

## **SO\_GERICHTE VSBES.2018.2 vom 13. Dezember 2017**

SO Obergericht, 2017-12-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2018.2](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.2)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2018.2 du 13 décembre 2017

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2018.2 del 13 dicembre 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Die Verfügung vom 13. Dezember 2017 sei aufzuheben.

#### **E. 2**

Die Beschwerdegegnerin habe der Beschwerdeführerin eine volle Invalidenrente ausrichten.

#### **E. 3**

Gestützt auf Art. 6 Ziff. 1 EMRK und Art. 29 f. BV sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung durchzuführen.

#### **E. 4**

Gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin habe das Bundesgericht die von der Beschwerdegegnerin angerufene Depressionspraxis in zwei Urteilen vom 30. November 2017 aufgegeben (8C\_130/2017 sowie 8C\_841/2016). Es sei im Einzelfall einzig danach zu fragen, ob und wie sich die Krankheit leistungsmindernd auswirke. Ein strukturiertes Beweisverfahren sei durchzuführen (E. 4). Ein solches Vorgehen führe zur Bejahung des Rentenanspruchs. Die Versicherte sei bereits im Frühjahr 2012 erkrankt. Gemäss sämtlichen Akten habe seit der Erkrankung bis heute eine Arbeitsunfähigkeit von 50 - 100 % bestanden. Ein erstes Gutachten habe die Beschwerdegegnerin am 26. März 2015 bei PD Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie veranlasst. Dieser habe eine rezidivierende depressive Störung zurzeit mittelgradige Episode ohne somatisches Syndrom im Sinne von ICD-10 F 33.10 sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren im Sinne von ICD-10 F 45.41 diagnostiziert. Der Gutachter habe den Grad der Arbeitsunfähigkeit am zuletzt bis 2011 ausgeübten Arbeitsplatz auf 40 - 50 % geschätzt. Bei einer weniger strukturierten und sich weniger wiederholenden Tätigkeit mit zusätzlich höherer Dichte von Reizen, wie beim Arbeiten als Schwesternhilfe, liege der Grad der Arbeitsunfähigkeit gar bei 50 - 60 %. Der Gutachter sei indessen von einer Möglichkeit der Umstellung der psychiatrischen Medikation ausgegangen. Sodann sei auch für den Zeitraum nach dem ersten Gutachten des PD Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 26. März 2015 ein Rentenanspruch zu bejahen. Vom 26. November 2015 bis zum 2. Februar 2016 habe sich die Versicherte in einen stationären Aufenthalt in die G.\_\_\_\_ begeben. Die Behandlung sei in Form von intensiver psychotherapeutischer Therapie sowie Erhöhung der Medikation des Psychopharmakons Venlafaxin erfolgt. Zudem sei eine Therapie mit dem Psychopharmakon Quetiapin begonnen worden. Dr. med. D.\_\_\_\_ habe das Folgegutachten (Zweitgutachten) am 22. April 2016 erstellt. Testpsychologische Untersuchungen hätten eine mittelschwer bis schwer ausgeprägte depressive Symptomatik mit Verschlechterung gegenüber der Erstbegutachtung ergeben. Die prognostizierte Besserung sei seit dem Vorgutachten vom März 2015 aufgrund eines weiteren Jahres ohne

wesentliche therapeutische Schritte und einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik weiter vermindert worden. Im Ergebnis bestehe nur noch eine Restarbeitsfähigkeit von 10 - 20 %, entsprechend einer Arbeitsunfähigkeit von 80 - 90 %. Das dritte Gutachten habe wiederum PD Dr. med. D. \_\_\_ am 26. Mai 2017 erstellt. Die Arbeitsunfähigkeit liege gemäss Gutachter bezogen auf die angestammte Tätigkeit bei 80 - 90 %. Eine weitere Ergänzung oder Erhöhung oder Umstellung der antidepressiven Therapie sei aus nicht nachvollziehbaren Gründen unterblieben. Die Behandlungsmöglichkeiten seien nicht ausgeschöpft worden und die Behandlung nicht leitlinienkonform. Weiter hielt die Beschwerdeführerin fest, die Behandlung dauere bereits 5.5 Jahre. Eine wesentliche, bleibende Verbesserung habe sich nicht eingestellt. Der Krankheitsverlauf sowie die eingetretene Chronifizierung würden ebenfalls für eine Invalidisierung sprechen. Dasselbe ergebe sich aus dem Scheitern der beruflichen Eingliederung trotz eines Belastbarkeitstrainings von sechs Monaten und einem persönlichen Coaching. Sodann habe die Versicherte gemäss angefochtener Verfügung das Mahn- und Bedenkzeitverfahren erfüllt. Daraus ergebe sich, dass sie die Schadenminderungspflicht nicht verletzt habe. Vorliegend sei die Frage, ob die durchgeführten Behandlungen den Anforderungen der Invalidenversicherung genügen würden, der schlechte Gesundheitszustand also eine Leistungspflicht auslöse, erst in der Verfügung vom 5. September 2016 thematisiert worden (MBZV). Für den Zeitraum ab Anspruchsbeginn bis dahin habe für die Versicherte kein Hinweis der IV-Stelle dafür bestanden, die durchgeführte Behandlung genüge den Belangen der Invalidenversicherung nicht. Nun gleichwohl auch für diesen Zeitraum alle Leistungen zu verweigern, verletze die verfassungsmässigen Rechte der versicherten Person auf ein voraussehbares und verhältnismässiges Verhalten der Behörden. Des Weiteren müsse der Vorschlag der Beschwerdegegnerin, es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von maximal 40 %, abgelehnt werden, Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, bezüglich der in der angefochtenen Verfügung vom 13. Dezember 2017 herangezogenen Rechtsprechung des Bundesgerichts sei der Beschwerdeführerin beizupflichten, dass zwischenzeitlich diese Rechtsprechung aufgehoben worden sei und neu bei sämtlichen psychischen Leiden eine Prüfung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 vorzunehmen sei. Weiter sei festzuhalten, dass die Therapieoptionen klar noch nicht ausgeschöpft worden seien, obwohl nach ärztlicher Prognose eine adäquate Therapie den Gesundheitszustand verbessern würde. Die Beschwerdeführerin sei trotz allen intensiven Forderungen der RAD-Ärztin nach einer optimalen psychiatrischen Dauerbehandlung nicht leitliniengerecht behandelt worden. Das Mahn- und Bedenkzeitverfahren habe sie jedoch erfüllt. Auf die medizinische Beurteilung durch Dr. med. D. \_\_\_ könne aber nicht abgestellt werden, obwohl sie beweismässig sei. Bei der Prüfung der Standardindikatoren würden folgende Ressourcen auffallen: Die Beschwerdeführerin gebe an, den grössten Teil des Haushaltes selbständig zu besorgen. Auch mache sie kleinere Einkäufe selbständig, bereite das Mittag- und Abendessen für die gesamte Familie zu und räume danach die Küche wieder selbständig auf. Ausserdem gehe sie am Nachmittag und Abend bis zu einer Stunde alleine mit dem Hund spazieren. Zudem gebe sie an, am Abend mit dem Ehemann TV zu schauen, dies trotz der Aussage, dass sie sich nicht mehr länger konzentrieren könne und dadurch weniger TV schaue. Die Beschwerdeführerin sei somit in der Lage, ihren Tagesablauf zu strukturieren und anfallende Aufgaben, auch unter Einhaltung eines Zeitplans – das Mittagessen müsse pünktlich auf dem Tisch stehen – zu erledigen. Weiter werde sie vom Ehemann und den Kindern unterstützt. Auch nehme der Ehemann vermehrt Rücksicht auf ihre

krankheitsbedingten Einschränkungen. Dadurch erfahre sie Unterstützung aus dem sozialen Umfeld wodurch weitere Ressourcen mobilisiert werden könnten. Auch würden im Gutachten weitere Therapieoptionen beschrieben, insbesondere in Bezug auf die medikamentöse Behandlung. Auch wenn eventuell nur noch von einer Teilremission auszugehen sei, so sei doch eine Verbesserung der depressiven Symptomatik nach wie vor zu erwarten. Somit könnten im vorliegenden Fall die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen anhand der Standardindikatoren als überwiegend wahrscheinlich erstellt angesehen werden. Jedoch sei die daraus abgeleitete Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit des Gutachters von 80 - 90 % in der freien Wirtschaft resp. 70 % im geschützten Rahmen als definitiv zu hoch anzusehen. Unter Berücksichtigung der oben ausgeführten noch vorhandenen Kompensationspotentiale (Ressourcen) und der leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren sei die Arbeitsunfähigkeitseinschätzung des Gutachters abzuändern. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne angenommen werden. Unter Einbezug der nach wie vor vorhandenen Ressourcen, welche eine Arbeitstätigkeit zulassen würden, sei jedoch von einer maximalen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % auszugehen. In dieser speziellen Fallkonstellation, in der funktionelle Einschränkungen der gestellten Diagnose angenommen werden könnten, sei für die Begründung der nun angenommenen Arbeitsunfähigkeit auf den Artikel Vorschläge zur MdE-Einschätzung bei psychoreaktiven Störungen in der gesetzlichen Unfallversicherung von Dr. med. H. \_\_\_ et al. zu verwiesen. In diesem Artikel publiziere er den, mit einer interdisziplinären Arbeitsgruppe erarbeitete Vorschlag, wie hoch die Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit bei gewissen psychischen Diagnosen ausfallen könnten. Darin werde festgehalten, dass bei einer depressiven Episode mit einer Beeinträchtigung entsprechend einer mittelgradigen depressiven Episode von einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von bis zu 40 % ausgegangen werden könne.

