

# **SO\_GERICHTE VSBES.2018.102 vom 6. Mai 2020**

SO Obergericht, 2020-05-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2018.102\\_d20200506](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.102_d20200506)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2018.102 du 6 mai 2020

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2018.102 del 6 maggio 2020

## **Regeste**

Invalidenrente und berufliche Eingliederungsmassnahmen

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Die 1962 geborene Versicherte A.\_\_\_\_ meldete sich am 19. Mai 2017 unter Angabe von «Depression» als gesundheitliche Beeinträchtigung bei der Invalidenversicherungs-Stelle des Kantons Solothurn (IV-Stelle) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle [IV-Nr.] 2). Seit dem 13. Februar 2017 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die IV-Stelle holte daraufhin Unterlagen des Krankentaggeldversicherers B.\_\_\_\_ (IV-Nrn. 11, 12, 15) sowie einen Arbeitgeberfragebogen vom 21. Juni 2017 (IV-Nr. 14) ein und verneinte mit Vorbescheid vom 24. Juli 2017 (IV-Nr. 16) einen Anspruch auf eine Rente und berufliche Massnahmen der Invalidenversicherung mangels Vorliegens eines längerdauernden Gesundheitsschadens, welcher eine andauernde Erwerbsunfähigkeit zu begründen vermöchte. Dagegen erhob die Beschwerdeführerin am 4. August 2017 Einwände (IV-Nr. 20) und kündigte unter anderem einen psychiatrischen Bericht an, der in der Folge am 19. Oktober 2017 (IV-Nr. 24) von Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstellt worden ist.

1.2 Mit Verfügung vom 12. März 2018 bestätigte die IV-Stelle den Vorbescheid und verneinte einen Anspruch der Versicherten auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente (IV-Nr. 31; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.).

### **E. 2**

2.1 Am 10. April 2018 lässt die Versicherte (fortan: Beschwerdeführerin) beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn form- und fristgerecht Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen (A.S. 5 ff.):

2.2 Die IV-Stelle (fortan: Beschwerdegegnerin) reicht am 22. Juni 2018 (A.S. 25 f.) eine ausführliche Beschwerdeantwort ein und beantragt, die Beschwerde sowie der Antrag zur Durchführung einer Begutachtung seien abzuweisen.

2.3 Die Beschwerdeführerin hält mit Replik vom 29. Juni 2018 an ihren Anträgen fest (A.S. 30 ff.).

3. Mit Verfügung vom 30. August 2018 zieht das Versicherungsgericht die Akten des Krankentaggeldversicherers B.\_\_\_\_ (inkl. Gutachten der Untersuchung vom 24. August 2018 durch Dr. med. D.\_\_\_\_) zum Verfahren bei (A.S. 41).

4. Die Parteien halten mit Eingaben vom 27. September 2018 (Beschwerdeführerin; A.S. 45) resp. 15. Oktober 2018 (Beschwerdegegnerin; A.S. 48 f.) an ihren Anträgen fest.

5. Der Vertreter der Beschwerdeführerin reicht am 7. November 2018 (A.S. 52 ff.) eine Kostennote ein.

### **E. 2.1**

hievor) wie folgt abändern:

Gleichzeitig reicht der Vertreter der Beschwerdeführerin eine aktualisierte Kostennote zu den Akten (A.S. 134 ff.). Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Stellungnahme zum Gutachten vom 13. September 2019 (vgl. A.S. 138).

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

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

2.

2.1 Die Beschwerdeführerin macht mit Beschwerde vom 10. April 2018 (A.S. 4 ff.) und Replik vom 29. Juni 2018 (A.S. 30 ff.) geltend, die Beschwerdegegnerin verletze Bundesrecht, soweit sie eine Invalidität mit der Begründung verneine, die depressive Gesundheitsstörung der Beschwerdeführerin sei auf ihre schwierige Arbeitsplatzsituation bei ihrem letzten Arbeitgeber, die erfolgte Kündigung sowie ihre familiäre Situation zurückzuführen. Es treffe nicht zu, dass sich psychosoziale Belastungsfaktoren im Sinne der Rechtsprechung des Bundesgerichts nicht invalidisierend auswirkten. Weiter lägen medizinische Akten vor, welche erhebliche Zweifel weckten an der versicherungsmedizinischen Beurteilung durch den regionalen ärztlichen Dienst (RAD), worauf sich die angefochtene Verfügung stütze, weshalb zur Klärung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin eine unabhängige Begutachtung durchzuführen sei. Bei der RAD-Beurteilung handle es sich ausschliesslich um ein Aktengutachten, eine persönliche Untersuchung habe nicht stattgefunden. Zudem lägen keine schlüssigen medizinischen Ausführungen vor, die eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im anwendbaren strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 2018 erlauben würden. Schliesslich habe die genetische Analyse im Labor [...] am 9. Mai 2018 aufgezeigt, dass die bei der Beschwerdeführerin nachgewiesene genetische Variante das Therapieansprechen von Antidepressiva beeinflussen könne. Dies erkläre teilweise, weshalb die Beschwerdeführerin mit einer schweren Depression trotz Kooperation und Einnahme der verordneten Medikamente nicht so schnell gesund werden könne wie eine andere Versicherte, welche die nachgewiesene genetische Variante nicht aufweise.

2.2 Die Beschwerdegegnerin hält dem in ihrer Beschwerdeantwort vom 22. Juni 2018 (A.S. 25 f.) entgegen, es treffe nicht zu, dass auf die RAD-Stellungnahme nicht abgestellt werden könne, wenn keine ärztliche Untersuchung durchgeführt worden sei. Der vorliegende RAD-Bericht genüge den beweisrechtlichen Anforderungen und sei durch einen Arzt verfasst worden, welcher über die im vorliegenden Fall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfüge. Die ausführliche RAD-Stellungnahme sei stringent und weise in materieller Hinsicht Gutachtensqualität auf.

3.

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

3.2 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall wird eine gesundheitliche Beeinträchtigung seit 13. Februar 2017 geltend gemacht, d.h. eine rentenbegründende Invalidität kann erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit im Februar 2018 vorliegen. Der Rentenanspruch wiederum entsteht ■ sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind ■ frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Anmeldung am 19. Mai 2017, IV-Nr. 2), was hier somit im November 2017 der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch kann vorliegend aufgrund der einjährigen Wartezeit demnach frühestens ab 1. Februar 2018 gegeben sein. Damit sind die ab 1. Januar 2012 geltenden Bestimmungen der 6. IV-Revision massgebend.

3.3 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

3.4 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wiederherzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Die Eingliederungsmassnahmen bestehen u.a. in Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe; Art. 8 Abs. 3 lit. b IVG).

4.

4.1 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip

der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) auf: Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2007 vom 9. April 2008, E. 2.2.1 mit weiteren Hinweisen). Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.).

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

4.3 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; Urteil des Bundesgerichts 9C\_888/2011 vom 13. Juni 2012 E. 4.2). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.4 Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nicht ohne zwingende Gründe von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder, wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 352 E. 3b/aa S. 352 f.).

4.5 Auch den Berichten von versicherungsinternen medizinischen Fachpersonen sowie von ständigen Vertrauensärzten eines Versicherungsträgers hat die Rechtsprechung stets Beweiswert zuerkannt. Ihnen kommt jedoch praxismässig nicht dieselbe Beweiskraft wie

einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zu. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). 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).

