. Folglich beträgt die Kostenforderung als unentgeltlicher Rechtsbeistand CHF 564.00 ( $2 \frac{3}{5}$  Stunden zu CHF 180.00, zzgl. Auslagen und MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleiben der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistands ( $2 \frac{3}{5}$  Stunden zu CHF 240.00, zzgl. Auslagen und MwSt) im Umfang von CHF 168.00 während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). 13. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin an die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 einen Anteil von CHF 250.00 zu bezahlen, der jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen ist (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Der verbleibende Anteil von CHF 750.00 hat die Beschwerdegegnerin zu bezahlen.

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