## **E. 5**

Zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente und berufliche Eingliederungsmassnahmen zu Recht verneint hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen von Belang: 5.1 Im psychiatrischen Gutachten zuhanden der Taggeldversicherung I. \_\_\_ vom 9. November 2011 (IV-Nr. 19.5) hielt Dr. med. J. \_\_\_ fest, zum jetzigen Zeitpunkt könne keine die Arbeitsfähigkeit nennenswert einschränkende psychiatrische Erkrankung diagnostiziert werden. Aufgrund des Untersuchungsbefundes könne eine im Sinne einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit relevante depressive Erkrankung ausgeschlossen werden. Die von der Versicherten angegebenen Beschwerden könnten allenfalls als Anpassungsstörung mit somatoformen und neurasthenischen Zügen (ICD-10: F43.28) gedeutet werden, wobei auch so keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden könne, zumal die subjektiv von der Versicherten angegebenen Beschwerden in der Untersuchungssituation kaum hätten objektiviert werden können. Erwähnt sei auch, dass weder nennenswerte psychische noch somatische Komorbiditäten beständen. 5.2 Im Ärztlichen Zeugnis von Dr. med. B. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 1. Juni 2012 (IV-Nr. 10) wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin befinde sich seit dem 31. August 2011 aufgrund einer mittelgradigen depressiven Störung in fachärztlicher Behandlung. Es werde eine supportive Einzelpsychotherapie sowie eine Behandlung mit Psychopharmaka durchgeführt. Es sei in den letzten Monaten zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen. Die Beschwerdeführerin sei bis auf Weiteres zu 100 %

arbeitsunfähig. 5.3 Im Austrittsbericht der K.\_\_\_\_ vom 5. Juni 2012 (IV-Nr. 21), wo die Beschwerdeführerin vom 6. März 2012 bis 27. April 2012 hospitalisiert gewesen war, wurde ausgeführt, es bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) sowie eine rezidivierende depressive Störung, mittel bis schwere Episode, mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11). Als Austrittsmedikation würden Brufen 600mg und Efexor 5mg verschrieben. 5.4 In seinem Bericht vom 20. Januar 2014 (IV-Nr. 45) diagnostizierte Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) sowie eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41). In Folge der depressiven Stimmung der Beschwerdeführerin sei eine Einschränkung der motivationalen Leistungsfähigkeit gegeben. Zusätzlich sei die kognitive Leistungsfähigkeit, die Angststeuerung, die gedankliche Umstellfähigkeit, sowie die Interaktionsfähigkeit beeinträchtigt. Das Vitalgefühl, sowie der Nachtschlaf seien ebenfalls gestört, was sich zusätzlich mindernd auf das Leistungsniveau auswirke. Der Realitätsbezug sei ungestört. Diese Symptomatik begründe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. 5.5 Im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 26. März 2015 (IV-Nr. 61.2) werden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, zur Zeit mittelgradige Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.10) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) diagnostiziert. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sei ein Zustand nach schädlichem Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1), DD: Alkoholabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F10.20). Aktuell könne der Grad der Arbeitsunfähigkeit am zuletzt bis 2011 innegehabten Arbeitsplatz bei ca. 40 - 50 % geschätzt werden. Bei einer weniger strukturierten und sich wiederholenden Tätigkeit mit zusätzlich höherer Reizdichte, wie beim Arbeiten als Schwesternhilfe, läge der Grad der Arbeitsunfähigkeit entsprechend leicht höher bei 50 - 60 %. Zu beachten bleibe, dass die therapeutischen Möglichkeiten zur Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes bei weitem nicht ausgeschöpft seien. Aus psychiatrischer Sicht wäre es daher zu empfehlen, zuerst den gesundheitlichen Zustand der Versicherten durch die entsprechenden therapeutischen Massnahmen und eventuell einen stationären Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik zu verbessern. Durch die Verbesserung des Gesundheitszustands, insbesondere auch der depressiven Erkrankung, könnte die Arbeitsfähigkeit noch wesentlich steigen, was einen langsamen Wiederaufbau der Arbeitsfähigkeit deutlich erleichtern würde und die Chance auf eine volle oder teilweise Rückführung in den Arbeitsmarkt deutlich erhöhen würde. 5.6 Im rheumatologischen Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 26. April 2015 (IV-Nr. 62.1) wurden folgende Diagnosen gestellt: Mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - Periarthropathia humeroscapularis rechts Ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - Chronisches Schmerzsyndrom der rechten Schulter · nicht ausreichend somatisch abstützbar · nicht dermatombezogene Hyposensibilität des ganzen rechten Armes, betont auf der Aussenseite, für ausschliesslich taktile Reize bei allseits normalem Lage- und Vibrationssinn · multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, Kraftverluste - Anamnestisch Reizmagen-Syndrom - Verdacht auf Hyperthyreosis factitia Die Arbeitsfähigkeit sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, für die von der Versicherten bisher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten zu keinem Zeitpunkt anhaltend eingeschränkt gewesen. Nach der am 5. Mai 2014 durchgeführten Schulteroperation rechts sei eine zeitlich limitierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bei grosszügiger Auslegung von maximal 4 Monaten ausgewiesen. Mehr

als mittelgradig körperlich belastende Arbeiten und berufliche Tätigkeiten, bei denen die rechte Hand repetitiv oberhalb der Schulterhöhe eingesetzt werde, wobei derartige berufliche Tätigkeiten von der Versicherten bis anhin in der Schweiz nie ausgeübt worden seien, seien nicht mehr zumutbar. Für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil könne, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden. 5.7 Im Austrittsbericht der G.\_\_\_\_ vom 9. Februar 2016 (IV-Nr. 87, S. 3), wo die Beschwerdeführerin vom 26. November 2015 bis 2. Februar 2016 hospitalisiert gewesen war, wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), diagnostiziert. Als Nebendiagnosen wurden unter anderem eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie ein Verdacht auf eine Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) gestellt. Zum Austrittszeitpunkt hin habe sich die depressive Stimmung der Beschwerdeführerin langsam, jedoch stetig verbessert und sie habe sich zunehmend motiviert, die als positiv erlebten Ansätze in ihren Alltag zu integrieren. Während des Spitalaufenthaltes und bis zum 16. Februar 2016 sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. 5.8 Im psychiatrischen Verlaufsgutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 22. April 2016 (IV-Nr. 90) wurde festgehalten, zum Zeitpunkt der jetzigen Begutachtung sei die depressive Symptomatik für das Gesamtkrankheitsbild führend und überschatte das chronische Schmerzsyndrom deutlich. Dies sei zum Zeitpunkt des Vorgutachtens im März 2015 noch nicht der Fall gewesen. Bedingt sei dieser Unterschied durch eine deutliche Zunahme der depressiven Symptomatik seit Herbst 2015. Insgesamt sei das Zusammenspiel der Diagnosen zwischen der depressiven Störung und der chronischen Schmerzstörung als sich gegenseitig verstärkend zu betrachten. In Bezug auf die bisherige Tätigkeit sei aktuell zum Begutachtungszeitpunkt die Arbeitsunfähigkeit auf 80 - 90 % zu schätzen. Bezüglich des zeitlichen Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit seit der letzten Begutachtung vom März 2015 sei ab spätestens Herbst 2015 eine Verschlechterung der Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Zunahme der depressiven Symptomatik anzunehmen. Es liege eine erhebliche Chronifizierung vor, welche die Prognose in Bezug auf die mögliche Besserung durch eine adäquate Therapie schmälere. Diese Prognose sei nun seit dem Vorgutachten vom März 2015 aufgrund eines weiteten Jahres ohne wesentliche therapeutische Schritte und einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik weiter vermindert worden. Nichtsdestotrotz sei bei einer adäquaten Behandlung entsprechend der Leitlinien immer noch von einer deutlichen Verbesserung des Funktionszustands auszugehen, wobei unklar bleibe, ob eine vollständige Funktionswiederherstellung noch möglich sei. 5.9 Im Austrittsbericht der F.\_\_\_\_ vom 31. Januar 2017 (IV-Nr. 111), wo die Beschwerdeführerin vom 31. Oktober 2016 bis 20. Dezember 2016 hospitalisiert gewesen war, wurden eine rezidivierende depressive Störung, aktuell schwere depressive Episode (F33.2) sowie eine Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert (F43.1). Die Beschwerdeführerin sei am 31. Oktober 2016 zur Stabilisierung des psychischen Zustandsbildes auf die offene angst- und depressionsspezifische Abteilung der Klinik aufgenommen worden. Die vorbestehende antidepressive Therapie mittels Venlafaxin ER 225 mg am Morgen sei vorerst weitergeführt und im Verlauf bei anhaltender Antriebslosigkeit auf 375 mg gesteigert worden. Zusätzlich sei die Behandlung mittels Risperidon 0,5 mg zu Abend fortgeführt und auf 1 mg über den Tag verteilt erhöht worden, aufgrund bestehender Derealisationsercheinungen. Unter dieser Medikation hätten sich der Antrieb der Beschwerdeführerin und auch die Frequenz der Derealisationserlebnisse verringert. Im Laufe des stationären Aufenthaltes habe man bei

anhaltender Gefühlslosigkeit der Beschwerdeführerin mit begleitendem sozialem Rückzug auf Station sowie geringem Kontakt mit Therapeuten die Behandlung mittels Quinolom Ret. auf 450 mg jeweils morgens und abends aufdosiert. Bei kontinuierlicher Behandlung und relativ zufriedenstellender Schlafqualität habe sich schliesslich auch die depressive Symptomatik verbessert und die Beschwerdeführerin habe sich zunehmend wieder leistungsfähiger und selbstsicherer gefühlt. Ebenfalls sei sie im Kontakt wesentlich schwingungsfähiger und offener. Sie habe am 20. Dezember 2016 in verbesserten Allgemeinzustand, bei fehlender Selbst- oder Fremdgefährdung nach Hause austreten können, mit dem Ziel die psychotherapeutische Behandlung in einem stationären Setting in der G.\_\_\_\_ fortzuführen. 5.10 Im Austrittsbericht der G.\_\_\_\_ vom 4. April 2017 (IV-Nr. 117.3), wo die Beschwerdeführerin vom 2. Februar bis 28. März 2017 hospitalisiert gewesen war, wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), diagnostiziert. Des Weiteren wurde ausgeführt, die ambulant begonnene Therapie mit Eflexor 375 mg und die somatische Medikation sei zunächst unverändert fortgeführt worden. In der Akutpsychiatrie in [...] sei im Herbst 2016 zusätzlich Lithium-Risperidon etabliert worden. Beide hätten zu keiner Besserung geführt und wegen unerwünschten Arzneimittelwirkungen abgesetzt werden müssen. Unter Eflexor (375 mg) und der psychotherapeutischen Behandlung sei eine schrittweise Besserung (mehr Mimik, mehr Interesse, mehr Antrieb, beginnend Freude, Morgentief nur noch bis ca. 10 Uhr, zuvor den gesamten Tag) eingetreten. Auf eine vorsichtige Reduktion habe sie sich aus Angst vor möglicher Verschlechterung nicht einlassen können. Bei Austritt hätten noch Antriebslosigkeit und rasche Ermüdbarkeit bestanden. Es werde empfohlen, die Eflexordosierung nach Austritt unter Alltagsbelastungen erneut zu evaluieren und ggf. anzupassen. Es sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit während des Aufenthaltes und bis zum 11. April 2017 zu attestieren. 5.11 Im Verlaufsgutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2017 (IV-Nr. 117.1) wurde festgehalten, wie bereits in der Voruntersuchung im April 2016, dominiere auch bei der aktuellen Begutachtung ein deutlich ausgeprägtes depressives Zustandsbild, welches die vollständigen Kriterien für eine depressive Episode nach ICD-10 erfülle. Allerdings sei die Antriebsstörung momentan nicht so umfassend, als dass eine schwere Episode nach ICD-10 aktuell festgestellt werden könnte. So sei die Versicherte nach wie vor in der Lage, die meisten Arbeiten im Haushalt und in der Küche selbst zu erledigen. Daher bestehe bezüglich der Schweregradeinteilung nach ICD-10 im Verhältnis zur Voruntersuchung vom April 2016 keine veränderte Einordnung des Schweregrades der depressiven Episode. Entsprechend sei auch die hieraus resultierende Arbeitsunfähigkeit nach wie vor bei 80 - 90 %, bezogen auf die angestammte Tätigkeit, anzusetzen. Es sei nach wie vor eine mittelgradige depressive Episode festzustellen. Da die Schmerzen klar nicht mehr der Hauptfokus der Aufmerksamkeit der Versicherten seien, sei das zweite zentrale Diagnosekriterium für eine anhaltende Schmerzstörung nach ICD-10 zum aktuellen Begutachtungszeitpunkt nicht mehr erfüllt. Somit könne die Diagnose im Moment formal nach den Kriterien des ICD-10 nicht mehr gestellt werden. Aufgrund der nach wie vor erheblich ausgeprägten depressiven Symptomatik seien das Durchhaltevermögen, die Selbstbehauptungsfähigkeit, die Kontaktfähigkeit zu Dritten und zu Gruppen, aber auch die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie die Planung und Strukturierung von Aufgaben erheblich eingeschränkt. Daher fänden sich aktuell, wie bereits in der Begutachtung 2016, auch nur noch wenige persönliche Ressourcen, welche nicht durch die depressive Symptomatik erheblich beeinträchtigt seien. Insgesamt sei die medikamentöse Behandlung der weiterhin persistierenden und zwischen mittelschwer bis schwer schwankenden