5. Bei Erlass der Verfügung vom 12. März 2018 lagen der Beschwerdegegnerin im Wesentlichen die folgenden für die Anspruchsbeurteilung relevanten medizinischen Unterlagen vor:

5.1 Dem Arztbericht der Hausärztin der Beschwerdeführerin, Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin, vom 4. Juli 2017 (IV-Nr. 15 S. 2 ff.) zuhanden des Krankentaggeldversicherers B.\_\_\_\_ lassen sich folgende Diagnosen entnehmen:

Dr. med. G.\_\_\_\_ stellt die Diagnose der reaktiven Depression aufgrund mehrerer einschneidender Erlebnisse 2016 und suboptimaler Unterstützung seitens der Vorgesetzten. Nur die reaktive Depression beeinflusse die Arbeitsfähigkeit. Die Prognose bezüglich Arbeitsfähigkeit sei nach behandelter Depression gut. Der gesundheitliche Vorzustand der Beschwerdeführerin sei sehr gut, die Arbeitsfähigkeit trotz starken Anforderungen im Arbeitsumfeld und schwerer körperlicher Erkrankung immer erhalten gewesen. Aktuell sei der psychische Zustand noch nicht stabilisiert. Körperliche Einschränkungen bestünden keine. Zu der Frage, ob psychosoziale bzw. sozio-kulturelle Belastungsfaktoren einen Einfluss auf die Schwere der Depression hätten, äussert sich Dr. med. G.\_\_\_\_ dahingehend, zusätzlich belastend sei die fehlende Kooperation der Vorgesetzten mit ungenügender Empathiefähigkeit, nicht angepasster Arbeitsmenge und -anforderungen an das reduzierte Arbeitspensum gewesen. Es werde mit einer 100%igen Wiederherstellung des Gesundheitszustandes und der Rückkehr in die Arbeitswelt gerechnet. Dr. med. G.\_\_\_\_ führt aus, die Arbeitsfähigkeit betrage aktuell und bis auf Weiteres wegen der noch psychischen Instabilität und Rückfallgefahr bei Belastung 0 % (Krankschreibung zu 100 % seit 13. Februar [2017]). Dies sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer angepassten Verweistätigkeit. Aus körperlicher Sicht bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit keine Einschränkung.

5.2 Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellt in seinem Bericht vom 19. Oktober 2017 (IV-Nr. 24) die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1). Anamnestisch zeigten sich multiple Belastungsfaktoren, die Umsiedlung von Zürich aus beruflichen Gründen, bei der Letztanstellung eine starke Belastung durch Differenzen mit der Vorgesetzten (kritisierend, fordernd), eine schwere Doppelbelastung der Schwester, die plötzlich ihren Mann verliere und Brustkrebs bekomme, woraufhin die Beschwerdeführerin eine mittelschwere depressive Episode entwickelt habe mit Konzentrations- und Merkfähigkeitsminderung, Grübeln (über berufliche Zukunft, ob nahen Angehörigen etwas zustossen könnte), schnell weinen müssen, Antriebsminderung, rasche Erschöpfbarkeit, Freud- und Interessenlosigkeit, Ein- und Durchschlafstörungen. Unter der Vormedikation sei keine Therapieresponse erfolgt. Die psychiatrische Anamnese sei bland, bis auf eine sechswöchige übliche Trauerreaktion als beide Eltern im Jahr 2004 innerhalb von zwei Wochen verstorben seien.

Pharmakologisch bestehe eine schwer einstellbare mittelschwere depressive Episode, eine hohe Nebenwirkungssensitivität aber eine gute Kooperation im Behandlungsplan. Es lägen noch eine deutliche Energieeinbusse, bedrückte Stimmung und Konzentrations- und Gedächtniseinbusse vor (Letzteres möglicherweise unter Schlafstörungen, daher nach wie vor Arbeitsunfähigkeit von 100 %). Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_ führt aus, die Symptomatik sei bisher stadiengerecht behandelt worden. Es werde eine kurative Behandelbarkeit trotz Resistenz erwartet, da die Beschwerdeführerin verlässlich im Behandlungsplan kooperiere.

5.3 RAD-Arzt, Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hält in seiner Beurteilung vom 15. November 2017 (IV-Nr. 26) fest, gesamthaft erscheine es nach den vorliegenden medizinischen und sonstigen Informationen ausgewiesen und gut nachvollziehbar, dass es bei der bislang nie psychisch auffälligen Beschwerdeführerin, die sich durch hohen Einsatz und Leistungsbereitschaft auszeichne und es damit zu grossen beruflichen Erfolgen gebracht habe, im Rahmen psychosozialer Belastungen (Konflikte am Arbeitsplatz, familiäre Belastungen) zu einer schweren psychischen Krise mit ängstlich-unsicher-depressiven Symptomen gekommen sei. Die Einschätzung des RAD, wonach es sich hierbei nicht um einen anhaltenden Gesundheitsschaden im Sinne des ATSG handeln dürfte, spiegle sich auch in den Diagnosen «reaktive Depression» bzw. «depressive Episode» der Behandelnden wider, die die Ursachen der Krise ebenfalls in den psychosozialen Be- und Überlastungen sähen und für deren Überwindung eine gute Prognose stellten. Intrapsychisch scheine (gemäss Eigenauskünften der Beschwerdeführerin) eine Konstellation vorzuliegen, bei der zur Stabilisierung des Selbstwertgefühls und Selbstbildes der Beschwerdeführerin einer erfolgreichen beruflichen Karriere und dem damit verbundenen hohen Ansehen eine erhebliche, vielleicht gar überwiegende und vorrangige Bedeutung zukomme. Diese, auf neurotischen Mustern und Fehlhaltungen beruhenden problematischen Einstellungen und die daraus resultierenden Handlungsweisen hätten die Beschwerdeführerin einerseits zu den enormen Leistungen angetrieben, erwiesen sich nun aber andererseits im Falle des Scheiterns dieses Konzeptes gleichermassen als fatale Belastung ohne bislang adäquate Alternative. Nach der Einschätzung des RAD sei nicht zu erwarten, dass die vorliegende schwere narzisstische Kränkung bzw. Verunsicherung der Beschwerdeführerin resp. deren tiefere neurotische Ursachen durch eine, und sei sie noch so ausgefeilt, medikamentöse Therapiestrategie behoben oder verändert werden könne ■ dies bleibe die Domäne eines auf Einsicht beruhenden psychotherapeutischen Veränderungsprozesses. Die Aussage der Behandler, es handle sich um eine medikamentös schwer behandelbare depressive Episode, erscheine einerseits nur offensichtlich naheliegend, wie andererseits auch an der Sache vorbeigehend. Dr. med. I.\_\_\_\_ hält weiter fest, bei Fehlen einer erheblichen Komorbidität könne eine völlige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin durch eine, noch dazu ihrem Wesen nach vorübergehende, mittelgradig ausgeprägte depressive Episode nicht begründet werden. Die ausgewiesene 100%ige Arbeitsunfähigkeit erscheine von daher einerseits der speziellen Arbeitssituation der Beschwerdeführerin und therapeutischen Überlegungen geschuldet, beispielsweise da eine Rückkehr an den letzten Arbeitsplatz der Beschwerdeführerin nach den dortigen Ereignissen nicht zumutbar wäre, während sie andererseits den explizit im Einwandschreiben von der Beschwerdeführerin geäusserten Wünschen entgegensteht, durch berufliche Massnahmen der Invalidenversicherung bei der Wiedereingliederung unterstützt zu werden. Für die Rückkehr der Beschwerdeführerin in eine derart beanspruchende und fordernde Leitungsaufgabe (wie zuletzt) erscheine sie mit den derzeit noch vorliegenden Einschränkungen allerdings aktuell kaum geeignet. Ob sie überhaupt

angestrebt werden sollte, müsse im Verlauf des Therapieprozesses geklärt werden. Für eine, aus Sicht des RAD mögliche Erwerbstätigkeit in weniger exponierten Stellungen und Leitungsaufgaben dürfte es der Beschwerdeführerin (möglicherweise wiederum und derzeit noch) an der entsprechenden Bereitschaft fehlen, da dies eine Korrektur des inneren Selbstbildes und eine andere Abstützung des Selbstwertgefühls bei der Beschwerdeführerin voraussetzen würde.

6. Im Beschwerdeverfahren reichte die Beschwerdeführerin weitere medizinische Berichte ein; zudem wurden die Akten des Krankentaggeldversicherers B.\_\_\_\_ beizugezogen (vgl. E. I. 3 hievov). Diesen zusätzlichen Unterlagen ist insbesondere Folgendes zu entnehmen:

6.1 Dem von Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, im Auftrag des Krankentaggeldversicherers B.\_\_\_\_ erstellten psychiatrischen Gutachten vom 11. Januar 2018 (Beschwerdebeilage [BB] 3; B.\_\_\_\_-Akten Nr. 17 S. 2 ff.) lässt sich folgende Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit entnehmen:

Restsymptome einer Anpassungsstörung vom Ausmass einer leichten depressiven Episode, ICD-10: F32.0, in Kombination mit Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls und ängstlich getönter Beeinträchtigung der Perspektiveentwicklung, ICD-10: F43.23

Aus einer von der Beschwerdeführerin beschriebenen Überlastungssituation heraus sei es zur Entwicklung von depressiv ängstlichen Symptomen gekommen, die die Beschwerdeführerin auch als Folge einer konflikthaften Arbeitsatmosphäre nach Wechsel in der Chefebene beschrieben habe. Der Tod des Schwagers und die Diagnose eines Mammakarzinoms bei der Schwester der Beschwerdeführerin könnten darüber hinaus eigene Ängste nach eigener Krebserkrankung 2008 mobilisiert und die Vulnerabilität verstärkt haben. Im Rahmen der aktuellen, 1 ¾ Stunden dauernden psychiatrischen Exploration fänden sich gering ausgeprägte Symptome der diagnostizierten psychischen Störung, die jedoch an ihrem bisherigen Arbeitsplatz, resp. in der bisherigen Arbeitssituation weiter relevant seien, sodass für einen Zeitraum von zwei Monaten ab Untersuchungstermin nur 50 % Arbeitsfähigkeit bei 100 % Leistung am bisherigen Arbeitsplatz bestehe. Danach bestehe wieder 100 % Arbeitsfähigkeit bei 100 % Leistung auch am bisherigen Arbeitsplatz in der bisherigen Position. An einem anderen Arbeitsplatz resp. in einer anderen hierarchischen Struktur bestehe für die bisher ausgeübte Tätigkeit resp. einer Tätigkeit mit vergleichbarem Anforderungsniveau bei durchschnittlich zu erwartenden Belastungen sofort wieder 100 % Arbeitsfähigkeit bei 100 % Leistung. Die Prognose sei grundsätzlich gut. Psychosoziale oder sozio-kulturelle Belastungsfaktoren hätten keinen Einfluss auf die festgestellte psychische Störung.

6.2 Dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 30. August 2018 (B.\_\_\_\_-Akten Nr. 84; Beilage zur Eingabe der Beschwerdeführerin vom 27. September 2018 [A.S. 45]), welches ebenfalls im Auftrag des Krankentaggeldversicherers erstellt wurde, lassen sich folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit entnehmen:

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien akzentuierte, ängstlich-vermeidende, selbstunsichere Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73).

Gemäss versicherungsmedizinischer Beurteilung von Dr. med. D.\_\_\_\_ sei der Leidensdruck in der klinischen Untersuchung deutlich spürbar gewesen. Die Versicherte sei wach,

bewusstseinsklar, zeitlich unscharf orientiert und die Auffassung sei eingeschränkt gewesen. Die Aufmerksamkeit sei auf die schweren belastenden Erlebnisse am letzten Arbeitsplatz fokussiert. Erinnerung und Umstellungsfähigkeit seien im Gespräch deutlich beeinträchtigt gewesen; im formalen Gedankengang verlangsamt, umständlich, zum Teil gesperrt. Die angegebene Konzentrationsstörung habe bestätigt werden können. Die Grundstimmung sei deutlich bedrückt, die affektive Modulation reduziert; im Affekt stark depressiv. Psychovegetativ bestünden aufgrund von ständigem angegebenen Grübeln und kreisenden Gedanken Zeichen für Ein- und Durchschlafstörungen, bei berichteter schlechter Schlafqualität. Psychomotorisch sei die Beschwerdeführerin gehemmt gewesen. Allgemeine Anhedonie und Adynamie, Schuld- und Schamgefühle sowie Gefühle von Wertlosigkeit seien vorhanden. Es bestehe ein vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen. Die Unfähigkeit der Versicherten, aufgrund der angegebenen Müdigkeit, Kraftlosigkeit und Lustlosigkeit im Alltag zurechtzukommen, könne nachvollzogen werden. Der Antrieb sei deutlich vermindert; ebenso der Appetit, bei angegebenen Schwankungen des Körpergewichts. Soziale Kontakte würden vermieden. In der Anamnese bestünden klare Suizidgedanken. Aktuell sei die Beschwerdeführerin von Suizidalität distanziert. Gedanken des Lebensüberdresses seien durchaus vorhanden. Betreffend ihre Zukunftsperspektive präsentiere sich die Versicherte ratlos (B.\_\_\_\_-Akten Nr. 84 S. 25). Insgesamt seien damit die Kriterien für eine depressive Störung ausreichend erfüllt; die Schwere der Depression müsse aktuell als schwer eingestuft werden. Differenzialdiagnostisch sei eine rezidivierende depressive Störung zu erwägen, deren Kriterien seien vorliegend jedoch nicht ausreichend erfüllt. Es handle sich um eine kontinuierliche affektive Störung mit Beginn im Dezember 2017. Auch die ICD-10-Kriterien der von Dr. med. J.\_\_\_\_ diagnostizierten Anpassungsstörung seien bei der Beschwerdeführerin nicht erfüllt. In den diagnostischen Überlegungen müsse eine kontinuierliche affektive Störung im Sinn einer depressiven Störung vorgezogen werden (B.\_\_\_\_-Akten Nr. 84 S. 26 f.).

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit führt Dr. med. D.\_\_\_\_ aus, aufgrund der Krankheitsentwicklung, der angegebenen Beschwerden, der aktuellen Psychopathologie, der erhobenen psychopathologischen Befunde sowie der kognitiven, affektiven, vegetativen sowie psychomotorischen Störungen sei die Beschwerdeführerin aktuell in allen Tätigkeiten ihrer Erfahrung und Ausbildung entsprechend erheblich und zu 100 % eingeschränkt. Auch die Würdigung der ICF-Kriterien zeige, dass die damit abgebildeten qualitativen Funktionsfähigkeiten aus psychiatrischer Sicht erheblich beeinträchtigt seien (insgesamt 26 Punkte im Mini-ICF-APP, was einer schweren Funktionsstörung entspreche). Auch eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit verneint Dr. med. D.\_\_\_\_: Der Versicherten seien aktuell keine Tätigkeiten ihrer Ausbildung und Erfahrung entsprechend zumutbar. Die beschriebenen kognitiven, psychomotorischen, affektiven und vegetativen Störungen beeinträchtigten alle Tätigkeiten auf dem offenen Arbeitsmarkt erheblich. Ausserdem bestehe soziale Isolation (B.\_\_\_\_-Akten Nr. 84 S. 28 f.). Aufgrund des Verlaufes, der aktuell angegebenen Beschwerden, der psychopathologischen Befunde und der angegebenen Bereitschaft, alles Mögliche zu unternehmen, um normal funktionieren zu können, sei die Prognose mit Vorsicht als günstig einzustufen (B.\_\_\_\_-Akten Nr. 84 S. 30). Im Rahmen der durchgeführten Indikatorenprüfung nach BGE 141 V 281 bekräftigt Dr. med. D.\_\_\_\_, dass die subjektiv beklagten Beschwerden objektiviert bzw. «mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als authentisch interpretiert» werden könnten. Zur Frage, ob invaliditätsfremde Faktoren einen Einfluss auf die Schwere der Depression

hätten, hält Dr. med. D.\_\_\_\_ fest, psychosoziale und sozio-kulturelle Belastungsfaktoren hätten «generell einen Einfluss auf das Leben jedes Individuums» (B.\_\_\_\_-Akten Nr. 84 S. 32).