depressiven Symptomatik nach wie vor nicht leitlinienkonform. Eine Begründung hierfür finde sich in den Akten nicht. Die psychotherapeutische Behandlung dagegen erscheine durchaus entsprechend der hierfür geltenden Leitlinien lege artis und könne als suffizient betrachtet werden. Seit der letzten psychiatrischen Begutachtung der Versicherten im April 2016 fänden sich keinerlei Hinweise auf eine fehlende Kooperation der versicherten Person bei den in diesem Zeitraum erfolgten Therapien. Das Absetzen des Lithiums in der Zwischenperiode zwischen dem Austritt aus der F.\_\_\_\_ und dem Eintritt in die G.\_\_\_\_ sei aus gutachterlicher Sicht eher auf eine damals fehlende fachlich psychiatrische Begleitung der Versicherten und fehlendes Management der Medikation zurückzuführen. 6. Während es aus somatischer Sicht gestützt auf die Akten unbestritten ist, dass bei der Beschwerdeführerin keine Arbeitsunfähigkeit vorliegt und auch im zeitlichen Verlauf keine länger andauernde somatisch bedingte Arbeitsunfähigkeit vorlag, ist die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht umstritten. Die Beschwerdegegnerin stütze sich in ihrer Entscheidung noch auf den Standpunkt, nach geltender Rechtsprechung würden leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen grundsätzlich als therapierbar und somit als nicht invalidisierend gelten. In der Konsequenz bedeute dies, dass in vorliegendem Fall in psychiatrischer Hinsicht von keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Wie von der Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort jedoch anerkannt, hat das Bundesgericht mit Urteil 8C\_841/2017 vom 30. November 2017 die vorgenannte Rechtsprechung geändert. Gemäss der bisherigen Rechtsprechung zu leichten bis mittelschweren Depressionen konnten entsprechende Erkrankungen nur dann als invalidisierend in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen «therapieresistent» waren. Mit der vom Bundesgericht vorgenommenen Praxisänderung gilt dies nicht mehr in dieser absoluten Form. Die entscheidende Frage ist wie bei anderen psychischen Erkrankungen, ob es der betroffenen Person gelingt, auf objektiver Basis den Beweis einer invalidisierenden Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen. Diesbezüglich ist eine Indikatorenprüfung vorzunehmen, was im Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2017 denn auch gemacht wurde. Somit ist im nachfolgenden zu prüfen, ob mit dem Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ eine beweiswertige Grundlage zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts vorliegt. 6.1 Vorweg ist festzuhalten, dass der medizinische Sachverhalt bezüglich des aktuellen psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin sowohl in diagnostischer Hinsicht als auch bezüglich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit widerspruchsfrei ist. So gehen sowohl der Gutachter, Dr. med. D.\_\_\_\_, als auch die Ärzte der F.\_\_\_\_ sowie der G.\_\_\_\_ von mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden und einer Arbeitsunfähigkeit im Bereich von 80 - 90 % bzw. zeitweise gar 100 % aus. Dr. med. D.\_\_\_\_ legt in seinem Gutachten vom 22. April 2017 schlüssig dar, wie bereits in der Voruntersuchung im April 2016, dominiere auch bei der aktuellen Begutachtung ein deutlich ausgeprägtes depressives Zustandsbild, welches die vollständigen Kriterien für eine depressive Episode nach ICD-10 erfülle. Hierbei seien eine klar depressive Stimmung ohne grosse Veränderungen, ein Interessens- und Freudeverlust sowie ein verminderter Antrieb und eine erhöhte Ermüdbarkeit festzustellen. Darüber hinaus bestünden eine deutliche Reduktion des Selbstwertgefühls, Selbstvorwürfe und Schuldgefühle, teilweise Gedanken an den Tod, eine Verminderung des Denk- und Konzentrationsvermögens, eine leichte psychomotorische Hemmung, eine deutliche Schlafstörung sowie eine Verminderung des Appetits. Weiter lasse sich eine mangelnde Fähigkeit, auf Ereignisse oder Aktivitäten emotional zu reagieren, feststellen. Bezüglich des Antriebs bestehe ein Morgentief. Insgesamt lasse sich so auch ein somatisches Syndrom feststellen. Bezüglich

der Schweregradeinteilung zeige sich im Verhältnis zur Voruntersuchung vom April 2016 ein ähnlich schwer ausgeprägtes Bild. Nach wie vor bestehe eine sehr ausgeprägte depressive Symptomatik. Allerdings sei die Antriebsstörung momentan nicht so umfassend, als dass eine schwere Episode nach ICD-10 aktuell festgestellt werden könnte. So sei die Versicherte nach wie vor in der Lage, die meisten Arbeiten im Haushalt und in der Küche selbst zu erledigen. Daher bestehe bezüglich der Schweregradeinteilung nach ICD-10 im Verhältnis zur Voruntersuchung vom April 2016 keine veränderte Einordnung des Schweregrades der depressiven Episode. Es sei nach wie vor eine mittelgradige depressive Episode festzustellen. Allerdings seien aktuell zum jetzigen Untersuchungszeitpunkt die Kriterien für ein zusätzliches somatisches Syndrom erfüllt. Dagegen erscheine der Antrieb geringfügig besser, als dies im April 2016 der Fall gewesen sei. Da die Schmerzen klar nicht mehr der Hauptfokus der Aufmerksamkeit der Versicherten seien, sei das zweite zentrale Diagnosekriterium für eine anhaltende Schmerzstörung nach ICD-10 zum aktuellen Begutachtungszeitpunkt nicht mehr erfüllt. Somit könne die Diagnose im Moment formal nach den Kriterien des ICD-10 nicht mehr gestellt werden. Aufgrund der ausgeprägten depressiven Symptomatik und den hieraus resultierenden im Gutachten beschriebenen Funktionsstörungen bestehe weiterhin eine erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, wie sie bereits im letzten Gutachten vom April 2016 festgestellt worden sei. Die depressive Symptomatik und die hierdurch bedingten Funktionseinschränkungen würden sich in der aktuellen Begutachtung nicht wesentlich anders darstellen, als dies im April 2016 der Fall gewesen sei. Entsprechend sei auch die hieraus resultierende Arbeitsunfähigkeit nach wie vor bei 80 - 90 %, bezogen auf die angestammte Tätigkeit, anzusetzen.

6.2 6.2.1 Wie vorgehend erwähnt, sind gemäss Urteil 8C\_841/2016 vom 30. November 2017 E. 4.5.2 sämtliche psychiatrischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektiverer Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295 f.). Gemäss BGE 141 V 281 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) - Komorbiditäten (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) Hinsichtlich des Indikators «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde» ist auf die vorgehend unter E. II. 6.1 gemachten Ausführungen zu verweisen. So dominiert gemäss Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2017 auch bei der aktuellen Begutachtung ein deutlich ausgeprägtes depressives Zustandsbild, welches die vollständigen Kriterien für eine depressive Episode nach ICD-10 erfüllt. Aufgrund der ausgeprägten depressiven Symptomatik und den hieraus resultierenden im Gutachten beschriebenen Funktionsstörungen bestehe weiterhin eine

erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, wie sie bereits im letzten Gutachten vom April 2016 festgestellt worden sei. Hinsichtlich des Indikators «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» führte Dr. med. D. \_\_\_ aus, wie bereits in den eigenen Vorgutachten von 2015 und 2016 beschrieben, seien insbesondere die medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten der ausgeprägten und persistierenden depressiven Symptomatik in keinsten Form ausgeschöpft worden. In der bisherigen Krankheitsgeschichte der Versicherten seien erst zwei Antidepressiva zum Einsatz gekommen. Einmal sei kurz mit Lithium augmentiert worden. Andere pharmakologische Behandlungsversuche würden weder von der Versicherten noch in den Akten im relevanten Ausmass geschildert. Wie bereits in den Vorgutachten und im aktuellen Gutachten ausführlich dargelegt, sei diese bisherige pharmakologische Behandlung der zwischen mittelschwer und schwer schwanken depressiven Symptomatik nicht leitlinienkonform. Bezüglich der Wirksamkeit müsse jedoch die nun erneut über ein zusätzliches Jahr chronifizierte depressive Symptomatik beachtet werden, welche die potenzielle Wirksamkeit und die potentielle Effektivität der noch diversen medikamentösen Möglichkeiten etwas einschränke. Nichtsdestotrotz bestünden aus gutachterlicher Sicht nach wie vor Chancen, durch eine leitlinienkonforme Weiterführung der medikamentösen Therapie eine deutliche Verbesserung der depressiven Symptomatik zu erreichen. Hinsichtlich einer allfälligen beruflichen Eingliederung hielt Dr. med. D. \_\_\_ sodann fest, die durch die depressive Symptomatik bedingten Funktionseinschränkungen seien zum Begutachtungszeitpunkt aus gutachterlicher Sicht so umfassend, dass unter dem momentanen gesundheitlichen Zustand eine Eingliederungsmassnahme im Sinne einer Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt kaum möglich erscheine und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit krankheitsbedingt scheitern müsste. Vor einer eigentlichen Wiedereingliederung mit Ziel auf den ersten Arbeitsmarkt sollte aus gutachterlicher Sicht jedoch klar eine deutliche Verbesserung der depressiven Symptomatik erreicht werden. Beim Indikator «Komorbiditäten» ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychischen Störungen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich. Eine Störung, welche nach der Rechtsprechung als solche nicht invalidisierend sein kann (vgl. E. 4.3.1.2; Urteil des Bundesgerichts 9C\_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2, in: SVR 2011 IV Nr. 17 S. 44) ist keine Komorbidität. In diesem Zusammenhang ist dem Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_ zu entnehmen, im Empfinden der Versicherten stünden die Schmerzen zum aktuellen Begutachtungszeitpunkt überhaupt nicht mehr im Vordergrund. Die von ihr spontan berichteten Einschränkungen im Alltag würden sich ausschliesslich auf die Auswirkungen der depressiven Symptomatik beziehen. Einschränkungen durch die verschiedenen Schmerzsyndrome würden spontan nicht berichtet. Erst auf Nachfrage gebe die Beschwerdeführerin das Weiterbestehen der verschiedenen Schmerzsyndrome, wie sie bereits in der Begutachtung in 2015 und 2016 beschrieben worden seien, an. Nach wie vor stünde hierbei der Schulterschmerz im Vordergrund. Insgesamt berichte sie jedoch eine Verbesserung der Schmerzproblematik im Verhältnis zur Voruntersuchung von April 2016. Durch die Schmerzproblematiken lasse sich daher rein aus psychiatrischer Sicht keine wesentliche aktuelle Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr festlegen. Psychiatrisch müsse jedoch nach wie vor davon ausgegangen werden, dass die Feststellungen aus dem rheumatologischen Gutachten des Jahres 2015 bezüglich der nicht vollständig erklärbaren Schmerzen unverändert zutreffen würden. Hinsichtlich des Komplexes «Persönlichkeit» geht aus dem Gutachten hervor, aufgrund der nach wie vor erheblich ausgeprägten depressiven Symptomatik seien das Durchhaltevermögen, die Selbstbehauptungsfähigkeit,