## **E. 6**

6.1 Mit Verfügung vom 2. Mai 2019 (A.S. 57 f.) stellt das Versicherungsgericht den Parteien in Aussicht, bei Dr. med. E.\_\_\_\_, [...], ein psychiatrisches Gerichtsgutachten einzuholen. Die Beschwerdeführerin lässt mit Eingabe vom 9. Mai 2019 (A.S. 60) bekannt geben, dass sie mit der vorgeschlagenen Gutachterin einverstanden sei und im jetzigen Zeitpunkt keine Zusatzfragen beantrage. Die Beschwerdegegnerin lässt sich dazu nicht vernehmen.

6.2 Mit Verfügung vom 6. Juni 2019 (A.S. 62 ff.) beauftragt das Versicherungsgericht Dr. med. E.\_\_\_\_ mit der psychiatrischen Begutachtung der Beschwerdeführerin. Am 27. Juni 2019 leitet das Versicherungsgericht der Gutachterin, wie angekündigt (vgl. A.S. 63, 66), die bei der Klinik F.\_\_\_\_ eingeholte Krankenakte der Beschwerdeführerin (vgl. Entbindungserklärung; A.S. 61) weiter (A.S. 71). Das psychiatrische Gutachten wird am 13. September 2019 erstattet (A.S. 73 ■ 129).

6.3 Die Beschwerdeführerin lässt am 27. September 2019 (A.S. 133) gestützt auf das Gerichtsgutachten ihre Rechtsbegehren gemäss Beschwerde vom 10. April 2018 (vgl. E. I.

## **E. 7**

7.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei ihrer Anspruchsbeurteilung in medizinischer Hinsicht auf die Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 15. November 2017 (IV-Nr. 26; vgl. E. II. 5.3 hievor), der einen ausführlichen Aktenauszug erstellt, diagnostische und versicherungsmedizinische Überlegungen angestellt und abschliessend zum Grad der Arbeitsfähigkeit Stellung genommen habe. Ebenso habe er sich ausführlich mit dem im Einwandverfahren eingereichten Bericht von Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 19. Oktober 2017 (IV-Nr. 24; vgl. E. II. 5.2 hievor) auseinandergesetzt. Die Ausführungen des RAD-Arztes seien vorliegend nachvollziehbar und nicht zu beanstanden. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden sei demnach zu verneinen, sei die Entwicklung der depressiven Episode doch überwiegend durch krankheitsfremde psychosoziale Belastungsfaktoren zu erklären (IV-Nr. 31; A.S. 1 f.). Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens führt die Beschwerdegegnerin zudem an, die Einschätzung des RAD-Arztes werde von Dr. med. J.\_\_\_\_ bestätigt (vgl. Beschwerdeantwort [A.S. 25 f.] und Duplik mit Protokollauszug [A.S. 48 f.]).

### **E. 7.2**

7.2.1 In BGE 143 V 418 (Urteil 8C\_130/2017 vom 30. November 2017) hat das Bundesgericht in Änderung seiner Rechtsprechung entschieden, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, namentlich depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409 [Urteil 8C\_841/2016 vom 30. November 2017]), einem strukturierten Beweisverfahren im Sinne von BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Danach beurteilt sich das Vorliegen einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit anhand von systematisierten Indikatoren, die ■ unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen. Bei Erkrankungen aus dem depressiven Formenkreis im

Besonderen hat der medizinische Sachverständige nachvollziehbar aufzuzeigen, wenn bei an sich guter Therapierbarkeit der Störung im Einzelfall (gleichwohl) funktionelle Leistungseinschränkungen resultieren, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1; vgl. zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C\_680/2017 vom 22. Juni 2018 E. 5.1).

7.2.2 Das Invalidenversicherungsrecht klammert soziale Faktoren so weit aus, als es darum geht, die für die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit kausalen versicherten Faktoren zu umschreiben. Die funktionellen Folgen von Gesundheitsschädigungen werden hingegen auch mit Blick auf psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren abgeschätzt, welche den Wirkungsgrad der Folgen einer Gesundheitsschädigung beeinflussen (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1 S. 293).

Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie mithin ausser Acht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303; 127 V 294 E. 5a S. 299). Andererseits können psychosoziale Belastungsfaktoren mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, welche ihrerseits eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirkt, wenn sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner ■ unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden ■ Folgen verschlimmern (siehe zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C\_680/2017 vom 22. Juni 2018 E. 5.2 m.w.H.).

#### **E. 7.2.1**

hievor) ■ sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, welches durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die psychiatrische Gutachterin dementsprechend zu prüfen ist. Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen von Dr. med. E.\_\_\_\_ setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (E. 2.1 des erwähnten Urteils); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern ■ wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung ■ besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3):

1)Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3)

a)Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

-Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)

-Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2)

-Korbiditäten (E. 4.3.1.3)

b)Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2)

c)Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3)

2)Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4)

-gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1)

-behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

8.2.1 Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Dr. med. E.\_\_\_\_ hält dazu zusammenfassend fest, dass die Symptomatik aktuell schwer ausgeprägt sei und dies auch im Verfügungszeitpunkt gewesen sei. Zwar würden depressive Episoden in mehr als der Hälfte der Fälle binnen sechs Monaten abklingen; andererseits komme es bei 15 ■ 20 % der Erkrankten zu einem chronischen Verlauf. Als chronisch gelte der Verlauf ab einer Episodendauer von zwei Jahren. Bei einer ■ wie hier festgestellten ■ Komorbidität mit einer generalisierten Angststörung und akzentuierten selbstunsicheren und zwanghaften Persönlichkeitszügen, allenfalls einer Persönlichkeitsstörung mit den genannten Anteilen, sei nach dem Stand des Wissens das Chronifizierungsrisiko hoch; es liege dann zwischen 10 ■ 25 %. Hinweise für die Schwere der Belastung seien zusätzlich die kurz hintereinander aufgetretenen Atemwegsinfekte Ende 2016 und Anfang 2017 sowie der klinisch bestätigte, ausgeprägte Haarausfall ab November 2018 (vgl. S. 46 des Gutachtens). Weiter ist betreffend Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde auch auf das in E. II. 8.1.1 vorgehend Gesagte zu verweisen.

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz geht aus dem Gutachten hervor, dass die Behandlung trotz Leitlinienorientierung und trotz guter Compliance bislang wenig erfolgreich gewesen sei. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung laufe seit spätestens Sommer 2017 gemäss aktueller Leitlinie und alle nach Leitlinie empfohlenen Massnahmen (Medikamentenmonitoring, Gentypisierung, Medikamentenumstellung, Augmentierung bzw. Kombinationsbehandlung, punktueller Einsatz von Benzodiazepinen) hätten stattgefunden (vgl. S. 46 und 49 des Gutachtens). Die Beschwerdeführerin stehe weiterhin in ambulanter pharmakotherapeutischer und psychologisch-psychotherapeutischer Behandlung mit wöchentlichen Sitzungen (vgl. S. 22 des Gutachtens). Es kann ausserdem auf das unter vorstehender E. II. 8.1.4 zur Notwendigkeit der Weiterführung dieser Therapie bei gleichzeitig schlechter Prognose verwiesen werden.

Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Gemäss BGE 143 V 318 ist E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 so zu verstehen, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist. Im Gutachten wird eine ressourcenhemmende Wirkung der verschiedenen Diagnosen beschrieben und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt (siehe dazu die Ausführungen unter vorstehender E. II. 8.1.2 sowie beim Indikator «Ausprägung der diagnoserelevanten

Befunde»).

8.2.2 Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist sodann der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Dazu lässt sich dem Gutachten entnehmen, dass die Beschwerdeführerin ausgesprochen leistungsorientiert sei und bis zur sukzessiven Dekompensation Ende 2016 / Anfang 2017 eine «Bilderbuchkarriere» vorgelegt habe. Ihre private Biographie sei unauffällig, phasengemäss und geradezu vorbildhaft verlaufen (eine detailliertere Schilderung zu Persönlichkeit und Persönlichkeitsentwicklung findet sich auf den S. 32 ■ 34 des Gutachtens). Mit der Frage und Problematik einer Persönlichkeitsstörung hat sich die Gutachterin eingehend auseinandergesetzt; es kann diesbezüglich auf die vorstehende Erwägung sowie das Gutachten (S. 41 f.) verwiesen werden (vgl. auch E. II. 8.1.1 hievor).