die Kontaktfähigkeit zu Dritten und zu Gruppen, aber auch die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie die Planung und Strukturierung von Aufgaben erheblich eingeschränkt. Daher fänden sich aktuell, wie bereits in der Begutachtung 2016, auch nur noch wenige persönliche Ressourcen, welche nicht durch die depressive Symptomatik erheblich beeinträchtigt seien. Als positiver Faktor sei zu nennen, dass der Antrieb und die Erschöpfbarkeit nicht im gleichen Ausmass vermindert seien wie andere Funktionen. Hierdurch gelinge es der Versicherten, noch eine restliche Struktur in ihren Haushaltstätigkeiten aufrechtzuerhalten. Zum Komplex «sozialer Kontext» ist dem Gutachten zu entnehmen, es bestünden begrenzte Ressourcen im sozialen Umfeld der Beschwerdeführerin in Form der Unterstützung durch ihren Ehemann und ihre Kinder. Diese Ressourcen seien jedoch durch die Ausbildungen und Berufstätigkeiten dieser Personen natürlich begrenzt. Weiter müsse in der Zukunft damit gerechnet werden, dass der älteste Sohn und später auch der mittlere Sohn ein selbstständiges Leben aufbauen und so nicht mehr bei den Eltern wohnen würden. Insofern könnten im familiären Umfeld keine zusätzlichen mobilisierbaren Ressourcen lokalisiert werden, im Gegenteil sei durch die Eigenständigkeit der Kinder eher mit einer Abnahme der Ressourcen über die Zeit zu rechnen. Schliesslich geht aus dem Gutachten hinsichtlich der Kategorie «Konsistenz» hervor, es fänden sich keine Diskrepanzen zwischen den geschilderten Symptomen, dem gezeigten Verhalten in der Untersuchungssituation und der Aktenlage seit dem Zeitpunkt der letzten Begutachtung im April 2016. Die Versicherte sehe sich aufgrund ihrer depressiven Symptomatik aktuell als weitgehend arbeitsunfähig an. Aufgrund der bereits an anderer Stelle im Gutachten dargelegten Diagnose und den hieraus entstehenden gesundheitsbedingten Funktionseinschränkungen sei diese Sichtweise einer höherprozentigen Arbeitsunfähigkeit aus gutachterlicher Sicht nachvollziehbar. Diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei auch in Einklang mit einer weitgehenden Einschränkung in der Freizeit und bei den sozialen Aktivitäten. Bezüglich Haushalt bestehe jedoch nur eine leichte Einschränkung, weshalb insgesamt zwar eine sehr hochprozentige Arbeitsunfähigkeit, jedoch nicht eine absolut vollständige Arbeitsunfähigkeit aus gutachterlicher Sicht gerechtfertigt sei.

### 6.2.2

Während Dr. med. D. \_\_\_ von einer Arbeitsunfähigkeit von 80 - 90 % ausgeht und gestützt auf die vorgehende Indikatorenprüfung zum Schluss kommt, es fänden sich aktuell, wie bereits in der Begutachtung 2016, nur noch wenige persönliche Ressourcen, stellt sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt, unter Berücksichtigung der noch vorhandenen Ressourcen und der leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren sei von einer maximalen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % auszugehen. So gebe die Beschwerdeführerin an, den grössten Teil des Haushaltes selbständig zu besorgen und kleinere Einkäufe selbständig zu machen. Sie bereite das Mittag- und Abendessen für die gesamte Familie zu und räume danach die Küche auch wieder selbständig auf. Ausserdem gehe sie am Nachmittag und Abend bis zu einer Stunde alleine mit dem Hund spazieren. Zudem gebe sie an, am Abend mit dem Ehemann TV zu schauen, dies trotz der Aussage, dass sie sich nicht mehr länger konzentrieren könne und dadurch weniger TV schaue. Die Beschwerdeführerin sei somit in der Lage, ihren Tagesablauf zu strukturieren und anfallende Aufgaben, auch unter Einhaltung eines Zeitplans – das Mittagessen müsse pünktlich auf dem Tisch stehen – zu erledigen. Weiter werde sie vom Ehemann und den Kindern unterstützt. Auch nehme der Ehemann vermehrt Rücksicht auf ihre krankheitsbedingten Einschränkungen. Dadurch erfahre sie Unterstützung aus dem sozialen Umfeld wodurch weitere Ressourcen mobilisiert werden könnten. Auch würden im

Gutachten weitere Therapieoptionen beschrieben, insbesondere in Bezug auf die medikamentöse Behandlung. Der Ansicht der Beschwerdegegnerin kann jedoch im Lichte der beweiswertigen Ausführungen von Dr. med. D.\_\_\_\_ nicht gefolgt werden. So legte Dr. med. D.\_\_\_\_, wie vorgehend ausgeführt, überzeugend dar, aufgrund der ausgeprägten depressiven Symptomatik seien das Durchhaltevermögen, die Selbstbehauptungsfähigkeit, die Kontaktfähigkeit zu Dritten und zu Gruppen, aber auch die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie die Planung und Strukturierung von Aufgaben erheblich eingeschränkt. Daher fänden sich nur noch wenige persönliche Ressourcen, welche nicht durch die depressive Symptomatik erheblich beeinträchtigt seien. Als positiver Faktor sei zu nennen, dass der Antrieb und die Erschöpfbarkeit nicht im gleichen Ausmass vermindert seien wie andere Funktionen. Hierdurch gelinge es der Versicherten, noch eine restliche Struktur in ihren Haushaltstätigkeiten aufrechtzuerhalten. Damit zeigt sich auch, dass – entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin – von der noch vorhandenen Fähigkeit, den Haushalt zu führen, nicht ohne weiteres auf allfällige Ressourcen für eine Arbeitstätigkeit im ausserhäuslichen Bereich geschlossen werden kann. Insofern sich die Beschwerdegegnerin mit Hinweis auf die medizinische Literatur darauf beruft, dass bei einer mittelgradigen depressiven Episode lediglich eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % gegeben sei, ist festzuhalten, dass eine solche Diagnose je nach vorhandenen Ressourcen der betreffenden Person sehr unterschiedliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben kann. Diesem Umstand wird denn auch mit der bundesgerichtlich festgelegten Indikatorenprüfung Rechnung getragen. Genügend Ressourcen um eine Arbeitstätigkeit im Rahmen von 60 % aufzunehmen, sind aufgrund des Gesagten nicht erstellt. Es ist zudem zu berücksichtigen, dass bei der Beschwerdeführerin auch zeitweilig schwergradige depressive Episoden vorlagen (vgl. Austrittsbericht der F.\_\_\_\_ vom 31. Januar 2017 und Bericht der G.\_\_\_\_ vom 4. April 2017). Dr. med. D.\_\_\_\_ hat denn ebenfalls auf den wechselnden Verlauf der Depression der Beschwerdeführerin hingewiesen. Auch im Lichte dessen vermag die von Dr. med. D.\_\_\_\_ aktuell festgelegte Arbeitsunfähigkeit von 80 - 90 % zu überzeugen.

6.3 Bezüglich des zeitlichen Verlaufs der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin führte Dr. med. D.\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 26. März 2015 (IV-Nr. 61.2) nachvollziehbar aus, laut Aktenlage sei die Beschwerdeführerin am 9. Mai 2011 von ihrer Hausärztin dauerhaft zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden. Schon vor diesem Datum sei es zu verschiedenen Krankschreibungen unterschiedlichen Ausmasses gekommen. Ob zu diesem Zeitpunkt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe oder nur eine Teilarbeitsunfähigkeit, lasse sich rückwirkend nicht mehr mit letzter Sicherheit nachvollziehen. Eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in erheblichem Masse zu diesem Zeitpunkt sei jedoch anzunehmen. Im weiteren Krankheitsverlauf sei es zu einer Zunahme der depressiven Symptomatik gekommen. Spätestens im Jahr 2012 habe die depressive Symptomatik eine schwere Ausprägung erreicht, wie dies im Bericht der J.\_\_\_\_ dokumentiert sei. Somit müsse für den Zeitraum vor dem stationären Aufenthalt bereits eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % angenommen werden. Danach sei es zur Besserung der depressiven Symptomatik und somit auch wieder einer Teilarbeitsfähigkeit gekommen. Wie hoch diese jedoch im zeitlichen Verlauf jeweils genau gelegen habe, lasse sich aus den Schilderungen der Versicherten und der Aktenlage nicht sicher nachvollziehen. Hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit seit der Begutachtung vom März 2015 führte Dr. med. D.\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 22. April 2016 (IV-Nr. 90) sodann aus, es sei ab spätestens Herbst 2015 eine Verschlechterung der Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Zunahme der depressiven Symptomatik anzunehmen. Gestützt auf die Berichte der

Versicherten selbst, müsse davon ausgegangen werden, dass im Spätherbst 2015 vor Eintritt in die G.\_\_\_\_ die Arbeitsfähigkeit vollständig aufgehoben gewesen sei. Dies gelte auch für den Aufenthalt in der G.\_\_\_\_. Seit Austritt aus der Klinik könne nun von dem in der Begutachtung festgestellten Beeinträchtigungsgrad von 80 - 90 % ausgegangen werden. Zu beachten bleibe, dass depressive Erkrankungen in ihrer Ausprägung Schwankungen unterworfen sein könnten, welche entsprechend Schwankungen der Arbeitsfähigkeit auch zukünftig bedingen könnten. Bezüglich des zeitlichen Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit seit der Begutachtung vom 22. April 2016 hielt Dr. med. D.\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 26. Mai 2017 (IV-Nr. 117.1) schliesslich fest, im April 2016 könne der Verlauf bis zum Eintritt in die F.\_\_\_\_ nur geschätzt werden, da in den Akten keine detaillierten Angaben zum Gesundheitszustand existierten. So basiere diese Einschätzung zwischen der letzten Begutachtung und dem Eintritt in die F.\_\_\_\_ im Herbst 2016 nur auf den Schilderungen der Versicherten. Darauf beruhend sei es nach der Begutachtung zu einer weiteren leichten Verschlechterung der depressiven Symptomatik und somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch zu einer Zunahme der Arbeitsunfähigkeit gekommen. Entsprechend stelle sich auch die Symptomatik beim Eintritt in die F.\_\_\_\_ als schwergradig dar. Somit sei spätestens ab Eintritt in die F.\_\_\_\_ und wahrscheinlich bereits auch einige Zeit davor von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit, basierend auf den Auswirkungen der Depression, auszugehen. Der Klinikaufenthalt in der F.\_\_\_\_ habe den Gesundheitszustand nur äusserst geringfügig verbessert, wie im Austrittsbericht mit den Ein- und Ausgangstestungen bezüglich des stationären Aufenthalts dokumentiert worden sei. Somit bestehe aus gutachterlicher Sicht danach auch keine wesentliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit. Mit dieser Einschätzung übereinstimmend finde sich nach wie vor eine schwer ausgeprägte depressive Symptomatik bei Eintritt in die G.\_\_\_\_ Anfang Februar 2017, aufgrund welcher man zu diesem Zeitpunkt von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgehen müsse. Nach Entlassung aus der G.\_\_\_\_ habe eine leichte Verbesserung der depressiven Symptomatik mit leicht mehr Antrieb bestanden, als dies zum Begutachtungszeitpunkt der Fall gewesen sei. Entsprechend sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Arbeitsunfähigkeit direkt nach dem Austritt aus der G.\_\_\_\_ geringfügig niedriger gewesen, als dies zum direkten Begutachtungszeitpunkt heute der Fall sei. Kurz nach Klinikaustritt habe sich jedoch wieder das im Gutachten aktuell beschriebene Bild eingestellt, sodass die Verbesserung von wahrscheinlich nur wenigen Prozent nur sehr kurz ange dauert habe. Zusammenfassend ist somit gestützt auf die Akten und die überzeugenden Ausführungen von Dr. med. D.\_\_\_\_ von folgendem Verlauf der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auszugehen: Dr. med. J.\_\_\_\_ ging in seinem Gutachten vom 9. November 2011 (IV-Nr. 19.5) noch von keiner Arbeitsunfähigkeit aus. Auch dem Ärztlichen Zeugnis des behandelnden Psychiaters, Dr. med. B.\_\_\_\_, vom 1. Juni 2012 (IV-Nr. 10) sind bezüglich des Beginns der von ihm statuierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit keine Angaben zu entnehmen. Eine solche ist gestützt auf die Ausführungen von Dr. med. D.\_\_\_\_ erst mit Eintritt in die K.\_\_\_\_ am 6. März 2012 erstellt (IV-Nr. 21). Im Bericht der K.\_\_\_\_ wird der Beschwerdeführerin bei Austritt ein verbesserter Gesundheitszustand attestiert. Es fehlen aber in der Folge über längere Zeit Berichte, die sich zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit und allfälligen Therapien äussern. Eine über ein Jahr erstellte Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % ist somit im damaligen Zeitraum noch nicht nachweisbar, womit das Wartejahr in diesem Zeitpunkt noch nicht zu laufen begonnen hat. Erst im Bericht von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 20. Januar 2014 (IV-Nr. 45) ist wiederum von einer erheblichen Arbeitsunfähigkeit von 50 % die Rede. Zum

vorgehenden Verlauf der Arbeitsfähigkeit äussert sich Dr. med. B. \_\_\_ nicht. Eine Arbeitsunfähigkeit von 40 - 50 % wird sodann auch im Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_ vom 26. März 2015 bestätigt. Damit kann mangels echtzeitlicher Berichte erst ab dem Bericht von Dr. med. B. \_\_\_ vom 20. Januar 2014 von einer relevanten andauernden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Der Beginn des Wartejahres ist somit auf Januar 2014 festzulegen. Ab diesem Zeitpunkt ist gestützt auf die überzeugenden Ausführungen von Dr. med. D. \_\_\_ eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 45 % anzunehmen. Ab spätestens Herbst 2015 ist gemäss Dr. med. D. \_\_\_ von einer Verschlechterung der Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Zunahme der depressiven Symptomatik auszugehen. Im Spätherbst 2015 vor Eintritt in die G. \_\_\_ sei die Arbeitsfähigkeit vollständig aufgehoben gewesen. Seit Austritt aus der G. \_\_\_ könne nun von dem in der Begutachtung festgestellten Beeinträchtigungsgrad von 80 - 90 % ausgegangen werden. Gestützt darauf kann somit ab September 2015 von einer wesentlichen Verschlechterung und von einer durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit von 85 % ausgegangen werden. Diese Arbeitsunfähigkeit war gemäss Dr. med. D. \_\_\_ in der Folge zwar leichten Schwankungen unterworfen, es ist aber gestützt auf die Akten und die Ausführungen von Dr. med. D. \_\_\_ danach durchgehend von einer durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit von 85 % auszugehen. 7. Wie aus den Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_ hervorgeht, entspricht die bisherige Tätigkeit der Beschwerdeführerin einer ideal angepassten Tätigkeit. Somit basiert sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen auf der gleichen Lohnbasis, womit der Grad der Arbeitsfähigkeit dem Invaliditätsgrad entspricht. Es kann demnach auf eine Berechnung des Invaliditätsgrades verzichtet werden. Da kein Tabellenlohn hinzugezogen werden muss, kommt sodann auch kein Abzug vom Tabellenlohn in Frage. Demnach hat die Beschwerdeführerin nach Ablauf des Wartejahres ab Januar 2015 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 45 % Anspruch auf eine Viertelsrente. Unter Berücksichtigung der Dreimonatsfrist gemäss Art. 88a Abs. 2 IVV besteht schliesslich ab Dezember 2015 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 85 % Anspruch auf eine ganze Rente. 8. Am Rentenanspruch der Beschwerdeführerin ändert auch der Umstand nichts, dass Dr. med. D. \_\_\_ in seinem neusten Gutachten vom 26. Mai 2017 zum wiederholten Mal festgehalten hat, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei durch eine lege artis durchgeführte psychopharmakologische Therapie besserbar. So hat das Bundesgericht wiederholt unter Hinweis auf BGE 127 V 294 E. 4c S. 298 bekräftigt, dass in der Invalidenversicherung die Therapierbarkeit eines Leidens dem Eintritt einer rentenbegründenden Invalidität nicht absolut entgegensteht (zuletzt etwa Urteile 8C\_222/2017 vom 6. Juli 2017 E. 5.2, 9C\_682/2016 vom 16. Februar 2017 E. 3.2, 8C\_349/2016 vom 2. November 2015 E. 3.1). Denn die Behandelbarkeit, für sich allein betrachtet, sagt nichts über den invalidisierenden Charakter einer psychischen Störung, so auch eines depressiven Leidens, aus (vgl. auch RAHEL SAGER, Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Depressionen, SZS 2015 S. 308 ff., 317 f. Ziff. 5.2). Für die Entstehung des Anspruchs auf eine Invalidenrente im Besonderen ist immer und einzig vorausgesetzt, dass während eines Jahres (ohne wesentlichen Unterbruch) eine mindestens 40%ige Arbeitsunfähigkeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG bestanden hat und eine anspruchsbegründende Erwerbsunfähigkeit weiterhin besteht (vgl. BGE 127 V 294 E. 4c). Aus diesem Grundsatzurteil geht weiter hervor, dass in jedem Einzelfall eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit unabhängig von der diagnostischen Einordnung eines Leidens und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein muss, was im vorliegenden Fall gestützt auf die beweiswertigen

Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ gegeben ist. Trotz Zusprechung einer Rente ist die Beschwerdeführerin ausdrücklich auf ihre weiterhin bestehende Schadenminderungspflicht hinzuweisen. Nach dem Grundsatz der Selbsteingliederung (BGE 113 V 28 E. 4a) hat die versicherte Person von sich aus das ihr Zumutbare zur Verbesserung der Erwerbsfähigkeit beizutragen, in erster Linie durch Ausschöpfung sämtlicher medizinischer Behandlungs- und weiterer therapeutischer Möglichkeiten (BGE 127 V 297 E. 4b/cc). Dr. med. D.\_\_\_\_ hat in seinem Gutachten vom 26. Mai 2017 noch einmal bekräftigt, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch eine lege artis durchgeführte psychopharmakologische Therapie verbessert werden könne. Entzieht oder widersetzt sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder trägt sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu bei, so können ihr gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden. Behandlungs- oder Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, sind nicht zumutbar. Dass eine erneute psychopharmakologische Behandlung nicht zumutbar ist oder – wie von der Beschwerdeführerin geltend gemacht – eine Gefahr für ihre Gesundheit darstellen, geht aus den vorliegenden medizinischen Akten nicht hervor. Für die im vorliegenden Verfahren vorzunehmende Anspruchsprüfung führt der Umstand, dass gemäss Dr. med. D.\_\_\_\_ bislang keine psychopharmakologische Therapie lege artis durchgeführt worden sei, nicht zu einer Rentenkürzung. Zwar können einer versicherten Person gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden, wenn sich dieser einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben entzieht oder widersetzt, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder wenn sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu beiträgt. Sie muss aber vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen. Die Beschwerdeführerin wurde erstmals mit Schreiben vom 27. Juli 2015 (IV-Nr. 73) auf ihre Mitwirkungspflicht aufmerksam gemacht, sie habe sich zumutbaren medizinischen Massnahmen zu unterziehen. Ein sogenanntes Mahn- und Bedenkzeitverfahren mit einer entsprechenden Fristansetzung wurde im vorliegenden Fall jedoch erst per 5. September 2016 eingeleitet, worin die Beschwerdeführerin aufgefordert wurde, sich einer psychiatrischen Therapie zu unterziehen und sich bis am 16. September 2016 bei ihrem Psychiater Dr. med. B.\_\_\_\_ zu melden. Dieser Aufforderung ist sie in der Folge unbestrittenermassen nachgekommen und hat sich für zwei stationäre Aufenthalte in Psychiatrische Kliniken begeben (vgl. IV-Nr. 112). Dies wird auch von der Beschwerdegegnerin so anerkannt, zumal Dr. med. D.\_\_\_\_ ausdrücklich darauf hingewiesen hat, seit der letzten psychiatrischen Begutachtung der Versicherten im April 2016 fänden sich keinerlei Hinweise auf eine fehlende Kooperation der versicherten Person bei den in diesem Zeitraum erfolgten Therapien. Das Absetzen des Lithiums in der Zwischenperiode zwischen dem Austritt aus der psychiatrischen Klinik Solothurn und dem Eintritt in die G.\_\_\_\_ sei aus gutachterlicher Sicht eher auf eine damals fehlende fachlich psychiatrische Begleitung der Versicherten und fehlendes Management der Medikation zurückzuführen. Zudem ist dem Austrittsbericht der G.\_\_\_\_ vom 4. April 2017 (IV-Nr. 117.3) zu entnehmen, auf eine Reduktion des psychopharmakologischen Medikaments Efixor habe sich die Beschwerdeführerin aus Angst vor möglicher Verschlechterung nicht einlassen können. Eine fehlende Medikamentencompliance kann somit nicht festgestellt werden. 9. Somit ist die Beschwerde gutzuheissen und die Verfügung vom 13. Dezember 2017 aufzuheben.