8.2.3 Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie ■ wie bereits unter vorstehender E. II. 7.2.2 dargelegt ■ nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Die Gutachterin führt zum sozialen Kontext aus, ausserberufliche soziale Aktivitäten seien vollständig zum Erliegen gekommen. Die Beschwerdeführerin habe inzwischen eine Flugangst und habe deshalb die ihr nahestehenden Geschwister nicht mehr besuchen können. Sie bezeichne die Flugangst selbst als absurd, nachdem sie über Jahrzehnte in der ganzen Welt unterwegs gewesen sei. Selbst Besuch im eigenen Haus erlebe sie als anstrengend und sage Restaurantbesuche mit nahestehenden Freunden ab. Eine grosse Ressource stellten die stabilen und belastbaren Beziehungen zum Ehemann, zum Sohn und die engen und stabilen, wenngleich persönlich sehr seltenen Kontakte zu den Geschwistern dar (vgl. S. 47 des Gutachtens).

Zur Einordnung der psychosozialen Faktoren (vgl. E. II. 7.2.2 hievor) lässt sich dem Gutachten entnehmen, dass diese vorliegend hauptsächlich als Ursache oder Auslöser der depressiven Symptomatik zur Diskussion stünden. Gemäss der von Dr. med. E. \_\_\_ zitierten Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) gehe die Mehrzahl der Experten hinsichtlich Ätiologie depressiver Störungen von multifaktoriellen Erklärungskonzepten mit einer Wechselwirkung aus biologischen und psychosozialen Faktoren aus. Die Bedeutung der verschiedenen Faktoren könne von Patient zu Patient erheblich variieren. Gemäss den weiteren nachvollziehbaren Ausführungen der Gutachterin kann die Frage nach der Rolle psychosozialer Faktoren vorliegend aber (mittlerweile) offengelassen werden, da sich ab etwa Anfang 2018 eine schwere und inzwischen chronische depressive Episode entwickelt habe (vgl. S. 48 f. des Gutachtens; siehe auch E. II. 8.1.3 hievor). Es ist damit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem verselbständigten Gesundheitsschaden ab ca. Anfang 2018 auszugehen.

8.2.4 Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermaßen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Wie diesbezüglich im Gutachten ausgeführt wurde, seien die festgestellten Fähigkeitsstörungen überwiegend schwer, punktuell mittelschwer und nur in einem Bereich leicht ausgeprägt, und die Einschränkungen betreffen Beruf wie Privatleben gleichermaßen (vgl. S. 42 ff., 47 des Gutachtens; siehe auch E. II. 8.1.2 hievore). Aufgrund der gutachterlichen Ausführungen ist somit von einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen auszugehen. Auch sonst seien keine Diskrepanzen ersichtlich. Die Ergebnisse der in der gutachterlichen Untersuchung von Dr. med. E. \_\_\_ eingesetzten Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente stimmten mit dem aktuellen psychopathologischen Befund überein. Zudem entsprächen sie den Drittangaben durch Ehemann und behandelnder Psychologin (bzw. dem behandelnden Psychiater Prof. Dr. med. H. \_\_\_). Und schliesslich wichen sie nicht von den Vorbefunden der ambulant und stationär Behandelnden ab (vgl. S. 47 des Gutachtens; siehe auch E. II. 8.1.3 zur Auseinandersetzung mit der abweichenden Einschätzung im Gutachten von Dr. med. J. \_\_\_).

8.2.5 Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich kann auf das unter vorstehender E. II. 8.2.1 zum Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz» Gesagte verwiesen werden, wonach seit spätestens Sommer 2017 eine leitliniengerechte Behandlung laufe und die Beschwerdeführerin auch weiterhin in ambulanter pharmakotherapeutischer und psychologisch-psychotherapeutischer Therapie mit wöchentlichen Sitzungen stehe. Dies spricht somit grundsätzlich für einen grossen Leidensdruck.

8.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gerichtsgutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen damit als erstellt. So sind bei der Beschwerdeführerin vor allem ressourcenhemmende Faktoren vorhanden, womit die psychiatrische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auch im Lichte dessen nachvollziehbar ist, sodass vollumfänglich darauf abgestellt werden kann. Nach dem Gesagten lässt das vorliegende Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_ eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht zu. Die Parteien bringen denn auch zu Recht keine Einwände gegen das Gerichtsgutachten vor bzw. die Beschwerdeführerin will ausdrücklich auf das Gutachten abstellen (vgl. E. I. 6.3 hievore).

9. Zusammenfassend ist gestützt auf das psychiatrische Gerichtsgutachten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin seit Anfang 2018 in jeglicher zumutbarer Tätigkeit vollstän- dig arbeitsunfähig ist (mit zuvor

sukzessiver depressiver und ängstlicher Dekompensation seit Ende 2016 / Anfang 2017 und vollständigem Ausfall ab Februar 2017; vgl. E. II. 8.1.2). Da in dieser Konstellation der Grad der Arbeitsunfähigkeit (100 %) demjenigen der Erwerbsunfähigkeit bzw. Invalidität entspricht, kann auf einen Einkommensvergleich verzichtet werden. Mit Blick auf das Wartejahr (vgl. E. II. 3.1 hievov; betreffend ärztlich attestierter Arbeitsunfähigkeit [100 %] ab Februar 2017 siehe auch IV-Nrn. 5; 12 S. 3; 15 S. 2, 7; 24 S. 2) hat die Beschwerdeführerin somit ab 1. Februar 2018 Anspruch auf eine ganze IV-Rente. Berufliche Eingliederungsmassnahmen werden zu Recht (nicht mehr) geltend gemacht (vgl. die im Nachgang zum Gerichtsgutachten entsprechend abgeänderten Rechtsbegehren gemäss Eingabe vom 27. September 2019 [E. I. 6.3 hievov; A.S. 133]) und wären denn auch nicht geschuldet (vgl. S. 50 des Gutachtens zur objektiven Eingliederungsunfähigkeit der Beschwerdeführerin; siehe auch E. II. 8.1.4 hievov).

10. Nach dem Gesagten ist Ziff. 1 der Verfügung vom 12. März 2018 in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin ab 1. Februar 2018 eine ganze Invalidenrente auszurichten.

11. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die im kantonalen Beschwerdeverfahren obsiegende Beschwerdeführerin Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Nach § 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 des Gebührentarifs (GT; BGS 615.11) beträgt der Stundenansatz für die Bestimmung der Kosten der berufsmässigen Vertretung CHF 230.00 bis CHF 330.00 zuzüglich Mehrwertsteuer, soweit sie durch Anwälte wahrgenommen wird. Die vom Vertreter der Beschwerdeführerin eingereichte Kostennote vom 27. September 2019 weist einen Zeitaufwand von 27 Stunden und 15 Minuten sowie Auslagen von CHF 207.60 aus.

Reine Kanzleiarbeit (z.B. die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen, das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc.) sind im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten. Die unter den Daten vom 23. März 2018, 26. April 2018, 28. Mai 2018, 1. Juni 2018, 19. Juni 2018, 26. Juni 2018, 5. Juli 2018, 10. Juli 2018, 31. August 2018, 27. September 2018, 28. September 2018, 3. Oktober 2018, 30. Oktober 2018 und 12. November 2018 aufgeführten Positionen «Kurzbrief an Klientin» à je 10 Minuten können somit nicht berücksichtigt werden, da hier von Orientierungskopien an die Klientschaft auszugehen ist. Zudem wird im Fall des Obsiegens für den nachprozessualen Aufwand praxisgemäss nur eine halbe Stunde vergütet. Dies führt zu einem zu entschädigenden Zeitaufwand von 24 Stunden und 25 Minuten. Unter Berücksichtigung eines Stundenansatzes von CHF 230.00 und der Mehrwertsteuer ergibt dies eine Parteientschädigung von insgesamt CHF 6'271.85 (Honorar von CHF 5'615.85, Auslagen von CHF 207.60 und MwSt. [7.7 %]).