Die Beschwerdeführerin hat ab Januar 2015 Anspruch auf eine Viertelsrente. Ab Dezember 2015 hat sie Anspruch auf eine ganze Rente. Demnach kann auf Durchführung der von der Beschwerdeführerin beantragten Verhandlung verzichtet werden. 9.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht der Beschwerdeführerin eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung auf CHF 4'400.20 festzusetzen (15.5 Stunden zu CHF 260.00, zuzügl. Auslagen von CHF 55.10 und MwSt). Die Differenz zur eingereichten Kostennote ergibt sich aus folgenden Gründen: Die Positionen vom 30. September 2016 bis und mit 16. November 2017 betreffen allesamt vorprozessualen Aufwand und sind im vorliegenden Verfahren nicht zu vergüten. Sodann gewährt das Versicherungsgericht einen Stundenansatz von mehr als CHF 260.00 praxisgemäss nur in ganz aussergewöhnlichen Fällen. Ein solcher liegt hier nicht vor. Der vom Vertreter geltend gemachte Stundenansatz von CHF 300.00 ist somit auf CHF 260.00 zu kürzen. Des Weiteren sind die Verfügungen des Versicherungsgerichts selten umfangreich und kompliziert, weshalb deren Durchsicht praxisgemäss nicht separat vergütet wird (Positionen vom 15. Januar 2018 und 26. Februar 2018). Zudem sind die Kopien pro Stück nur mit 50 Rappen zu vergüten (§ 158 Abs. 3 Gebührentarif) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Schliesslich ist die Position «Durchsicht E-Mail Kostengutsprache Rechtsschutzversicherung» nicht zu vergüten und der nachprozessuale Aufwand auf 0.50 h zu kürzen, da dieser bei einer Gutheissung geringer ausfällt. 9.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die IV-Stelle die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist der Beschwerdeführerin der geleistete Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 zurückzuerstatten.

## **E. 26**

März 2015 ein Rentenanspruch zu bejahen. Vom 26. November 2015 bis zum 2. Februar 2016 habe sich die Versicherte in einen stationären Aufenthalt in die G. \_\_\_ begeben. Die Behandlung sei in Form von intensiver psychotherapeutischer Therapie sowie Erhöhung der Medikation des Psychopharmakons Venlafaxin erfolgt. Zudem sei eine Therapie mit dem Psychopharmakon Quetiapin begonnen worden. Dr. med. D. \_\_\_ habe das Folgegutachten (Zweitgutachten) am 22. April 2016 erstellt. Testpsychologische Untersuchungen hätten eine mittelschwer bis schwer ausgeprägte depressive Symptomatik mit Verschlechterung gegenüber der Erstbegutachtung ergeben. Die prognostizierte Besserung sei seit dem Vorgutachten vom März 2015 aufgrund eines weiteren Jahres ohne wesentliche therapeutische Schritte und einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik weiter vermindert worden. Im Ergebnis bestehe nur noch eine Restarbeitsfähigkeit von 10 - 20 %, entsprechend einer Arbeitsunfähigkeit von 80 - 90 %. Das dritte Gutachten habe wiederum PD Dr. med. D. \_\_\_ am 26. Mai 2017 erstellt. Die Arbeitsunfähigkeit liege gemäss Gutachter bezogen auf die angestammte Tätigkeit bei 80 - 90 %. Eine weitere Ergänzung oder Erhöhung oder Umstellung der antidepressiven Therapie sei aus nicht nachvollziehbaren Gründen unterblieben. Die Behandlungsmöglichkeiten seien nicht ausgeschöpft worden und die Behandlung nicht leitlinienkonform. Weiter hielt die Beschwerdeführerin fest, die Behandlung dauere bereits 5.5 Jahre. Eine wesentliche, bleibende Verbesserung habe sich nicht eingestellt. Der Krankheitsverlauf sowie die

eingetretene Chronifizierung würden ebenfalls für eine Invalidisierung sprechen. Dasselbe ergebe sich aus dem Scheitern der beruflichen Eingliederung trotz eines Belastbarkeitstrainings von sechs Monaten und einem persönlichen Coaching. Sodann habe die Versicherte gemäss angefochtener Verfügung das Mahn- und Bedenkzeitverfahren erfüllt. Daraus ergebe sich, dass sie die Schadenminderungspflicht nicht verletzt habe. Vorliegend sei die Frage, ob die durchgeführten Behandlungen den Anforderungen der Invalidenversicherung genügen würden, der schlechte Gesundheitszustand also eine Leistungspflicht auslöse, erst in der Verfügung vom 5. September 2016 thematisiert worden (MBZV). Für den Zeitraum ab Anspruchsbeginn bis dahin habe für die Versicherte kein Hinweis der IV-Stelle dafür bestanden, die durchgeführte Behandlung genüge den Belangen der Invalidenversicherung nicht. Nun gleichwohl auch für diesen Zeitraum alle Leistungen zu verweigern, verletze die verfassungsmässigen Rechte der versicherten Person auf ein voraussehbares und verhältnismässiges Verhalten der Behörden. Des Weiteren müsse der Vorschlag der Beschwerdegegnerin, es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von maximal 40 %, abgelehnt werden,

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, bezüglich der in der angefochtenen Verfügung vom 13. Dezember 2017 herangezogenen Rechtsprechung des Bundesgerichts sei der Beschwerdeführerin beizupflichten, dass zwischenzeitlich diese Rechtsprechung aufgehoben worden sei und neu bei sämtlichen psychischen Leiden eine Prüfung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 vorzunehmen sei. Weiter sei festzuhalten, dass die Therapieoptionen klar noch nicht ausgeschöpft worden seien, obwohl nach ärztlicher Prognose eine adäquate Therapie den Gesundheitszustand verbessern würde. Die Beschwerdeführerin sei trotz allen intensiven Forderungen der RAD-Ärztin nach einer optimalen psychiatrischen Dauerbehandlung nicht leitliniengerecht behandelt worden. Das Mahn- und Bedenkzeitverfahren habe sie jedoch erfüllt. Auf die medizinische Beurteilung durch Dr. med. D.\_\_\_\_ könne aber nicht abgestellt werden, obwohl sie beweiswertig sei. Bei der Prüfung der Standardindikatoren würden folgende Ressourcen auffallen: Die Beschwerdeführerin gebe an, den grössten Teil des Haushaltes selbständig zu besorgen. Auch mache sie kleinere Einkäufe selbständig, bereite das Mittag- und Abendessen für die gesamte Familie zu und räume danach die Küche wieder selbständig auf. Ausserdem gehe sie am Nachmittag und Abend bis zu einer Stunde alleine mit dem Hund spazieren. Zudem gebe sie an, am Abend mit dem Ehemann TV zu schauen, dies trotz der Aussage, dass sie sich nicht mehr länger konzentrieren könne und dadurch weniger TV schaue. Die Beschwerdeführerin sei somit in der Lage, ihren Tagesablauf zu strukturieren und anfallende Aufgaben, auch unter Einhaltung eines Zeitplans ■ das Mittagessen müsse pünktlich auf dem Tisch stehen ■ zu erledigen. Weiter werde sie vom Ehemann und den Kindern unterstützt. Auch nehme der Ehemann vermehrt Rücksicht auf ihre krankheitsbedingten Einschränkungen. Dadurch erfahre sie Unterstützung aus dem sozialen Umfeld wodurch weitere Ressourcen mobilisiert werden könnten. Auch würden im Gutachten weitere Therapieoptionen beschrieben, insbesondere in Bezug auf die medikamentöse Behandlung. Auch wenn eventuell nur noch von einer Teilremission auszugehen sei, so sei doch eine Verbesserung der depressiven Symptomatik nach wie vor zu erwarten. Somit könnten im vorliegenden Fall die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen anhand der Standardindikatoren als überwiegend wahrscheinlich erstellt angesehen werden. Jedoch sei die daraus abgeleitete Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit des Gutachters von 80 - 90 % in der freien Wirtschaft resp. 70 % im geschützten Rahmen als definitiv zu hoch anzusehen.

Unter Berücksichtigung der oben ausgeführten noch vorhandenen Kompensationspotentiale (Ressourcen) und der leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren sei die Arbeitsunfähigkeitseinschätzung des Gutachters abzuändern. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne angenommen werden. Unter Einbezug der nach wie vor vorhandenen Ressourcen, welche eine Arbeitstätigkeit zulassen würden, sei jedoch von einer maximalen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % auszugehen. In dieser speziellen Fallkonstellation, in der funktionelle Einschränkungen der gestellten Diagnose angenommen werden könnten, sei für die Begründung der nun angenommenen Arbeitsunfähigkeit auf den Artikel Vorschläge zur MdE-Einschätzung bei psychoreaktiven Störungen in der gesetzlichen Unfallversicherung von Dr. med. H. \_\_\_ et al. zu verwiesen. In diesem Artikel publiziere er den, mit einer interdisziplinären Arbeitsgruppe erarbeitete Vorschlag, wie hoch die Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit bei gewissen psychischen Diagnosen ausfallen könnten. Darin werde festgehalten, dass bei einer depressiven Episode mit einer Beeinträchtigung entsprechend einer mittelgradigen depressiven Episode von einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von bis zu 40 % ausgegangen werden könne.

5. Zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente und berufliche Eingliederungsmassnahmen zu Recht verneint hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen von Belang:

5.1 Im psychiatrischen Gutachten zuhanden der Taggeldversicherung I. \_\_\_ vom 9. November 2011 (IV-Nr. 19.5) hielt Dr. med. J. \_\_\_ fest, zum jetzigen Zeitpunkt könne keine die Arbeitsfähigkeit nennenswert einschränkende psychiatrische Erkrankung diagnostiziert werden. Aufgrund des Untersuchungsbefundes könne eine im Sinne einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit relevante depressive Erkrankung ausgeschlossen werden. Die von der Versicherten angegebenen Beschwerden könnten allenfalls als Anpassungsstörung mit somatoformen und neurasthenischen Zügen (ICD-10: F43.28) gedeutet werden, wobei auch so keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden könne, zumal die subjektiv von der Versicherten angegebenen Beschwerden in der Untersuchungssituation kaum hätten objektiviert werden können. Erwähnt sei auch, dass weder nennenswerte psychische noch somatische Komorbiditäten bestünden.

5.2 Im Ärztlichen Zeugnis von Dr. med. B. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 1. Juni 2012 (IV-Nr. 10) wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin befinde sich seit dem 31. August 2011 aufgrund einer mittelgradigen depressiven Störung in fachärztlicher Behandlung. Es werde eine supportive Einzelpsychotherapie sowie eine Behandlung mit Psychopharmaka durchgeführt. Es sei in den letzten Monaten zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen. Die Beschwerdeführerin sei bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig.

5.3 Im Austrittsbericht der K. \_\_\_ vom 5. Juni 2012 (IV-Nr. 21), wo die Beschwerdeführerin vom 6. März 2012 bis

## **E. 27**

April 2012 hospitalisiert gewesen war, wurde ausgeführt, es bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) sowie eine rezidivierende depressive Störung, mittel bis schwere Episode, mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11). Als Austrittsmedikation würden Brufen 600mg und Efexor 5mg verschrieben.

5.4 In seinem Bericht vom 20. Januar 2014 (IV-Nr. 45) diagnostizierte Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) sowie eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41). In Folge der depressiven Stimmung der Beschwerdeführerin sei eine Einschränkung der motivationalen Leistungsfähigkeit gegeben. Zusätzlich sei die kognitive Leistungsfähigkeit, die Angststeuerung, die gedankliche Umstellfähigkeit, sowie die Interaktionsfähigkeit beeinträchtigt. Das Vitalgefühl, sowie der Nachtschlaf seien ebenfalls gestört, was sich zusätzlich mindernd auf das Leistungsniveau auswirke. Der Realitätsbezug sei ungestört. Diese Symptomatik begründe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %.

5.5 Im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 26. März 2015 (IV-Nr. 61.2) werden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, zur Zeit mittelgradige Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.10) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) diagnostiziert. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sei ein Zustand nach schädlichem Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1), DD: Alkoholabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F10.20). Aktuell könne der Grad der Arbeitsunfähigkeit am zuletzt bis 2011 innegehabten Arbeitsplatz bei ca. 40 - 50 % geschätzt werden. Bei einer weniger strukturierten und sich wiederholenden Tätigkeit mit zusätzlich höherer Reizdichte, wie beim Arbeiten als Schwesternhilfe, läge der Grad der Arbeitsunfähigkeit entsprechend leicht höher bei 50 - 60 %. Zu beachten bleibe, dass die therapeutischen Möglichkeiten zur Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes bei weitem nicht ausgeschöpft seien. Aus psychiatrischer Sicht wäre es daher zu empfehlen, zuerst den gesundheitlichen Zustand der Versicherten durch die entsprechenden therapeutischen Massnahmen und eventuell einen stationären Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik zu verbessern. Durch die Verbesserung des Gesundheitszustands, insbesondere auch der depressiven Erkrankung, könnte die Arbeitsfähigkeit noch wesentlich steigen, was einen langsamen Wiederaufbau der Arbeitsfähigkeit deutlich erleichtern würde und die Chance auf eine volle oder teilweise Rückführung in den Arbeitsmarkt deutlich erhöhen würde.

5.6 Im rheumatologischen Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 26. April 2015 (IV-Nr. 62.1) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Die Arbeitsfähigkeit sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, für die von der Versicherten bisher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten zu keinem Zeitpunkt anhaltend eingeschränkt gewesen. Nach der am 5. Mai 2014 durchgeführten Schulteroperation rechts sei eine zeitlich limitierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bei grosszügiger Auslegung von maximal 4 Monaten ausgewiesen. Mehr als mittelgradig körperlich belastende Arbeiten und berufliche Tätigkeiten, bei denen die rechte Hand repetitiv oberhalb der Schulterhöhe eingesetzt werde, wobei derartige berufliche Tätigkeiten von der Versicherten bis anhin in der Schweiz nie ausgeübt worden seien, seien nicht mehr zumutbar. Für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil könne, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden.

5.7 Im Austrittsbericht der G.\_\_\_\_ vom 9. Februar 2016 (IV-Nr. 87, S. 3), wo die Beschwerdeführerin vom 26. November 2015 bis 2. Februar 2016 hospitalisiert gewesen war, wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), diagnostiziert. Als Nebendiagnosen wurden unter anderem eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie ein Verdacht auf eine Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) gestellt. Zum Austrittszeitpunkt hin habe sich die depressive Stimmung der Beschwerdeführerin langsam, jedoch stetig verbessert und sie habe sich zunehmend motiviert, die als positiv erlebten Ansätze in ihren Alltag zu integrieren. Während des Spitalaufenthaltes und bis zum 16. Februar 2016 sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig gewesen.

5.8 Im psychiatrischen Verlaufsgutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 22. April 2016 (IV-Nr. 90) wurde festgehalten, zum Zeitpunkt der jetzigen Begutachtung sei die depressive Symptomatik für das Gesamtkrankheitsbild führend und überschatte das chronische Schmerzsyndrom deutlich. Dies sei zum Zeitpunkt des Vorgutachtens im März 2015 noch nicht der Fall gewesen. Bedingt sei dieser Unterschied durch eine deutliche Zunahme der depressiven Symptomatik seit Herbst 2015. Insgesamt sei das Zusammenspiel der Diagnosen zwischen der depressiven Störung und der chronischen Schmerzstörung als sich gegenseitig verstärkend zu betrachten. In Bezug auf die bisherige Tätigkeit sei aktuell zum Begutachtungszeitpunkt die Arbeitsunfähigkeit auf 80 - 90 % zu schätzen. Bezüglich des zeitlichen Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit seit der letzten Begutachtung vom März 2015 sei ab spätestens Herbst 2015 eine Verschlechterung der Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Zunahme der depressiven Symptomatik anzunehmen. Es liege eine erhebliche Chronifizierung vor, welche die Prognose in Bezug auf die mögliche Besserung durch eine adäquate Therapie schmälere. Diese Prognose sei nun seit dem Vorgutachten vom März 2015 aufgrund eines weiteten Jahres ohne wesentliche therapeutische Schritte und einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik weiter vermindert worden. Nichtsdestotrotz sei bei einer adäquaten Behandlung entsprechend der Leitlinien immer noch von einer deutlichen Verbesserung des Funktionszustands auszugehen, wobei unklar bleibe, ob eine vollständige Funktionswiederherstellung noch möglich sei.

5.9 Im Austrittsbericht der F.\_\_\_\_ vom 31. Januar 2017 (IV-Nr. 111), wo die Beschwerdeführerin vom 31. Oktober 2016 bis 20. Dezember 2016 hospitalisiert gewesen war, wurden eine rezidivierende depressive Störung, aktuell schwere depressive Episode (F33.2) sowie eine Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert (F43.1). Die Beschwerdeführerin sei am 31. Oktober 2016 zur Stabilisierung des psychischen Zustandsbildes auf die offene angst- und depressionsspezifische Abteilung der Klinik aufgenommen worden. Die vorbestehende antidepressive Therapie mittels Venlafaxin ER 225 mg am Morgen sei vorerst weitergeführt und im Verlauf bei anhaltender Antriebslosigkeit auf 375 mg gesteigert worden. Zusätzlich sei die Behandlung mittels Risperidon 0,5 mg zu Abend fortgeführt und auf 1 mg über den Tag verteilt erhöht worden, aufgrund bestehender Derealisationsercheinungen. Unter dieser Medikation hätten sich der Antrieb der Beschwerdeführerin und auch die Frequenz der Derealisationserlebnisse verringert. Im Laufe des stationären Aufenthaltes habe man bei anhaltender Gefühlslosigkeit der Beschwerdeführerin mit begleitendem sozialem Rückzug auf Station sowie geringem Kontakt mit Therapeuten die Behandlung mittels Quinolorm Ret. auf 450 mg jeweils morgens und abends aufdosiert. Bei kontinuierlicher Behandlung und relativ zufriedenstellender Schlafqualität habe sich schliesslich auch die depressive Symptomatik

verbessert und die Beschwerdeführerin habe sich zunehmend wieder leistungsfähiger und selbstsicherer gefühlt. Ebenfalls sei sie im Kontakt wesentlich schwingungsfähiger und offener. Sie habe am 20. Dezember 2016 in verbesserten Allgemeinzustand, bei fehlender Selbst- oder Fremdgefährdung nach Hause austreten können, mit dem Ziel die psychotherapeutische Behandlung in einem stationären Setting in der G.\_\_\_\_ fortzuführen.

5.10 Im Austrittsbericht der G.\_\_\_\_ vom 4. April 2017 (IV-Nr. 117.3), wo die Beschwerdeführerin vom 2. Februar bis 28. März 2017 hospitalisiert gewesen war, wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), diagnostiziert. Des Weiteren wurde ausgeführt, die ambulant begonnene Therapie mit Efexor 375 mg und die somatische Medikation sei zunächst unverändert fortgeführt worden. In der Akutpsychiatrie in [...] sei im Herbst 2016 zusätzlich Lithium-Risperidon etabliert worden. Beide hätten zu keiner Besserung geführt und wegen unerwünschten Arzneimittelwirkungen abgesetzt werden müssen. Unter Efexor (375 mg) und der psychotherapeutischen Behandlung sei eine schrittweise Besserung (mehr Mimik, mehr Interesse, mehr Antrieb, beginnend Freude, Morgentief nur noch bis ca. 10 Uhr, zuvor den gesamten Tag) eingetreten. Auf eine vorsichtige Reduktion habe sie sich aus Angst vor möglicher Verschlechterung nicht einlassen können. Bei Austritt hätten noch Antriebslosigkeit und rasche Ermüdbarkeit bestanden. Es werde empfohlen, die Efexordosierung nach Austritt unter Alltagsbelastungen erneut zu evaluieren und ggf. anzupassen. Es sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit während des Aufenthaltes und bis zum 11. April 2017 zu attestieren.

5.11 Im Verlaufsgutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2017 (IV-Nr. 117.1) wurde festgehalten, wie bereits in der Voruntersuchung im April 2016, dominiere auch bei der aktuellen Begutachtung ein deutlich ausgeprägtes depressives Zustandbild, welches die vollständigen Kriterien für eine depressive Episode nach ICD-10 erfülle. Allerdings sei die Antriebsstörung momentan nicht so umfassend, als dass eine schwere Episode nach ICD-10 aktuell festgestellt werden könnte. So sei die Versicherte nach wie vor in der Lage, die meisten Arbeiten im Haushalt und in der Küche selbst zu erledigen. Daher bestehe bezüglich der Schweregradeinteilung nach ICD-10 im Verhältnis zur Voruntersuchung vom April 2016 keine veränderte Einordnung des Schweregrades der depressiven Episode. Entsprechend sei auch die hieraus resultierende Arbeitsunfähigkeit nach wie vor bei 80 - 90 %, bezogen auf die angestammte Tätigkeit, anzusetzen. Es sei nach wie vor eine mittelgradige depressive Episode festzustellen. Da die Schmerzen klar nicht mehr der Hauptfokus der Aufmerksamkeit der Versicherten seien, sei das zweite zentrale Diagnosekriterium für eine anhaltende Schmerzstörung nach ICD-10 zum aktuellen Begutachtungszeitpunkt nicht mehr erfüllt. Somit könne die Diagnose im Moment formal nach den Kriterien des ICD-10 nicht mehr gestellt werden. Aufgrund der nach wie vor erheblich ausgeprägten depressiven Symptomatik seien das Durchhaltevermögen, die Selbstbehauptungsfähigkeit, die Kontaktfähigkeit zu Dritten und zu Gruppen, aber auch die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie die Planung und Strukturierung von Aufgaben erheblich eingeschränkt. Daher fänden sich aktuell, wie bereits in der Begutachtung 2016, auch nur noch wenige persönliche Ressourcen, welche nicht durch die depressive Symptomatik erheblich beeinträchtigt seien. Insgesamt sei die medikamentöse Behandlung der weiterhin persistierenden und zwischen mittelschwer bis schwer schwankenden depressiven Symptomatik nach wie vor nicht leitlinienkonform. Eine Begründung hierfür finde sich in den Akten nicht. Die psychotherapeutische Behandlung dagegen erscheine

durchaus entsprechend der hierfür geltenden Leitlinien lege artis und könne als suffizient betrachtet werden. Seit der letzten psychiatrischen Begutachtung der Versicherten im April 2016 fänden sich keinerlei Hinweise auf eine fehlende Kooperation der versicherten Person bei den in diesem Zeitraum erfolgten Therapien. Das Absetzen des Lithiums in der Zwischenperiode zwischen dem Austritt aus der F.\_\_\_\_ und dem Eintritt in die G.\_\_\_\_ sei aus gutachterlicher Sicht eher auf eine damals fehlende fachlich psychiatrische Begleitung der Versicherten und fehlendes Management der Medikation zurückzuführen.