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

13. Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind grundsätzlich vom Sozialversicherungsträger zu übernehmen (vgl. Art. 45 Abs. 1 ATSG; BGE 143 V 269 E. 6.2.1 S. 279 f.), sofern zwischen seiner unzureichenden Sachverhaltsabklärung und der Notwendigkeit eines Gerichtsgutachtens ein Zusammenhang besteht (BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502). Dies ist namentlich dann der Fall, wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen besteht, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet hat, oder wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt habe, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfüllt (BGE 140 V 70 E. 6.1 und 6.2 S. 75, BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502).

Die Arztberichte, welche der Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vorlagen, ergaben kein einheitliches Bild des Gesundheitszustandes und erlaubten daher keine abschliessende Beurteilung (was im Übrigen auch für die im Beschwerdeverfahren neu aufgelegten bzw. edierten Unterlagen gilt; vgl. E. II. 5 ff. hievor). In dieser Situation hätte die Beschwerdegegnerin, wie es das Gericht getan hat, ein Gutachten einholen müssen, um den entscheiderelevanten Sachverhalt zu klären, bevor sie über den Leistungsanspruch befindet. Sie hat daher die Kosten des Gerichtsgutachtens von CHF 8'250.00 (vgl. BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502 und 143 V 269 E. 2 S. 271 f. und E. 8 S. 285) sowie der Dolmetscherin von CHF 430.80 zu tragen. Die Beschwerdegegnerin hat gegen die Höhe dieser Kosten keine Einwände erhoben, nachdem sie die fraglichen Rechnungen zugestellt erhielt (A.S. 130 und 138).

Demnach wird erkannt:

3. Die Beschwerdegegnerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

4. Die Kosten des Gerichtsgutachtens vom 13. September 2019 sowie für die Dolmetscherin, insgesamt CHF 8'680.80, werden der Beschwerdegegnerin auferlegt und sind der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zurückzuerstatten.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Wittwer

### **E. 7.3**

7.3.1 Im Verfügungszeitpunkt lag die von Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_ erhobene Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1) vor, deren funktionelle Auswirkungen

gemäss Einschätzung des behandelnden Facharztes zu einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % führten (Bericht vom 19. Oktober 2017 [IV-Nr. 24; vgl. E. II. 5.2 hievor]). Bei der von RAD-Facharzt Dr. med. I.\_\_\_\_ abgegebenen Stellungnahme handelt es sich demgegenüber um eine reine Aktenbeurteilung (bei im damaligen Zeitpunkt eher spärlicher Aktenlage) ohne eigene Untersuchung, weshalb die von ihm festgehaltenen Erklärungen zu den intrapsychischen Vorgängen bei der Beschwerdeführerin als nicht ausreichend fundiert erscheinen. Ob damit bereits geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der RAD-Stellungnahme zu bejahen gewesen wären (vgl. E. II. 4.5 hievor), braucht mit Blick auf die nachstehenden Überlegungen nicht abschliessend geklärt zu werden. Aufgrund der einige Monate vor Verfügungserlass ergangenen Rechtsprechungsänderung, wonach sämtliche psychische Erkrankungen (insbesondere auch solche aus dem depressiven Formenkreis) einem strukturierten Beweisverfahren im Sinne von BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (vgl. E. II. 7.2.1 hievor), wären vorliegend ohnehin weitere Abklärungen mit Vornahme einer Indikatorenprüfung (unter Berücksichtigung allfälliger psychosozialer Faktoren; vgl. E. II. 7.2.2 hievor) erforderlich gewesen, zumal die im Verfügungszeitpunkt vorhandenen medizinischen Unterlagen keine schlüssige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlaubten (vgl. BGE 141 V 281 E. 8 S. 309).

7.3.2 Gleiches gilt für die im Beschwerdeverfahren eingereichten bzw. beigezogenen Akten: So hat auch Dr. med. J.\_\_\_\_ keine Prüfung der Indikatoren vorgenommen und seine eher kurz gehaltenen Ausführungen im Gutachten vom 11. Januar 2018 (vgl. E. II. 6.1 hievor) lassen denn auch keine hinreichende Beurteilung der Standardindikatoren zu. Zudem sind gewisse Widersprüche auszumachen, wenn Dr. med. J.\_\_\_\_ einerseits psychosoziale Faktoren (wie die konflikthafte Arbeitssituation, den Tod des Schwagers, die eigene sowie die Krebserkrankung der Schwester) bei der Entwicklung der depressiv ängstlichen Symptome anführt, andererseits aber einen Einfluss von psychosozialen Faktoren auf die festgestellte psychische Störung ohne nähere Begründung verneint. Vor diesem Hintergrund lässt sich auch die postulierte 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit während zweier Monate und ausschliesslich in der bisherigen Arbeitssituation nicht nachvollziehen. Dem ausführlicheren Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ lässt sich demgegenüber zwar eine Einschätzung der massgeblichen Indikatoren entnehmen; gleichwohl fehlt es auch hier an einer hinreichenden und nachvollziehbaren Einordnung der beschriebenen psychosozialen Belastungsfaktoren (vgl. E. II. 7.2.2 hievor), hält der Gutachter auf entsprechende Frage lediglich im Sinne einer allgemeingültigen Aussage fest, solche Faktoren hätten «generell einen Einfluss auf das Leben jeden Individuums» (vgl. E. II. 6.2 hievor).

7.4 Zusammenfassend war der medizinische Sachverhalt durch die bei Erlass der Verfügung vom 12. März 2018 vorliegenden medizinischen Stellungnahmen nicht hinreichend geklärt (vgl. E. II. 7.3.1 hievor). Die im Beschwerdeverfahren neu aufgelegten bzw. edierten Unterlagen bilden ebenfalls keine hinreichende Grundlage für eine umfassende und abschliessende Beurteilung (vgl. E. II. 7.3.2 hievor). Um die vorliegend festgestellten Abklärungslücken zu füllen, hat das Versicherungsgericht bei Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten eingeholt (vgl. E. I. 6.1 f. hievor).

8. Wie dargelegt, weicht das Gericht von einem Gerichtsgutachten, das die allgemeinen Anforderungen erfüllt, nur dann ab, wenn zwingende Gründe für ein Abweichen vorliegen

(E. II. 4.4 hievor).

8.1 Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 13. September 2019 (A.S. 73 ff.) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht (vgl. E. II. 4.3 hievor). Es stammt von einer unabhängigen Fachärztin, welche die Beschwerdeführerin unter Beizug einer Englisch sprechenden Dolmetscherin eingehend untersucht (vgl. S. 13 ■ 26 des Gutachtens) und die Vorakten studiert hat (vgl. S. 3 ■ 13 des Gutachtens mit einer Zusammenfassung der Aktenlage, einschliesslich der gerichtlich eingeholten Krankenakte der Klinik F.\_\_\_\_ [vgl. E. I. 6.2 hievor]). Im Weiteren hat die Gutachterin fremdanamnestische Auskünfte eingeholt (vgl. S. 25 f., 31) und verschiedene Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente eingesetzt (vgl. S. 29 f.). Die Aussagen der Expertin sind in allen Punkten schlüssig und nachvollziehbar. Dr. med. E.\_\_\_\_ stellt in ihrem Gutachten folgende Diagnosen (A.S. 103, 118):

8.1.1 Die Gutachterin würdigt die Aktenlage und die Aussagen der Beschwerdeführerin eingehend und begründet ausführlich und nachvollziehbar ■ jeweils im Abgleich der erhobenen Befunde mit den jeweiligen Kriterien nach ICD-10 ■ die von ihr gestellten Diagnosen. So führt Dr. med. E.\_\_\_\_ aus, dass sich von den Grundsymptomen einer depressiven Episode bei der Beschwerdeführerin aktuell die gedrückte Stimmung, ein weitgehender Interesseverlust, Freudlosigkeit und Antriebsminderung und auch erhöhte Ermüdbarkeit fänden. Von den weiteren häufigen Symptomen seien auch in der aktuellen Untersuchung verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, ein schwer vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle, zumindest kritische Zukunftsperspektiven, keine Suizidgedanken, aber Schlafstörungen und verminderter Appetit festzustellen. Damit seien alle drei der Grundsymptome und mindestens fünf der weiteren Symptome bei der Beschwerdeführerin vorhanden. Die depressive Störung sei somit weiterhin schwer ausgeprägt, inzwischen anhaltend seit ca. Frühjahr 2018. Psychotische Symptome fänden sich nach wie vor nicht. Selbstzweifel und das [verminderte] Selbstwertgefühl sowie Schuldgefühle seien jedoch so ausgeprägt, dass die Schwere der depressiven Symptomatik damit unterstrichen werde. Differenzialdiagnostisch gehe es somit um eine anhaltende schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2) bzw. eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig anhaltender schwerer depressiver Episode (ICD-10 F33.2). Dazu erläutert die Expertin, dass in der ICD-10 die depressive Störung als solche nicht verschlüsselt werden könne; es gebe lediglich die Variante, von einer rezidivierenden depressiven Störung zu sprechen, wenn mehr oder weniger klar eine bis mehrere Episoden im Verlauf abgrenzbar seien. Daneben gebe es die Möglichkeit von einer depressiven «Episode» zu sprechen, wenn jeweils nur der Querschnitt der Symptomatik beschrieben werde. Die ICD-10 lege sich nicht fest, wie lange eine Episode dauern könne oder dürfe; das Ende könne auch offen sein. Vor diesem Hintergrund erscheint es plausibel, dass die Gutachterin das depressive Leiden mittels Differenzialdiagnose erfasst hat (vgl. S. 40 des Gutachtens).

Auch in Bezug auf die diagnostizierte generalisierte Angststörung vermögen die gutachterlichen Ausführungen zu überzeugen: So würden die Ängste seit Frühjahr 2018 als ausgeprägt beschrieben. Verschiedentlich scheine es zu akut sich zuspitzender Angst zu kommen, durchgängig aber vorhanden seien ständige Nervosität, Zittern, Muskelspannung, schwer ausgeprägtes Schwitzen und Oberbauchbeschwerden. Die drei in der ICD-10 beschriebenen Symptomgruppen der Befürchtungen, der motorischen Spannungen und der

vegetativen Übererregbarkeit seien somit vorhanden, sodass auch die Kriterien einer generalisierten Angststörung erfüllt seien. Ängste könnten im Kontext einer schweren depressiven Episode schwer ausgeprägt sein. Die Symptomatik sei aber so prominent, dass sie vorliegend als zusätzliche Diagnose verschlüsselt werden müsse (vgl. S. 40 f. des Gutachtens).

Was die akzentuierten Persönlichkeitszüge bzw. die Persönlichkeitsstörung anbelangt, hält Dr. med. E. \_\_\_ fest, dass bereits Dr. med. D. \_\_\_ akzentuierte Persönlichkeitszüge in Form auffälliger Selbstunsicherheit beschrieben habe. Diskussionswürdig sei die Frage, ob diese selbstunsicheren Persönlichkeitsanteile das Erwachsenenleben der Beschwerdeführerin durchzögen. Ein gewisser Hinweis könnte die enorme Leistungsorientierung sein. Diese habe einerseits relevant zur beeindruckenden beruflichen Karriere der Beschwerdeführerin beigetragen, könnte aber andererseits ein Kompensationsmechanismus für ein fragiles Selbstwertgefühl und Selbstunsicherheit sein. Lege man die Kriterien gemäss ICD-10 für eine Persönlichkeitsstörung zugrunde, falle es schwer, jenseits der ausgeprägten Leistungsorientierung von deutlichen Unausgeglichenheiten auszugehen. Solche liessen sich nicht rekonstruieren und nicht belegen. Das Verhaltensmuster sei jedoch durchgängig. Dass es in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend wäre oder gewesen wäre, lasse sich nicht bestätigen. Zu deutlichem subjektivem Leiden deswegen sei es bis zum Beginn der depressiven Symptomatik Ende 2016 / Anfang 2017 nicht gekommen; seitdem aber zu Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit. Die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 würden somit nicht erfüllt. Weiter führt die Gutachterin aus, dass sie der Beschwerdeführerin zur Verbesserung der Reliabilität der Diagnose den SCID-Screeningbogen vorgelegt und mit ihr das strukturierte Interview auf dieser Grundlage durchgeführt habe. Danach erfülle die Versicherte die Kriterien einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung und weise Züge einer selbstunsicheren Persönlichkeit auf. Angemerkt sei in diesem Zusammenhang aber nochmals, dass im Rahmen von ■ insbesondere schweren ■ depressiven Episoden gerade auch die Verminderung des Selbstwertgefühls und Selbstvertrauens relevante Symptome seien. Trotz formaler Kriterienbefriedigung spreche die Lebensbewährung der Beschwerdeführerin gegen eine relevante Persönlichkeitsstörung. Bei dieser Sachlage leuchtet ein, dass die Gutachterin von akzentuierten Persönlichkeitszügen mit selbstunsicheren und zwanghaften Anteilen gemäss ICD-10 Z73 ausgeht und eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren Anteilen gemäss ICD-10 F60.5 lediglich als Differenzialdiagnose erfasst hat (vgl. S. 41 f. des Gutachtens).

8.1.2 Hinsichtlich Leistungsfähigkeit legt Dr. med. E. \_\_\_ nachvollziehbar dar, dass die Beschwerdeführerin nach jahrzehntelanger beruflicher Tätigkeit mit eindrucklicher Karriere ohne relevante Krankheitsausfälle (mit Ausnahme der Erkrankung an Brustkrebs) und gänzlich ohne Ausfälle wegen psychischer Störung ab Oktober / November 2016 unter einer Fülle von Belastungen beruflicher wie privater Art, die sich kumuliert hätten, sukzessive dekompenziert habe und nach zwei ausgeprägten Infekten Ende 2016 und Anfang 2017 ab Februar 2017 vollständig ausgefallen sei. Sämtliche vorliegenden Informationen, insbesondere die eindruckliche berufliche Karriere, sprächen klar für eine hohe bis extrem hohe Leistungsorientierung. Die Beschwerdeführerin sei zudem hoch mit ihrem Beruf identifiziert gewesen. Es gebe keine Hinweise, die Zweifel an einer eingeschränkten Leistungsmotivation aufkommen liessen [Anmerkung: aus dem Gesamtkontext heraus scheint klar, dass es sich hier um eine sprachliche Ungenauigkeit

handelt und dass gemeint ist, dass es keine Hinweise für eine eingeschränkte Motivation gebe bzw. keine Zweifel an der Leistungsmotivation]. Gestützt auf die Mini-ICF-App von Linden, Baron, Muschalla und Ostholt-Corsten (Bern 2015) sei im Ergebnis festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin in den für ihre berufliche Tätigkeit relevanten Funktionen bzw. Fähigkeiten wie folgt eingeschränkt sei: leicht in der Selbstpflege und Selbstversorgung; mittelschwer in der Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Kompetenz- und Wissensanwendung und der Mobilität und Verkehrsfähigkeit; schwer in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, der Proaktivität und Spontanaktivitäten, der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Konversations- und Kontaktpflege zu Dritten und der Gruppenfähigkeit. Die Einschränkungen betreffen auch den privaten Bereich (vgl. S. 42 ■ 45 des Gutachtens).

Bei der Frage nach der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit (vgl. S. 47 ff. des Gutachtens) gelangt die Gutachterin sodann zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Tätigkeit als Betriebswirtin und HR-Fachfrau in einer hohen Kaderfunktion nicht mehr arbeitsfähig sei. Auch zum Zeitpunkt der Verfügung vom 12. März 2018 sei die Versicherte, soweit aufgrund der vorliegenden Informationen rekonstruierbar, schwer depressiv und nicht arbeitsfähig gewesen. Zeitnah zur Verfügung lägen ■ ausser dem Gutachten von Dr. med. J. \_\_\_ vom 11. Januar 2018 (dessen Beurteilung die Expertin nachvollziehbarerweise nicht teilt; vgl. dazu die Ausführungen in E. II. 8.1.3 hienach zur Auseinandersetzung mit den divergierenden Einschätzungen in den Vorakten) ■ der Bericht von Prof. Dr. med. H. \_\_\_ vom 16. Mai 2018 sowie die Krankenakte der Klinik F. \_\_\_ mit dem Eintrittsstatus vom 18. März 2018, dem Austrittsbericht vom 9. April 2018 und dem Befindenstagebuch vom 5. März 2019 [recte: 2018] vor. Danach sei die depressive Episode bereits damals schwer ausgeprägt gewesen.

Diese Einschätzung der Gutachterin leuchtet ein, bilden doch die von ihr zitierten echtzeitlichen Unterlagen (mit Ausnahme des Gutachtens von Dr. med. J. \_\_\_) ebenfalls das Bild eines schweren depressiven Leidens ab. So ging der behandelnde Psychiater, Prof. Dr. med. H. \_\_\_, der mit Bericht vom 19. Oktober 2017 noch eine mittelgradige depressive Episode diagnostizierte (vgl. E. II. 5.2 hievor), im weiteren Verlauf bei einer Verschlechterung der Symptomatik ab Februar 2018 (vgl. Stellungnahme zum Gutachten von Dr. med. J. \_\_\_ vom 8. Februar 2018 in B. \_\_\_-Akten Nr. 33) und auch gemäss Bericht vom 16. Mai 2018 (B. \_\_\_-Akten Nr. 58 S. 3 f.) nunmehr von einer schweren depressiven Episode aus. Auch gemäss der im Beschwerdeverfahren eingeholten Krankenakte der Klinik F. \_\_\_ (vgl. E. I. 6.2 hievor) wurde bei Klinikaustritt (23. März 2018) fachärztlicherseits die Diagnose einer schweren depressiven Episode (ICD-10 F32.2) gestellt; dem von Dr. med. E. \_\_\_ erwähnten «Befindenstagebuch» (vgl. Dokument «[...] Summary Report» vom 5. März 2018 als Beilage zum Gutachten [A.S. 128]) lässt sich zudem eine sehr negative Selbstbewertung des Befindens der Beschwerdeführerin entnehmen. Auch wenn in den überwiegenden Fällen depressive Episoden binnen sechs Monaten abklingen würden ■ führt die Gutachterin weiter aus ■ seien solche Episoden nicht grundsätzlich vorübergehender Natur. Hinzu komme die Bedeutung der Komorbidität (siehe dazu auch E. II. 8.2.1 hienach betreffend Indikatorenprüfung) durch die generalisierte Angststörung und die akzentuierten Persönlichkeitszüge (bzw. die Persönlichkeitsstörung), wie sie bei der Beschwerdeführerin vorlägen.

Auch in einer anderen (berufsnahen) Tätigkeit ohne Führungsfunktion sei die Beschwerdeführerin sowohl zum Zeitpunkt der Verfügung vom 12. März 2018 als auch im Zeitpunkt der Begutachtung nicht arbeitsfähig gewesen. Die (im Rahmen des Mini-ICF-App festgestellten) weit überwiegend schweren Fähigkeitsstörungen ■ so die nachvollziehbare Begründung von Dr. med. E. \_\_\_ ■ verhinderten eine solche Tätigkeit selbst während einzelnen Stunden pro Tag (vgl. S. 49 des Gutachtens). Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit führt die Expertin aus, ab Ende 2016 / Anfang 2017 sei es zu einer sukzessiven depressiven und ängstlichen Dekompensation gekommen mit vom frühesten Behandlungsbericht mittelschwerer depressiver Episode bis zu einer schweren etwa ab Anfang 2018 (vgl. S. 49 des Gutachtens mit Verweis auf S. 34 ff. mit dem gestützt auf die Vorakten detailliert nachgezeichneten Verlauf).

8.1.3 Was die fachliche Auseinandersetzung um die Leistungsfähigkeit zwischen Dr. med. I. \_\_\_, RAD, und Dr. med. J. \_\_\_ einerseits und Prof. Dr. med. H. \_\_\_ andererseits anbelange, sei diese nach vorliegenden Dokumenten wesentlich geprägt durch die angenommene Ursache oder auch den Auslöser der depressiven Symptomatik: Dr. med. I. \_\_\_ habe im Zentrum eine narzisstische Kränkung durch die Probleme am Arbeitsplatz (welche in eine Kündigung mündeten) gesehen. Diese Annahme habe Dr. med. J. \_\_\_ gestützt und sie bildete sich auch zuvor in seiner Diagnose einer Anpassungsstörung ab. Demgegenüber sei Prof. Dr. med. H. \_\_\_ von einem im Kern biologischen Krankheitskonzept der depressiven Störung ausgegangen und habe als Anlass die Reaktivierung der Todesangst / des Kontrollverlusts benannt, den die Beschwerdeführerin während der früheren Krebserkrankung erlebt habe. Ganz gleich, ob man als auslösenden Faktor eher ein psychodynamisches Geschehen oder akuten Kontrollverlust / Todesangst ansehe, habe sich daraus eine schwere, inzwischen chronische depressive Episode entwickelt (vgl. S. 48 des Gutachtens).

In Bezug auf das Gutachten von Dr. med. J. \_\_\_ falle ausserdem die Diskrepanz zwischen den von der Beschwerdeführerin geäusserten Beschwerden und dem ärztlichen Befund auf und es könne seinem Gutachten nicht entnommen werden, ob Dr. med. J. \_\_\_ Ängste, Phobien, Zwänge, Depersonalisation und Derealisation spezifisch exploriert habe, die er summarisch verneine. Es sei auch nicht erkennbar, dass Dr. med. J. \_\_\_ bei der Einschätzung des Schweregrades die vorliegenden Informationen aus den Akten herangezogen habe. Ansonsten seien weder im Verlauf noch in der aktuellen Begutachtung Ungereimtheiten oder Diskrepanzen zwischen den jeweils geäusserten Beschwerden und dem erhobenen psychopathologischen Befund festzustellen (vgl. S. 47 des Gutachtens).

8.1.4 Die laufende (leitliniengerechte) Behandlung müsse dringend fortgesetzt werden. Allenfalls könnten gemeinsam mit der Beschwerdeführerin ergänzende tagesstrukturierende Elemente vereinbart werden. Solange von medizinisch-psychiatrischer Seite keine ausreichende Besserung erreicht werden könne, die zumindest eine überschaubare, berufsnaher Tätigkeit ohne Führungsfunktion für ca. zwei Stunden pro Tag erlauben würde, seien berufliche Massnahmen nicht erfolgsversprechend (vgl. S. 49 f. des Gutachtens). Auf die Frage nach der Prognose hält die Gutachterin fest, die zu Beginn mittelschwere, seit ca. Anfang 2018 anhaltend schwere depressive Episode dauere mittlerweile insgesamt bald drei Jahre an. Nachdem die depressive Episode trotz laufender Therapie bislang nicht relevant zurückgegangen sei, könne auf absehbare Zeit nicht mit einer relevanten Besserung gerechnet werden. Das heisse nicht, dass eine Besserung für die Zukunft nicht mehr erwartet werden dürfe ■ die Wahrscheinlichkeit dafür sei jedoch nicht gross (vgl. S. 50 des

Gutachtens).

8.2 Sodann sind nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung ■ wie vorstehend dargelegt (vgl. E. II.

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