6. Während es aus somatischer Sicht gestützt auf die Akten unbestritten ist, dass bei der Beschwerdeführerin keine Arbeitsunfähigkeit vorliegt und auch im zeitlichen Verlauf keine länger andauernde somatisch bedingte Arbeitsunfähigkeit vorlag, ist die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht umstritten. Die Beschwerdegegnerin stütze sich in ihrem Entscheid noch auf den Standpunkt, nach geltender Rechtsprechung würden leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen grundsätzlich als therapierbar und somit als nicht invalidisierend gelten. In der Konsequenz bedeute dies, dass in vorliegendem Fall in psychiatrischer Hinsicht von keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Wie von der Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort jedoch anerkannt, hat das Bundesgericht mit Urteil 8C\_841/2017 vom 30. November 2017 die vorgenannte Rechtsprechung geändert. Gemäss der bisherigen Rechtsprechung zu leichten bis mittelschweren Depressionen konnten entsprechende Erkrankungen nur dann als invalidisierend in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen «therapieresistent» waren. Mit der vom Bundesgericht vorgenommenen Praxisänderung gilt dies nicht mehr in dieser absoluten Form. Die entscheidende Frage ist wie bei anderen psychischen Erkrankungen, ob es der betroffenen Person gelingt, auf objektiverer Basis den Beweis einer invalidisierenden Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen. Diesbezüglich ist eine Indikatorenprüfung vorzunehmen, was im Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2017 denn auch gemacht wurde. Somit ist im nachfolgenden zu prüfen, ob mit dem Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ eine beweiswertige Grundlage zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts vorliegt.

6.1 Vorweg ist festzuhalten, dass der medizinische Sachverhalt bezüglich des aktuellen psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin sowohl in diagnostischer Hinsicht als auch bezüglich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit widerspruchsfrei ist. So gehen sowohl der Gutachter, Dr. med. D.\_\_\_\_, als auch die Ärzte der F.\_\_\_\_ sowie der G.\_\_\_\_ von mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden und einer Arbeitsunfähigkeit im Bereich von 80 - 90 % bzw. zeitweise gar 100 % aus. Dr. med. D.\_\_\_\_ legt in seinem Gutachten vom 22. April 2017 schlüssig dar, wie bereits in der Voruntersuchung im April 2016, dominiere auch bei der aktuellen Begutachtung ein deutlich ausgeprägtes depressives Zustandsbild, welches die vollständigen Kriterien für eine depressive Episode nach ICD-10 erfülle. Hierbei seien eine klar depressive Stimmung ohne grosse Veränderungen, ein Interessens- und Freudeverlust sowie ein verminderter Antrieb und eine erhöhte Ermüdbarkeit festzustellen. Darüber hinaus bestünden eine deutliche Reduktion des Selbstwertgefühls, Selbstvorwürfe und Schuldgefühle, teilweise Gedanken an den Tod, eine Verminderung des Denk- und Konzentrationsvermögens, eine leichte psychomotorische Hemmung, eine deutliche Schlafstörung sowie eine Verminderung des Appetits. Weiter lasse sich eine mangelnde Fähigkeit, auf Ereignisse oder Aktivitäten emotional zu reagieren, feststellen. Bezüglich des Antriebs bestehe ein Morgentief. Insgesamt lasse sich so auch ein somatisches Syndrom feststellen. Bezüglich der Schweregradeinteilung zeige

sich im Verhältnis zur Voruntersuchung vom April 2016 ein ähnlich schwer ausgeprägtes Bild. Nach wie vor bestehe eine sehr ausgeprägte depressive Symptomatik. Allerdings sei die Antriebsstörung momentan nicht so umfassend, als dass eine schwere Episode nach ICD-10 aktuell festgestellt werden könnte. So sei die Versicherte nach wie vor in der Lage, die meisten Arbeiten im Haushalt und in der Küche selbst zu erledigen. Daher bestehe bezüglich der Schweregradeinteilung nach ICD-10 im Verhältnis zur Voruntersuchung vom April 2016 keine veränderte Einordnung des Schweregrades der depressiven Episode. Es sei nach wie vor eine mittelgradige depressive Episode festzustellen. Allerdings seien aktuell zum jetzigen Untersuchungszeitpunkt die Kriterien für ein zusätzliches somatisches Syndrom erfüllt. Dagegen erscheine der Antrieb geringfügig besser, als dies im April 2016 der Fall gewesen sei. Da die Schmerzen klar nicht mehr der Hauptfokus der Aufmerksamkeit der Versicherten seien, sei das zweite zentrale Diagnosekriterium für eine anhaltende Schmerzstörung nach ICD-10 zum aktuellen Begutachtungszeitpunkt nicht mehr erfüllt. Somit könne die Diagnose im Moment formal nach den Kriterien des ICD-10 nicht mehr gestellt werden. Aufgrund der ausgeprägten depressiven Symptomatik und den hieraus resultierenden im Gutachten beschriebenen Funktionsstörungen bestehe weiterhin eine erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, wie sie bereits im letzten Gutachten vom April 2016 festgestellt worden sei. Die depressive Symptomatik und die hierdurch bedingten Funktionseinschränkungen würden sich in der aktuellen Begutachtung nicht wesentlich anders darstellen, als dies im April 2016 der Fall gewesen sei. Entsprechend sei auch die hieraus resultierende Arbeitsunfähigkeit nach wie vor bei 80 - 90 %, bezogen auf die angestammte Tätigkeit, anzusetzen.

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)

-Komorbiditäten (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)

Hinsichtlich des Indikators «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde» ist auf die vorgehend unter E. II. 6.1 gemachten Ausführungen zu verweisen. So dominiert gemäss Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_ vom 26. Mai 2017 auch bei der aktuellen Begutachtung ein deutlich ausgeprägtes depressives Zustandsbild, welches die vollständigen Kriterien für eine depressive Episode nach ICD-10 erfüllt. Aufgrund der ausgeprägten depressiven Symptomatik und den hieraus resultierenden im Gutachten beschriebenen Funktionsstörungen bestehe weiterhin eine erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, wie sie bereits im letzten Gutachten vom April 2016 festgestellt worden sei.

Hinsichtlich des Indikators «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» führte Dr. med. D. \_\_\_ aus, wie bereits in den eigenen Vorgutachten von 2015 und 2016 beschrieben, seien insbesondere die medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten der ausgeprägten und persistierenden depressiven Symptomatik in keinster Form ausgeschöpft worden. In der bisherigen Krankheitsgeschichte der Versicherten seien erst zwei Antidepressiva zum Einsatz gekommen. Einmal sei kurz mit Lithium augmentiert worden. Andere pharmakologische Behandlungsversuche würden weder von der Versicherten noch in den Akten im relevanten Ausmass geschildert. Wie bereits in den Vorgutachten und im aktuellen Gutachten ausführlich dargelegt, sei diese bisherige pharmakologische Behandlung der zwischen mittelschwer und schwer schwanken depressiven Symptomatik nicht leitlinienkonform. Bezüglich der Wirksamkeit müsse jedoch die nun erneut über ein zusätzliches Jahr chronifizierte depressive Symptomatik beachtet werden, welche die potenzielle Wirksamkeit und die potentielle Effektivität der noch diversen medikamentösen Möglichkeiten etwas einschränke. Nichtsdestotrotz bestünden aus gutachterlicher Sicht nach wie vor Chancen, durch eine leitlinienkonforme Weiterführung der medikamentösen Therapie eine deutliche Verbesserung der depressiven Symptomatik zu erreichen. Hinsichtlich einer allfälligen beruflichen Eingliederung hielt Dr. med. D. \_\_\_ sodann fest, die durch die depressive Symptomatik bedingten Funktionseinschränkungen seien zum Begutachtungszeitpunkt aus gutachterlicher Sicht so umfassend, dass unter dem momentanen gesundheitlichen Zustand eine Eingliederungsmassnahme im Sinne einer Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt kaum möglich erscheine und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit krankheitsbedingt scheitern müsste. Vor einer eigentlichen Wiedereingliederung mit Ziel auf den ersten Arbeitsmarkt sollte aus gutachterlicher Sicht jedoch klar eine deutliche Verbesserung der depressiven Symptomatik erreicht werden.

Beim Indikator «Komorbiditäten» ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychischen Störungen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich. Eine Störung, welche nach der Rechtsprechung als solche nicht invalidisierend sein kann (vgl. E. 4.3.1.2; Urteil des Bundesgerichts 9C\_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2, in: SVR 2011 IV Nr. 17 S. 44) ist keine Komorbidität. In diesem Zusammenhang ist dem Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_ zu entnehmen, im Empfinden der Versicherten stünden die Schmerzen zum aktuellen Begutachtungszeitpunkt überhaupt nicht mehr im Vordergrund. Die von ihr spontan berichteten Einschränkungen im Alltag würden sich ausschliesslich auf die Auswirkungen der depressiven Symptomatik beziehen. Einschränkungen durch die verschiedenen Schmerzsyndrome würden spontan nicht berichtet. Erst auf Nachfrage gebe die Beschwerdeführerin das Weiterbestehen der verschiedenen Schmerzsyndrome, wie sie bereits in der Begutachtung in 2015 und 2016 beschrieben worden seien, an. Nach wie vor stünde hierbei der Schulterschmerz im Vordergrund. Insgesamt berichte sie jedoch eine Verbesserung der Schmerzproblematik im Verhältnis zur Voruntersuchung von April 2016. Durch die Schmerzproblematiken lasse sich daher rein aus psychiatrischer Sicht keine wesentliche aktuelle Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr festlegen. Psychiatrisch müsse jedoch nach wie vor davon ausgegangen werden, dass die Feststellungen aus dem rheumatologischen Gutachten des Jahres 2015 bezüglich der nicht vollständig erklärbaren Schmerzen unverändert zutreffen würden.

Hinsichtlich des Komplexes «Persönlichkeit» geht aus dem Gutachten hervor, aufgrund der nach wie vor erheblich ausgeprägten depressiven Symptomatik seien das

Durchhaltevermögen, die Selbstbehauptungsfähigkeit, die Kontaktfähigkeit zu Dritten und zu Gruppen, aber auch die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie die Planung und Strukturierung von Aufgaben erheblich eingeschränkt. Daher fänden sich aktuell, wie bereits in der Begutachtung 2016, auch nur noch wenige persönliche Ressourcen, welche nicht durch die depressive Symptomatik erheblich beeinträchtigt seien. Als positiver Faktor sei zu nennen, dass der Antrieb und die Erschöpfbarkeit nicht im gleichen Ausmass vermindert seien wie andere Funktionen. Hierdurch gelinge es der Versicherten, noch eine restliche Struktur in ihren Haushaltstätigkeiten aufrechtzuerhalten.

Zum Komplex «sozialer Kontext» ist dem Gutachten zu entnehmen, es bestünden begrenzte Ressourcen im sozialen Umfeld der Beschwerdeführerin in Form der Unterstützung durch ihren Ehemann und ihre Kinder. Diese Ressourcen seien jedoch durch die Ausbildungen und Berufstätigkeiten dieser Personen natürlich begrenzt. Weiter müsse in der Zukunft damit gerechnet werden, dass der älteste Sohn und später auch der mittlere Sohn ein selbstständiges Leben aufbauen und so nicht mehr bei den Eltern wohnen würden. Insofern könnten im familiären Umfeld keine zusätzlichen mobilisierbaren Ressourcen lokalisiert werden, im Gegenteil sei durch die Eigenständigkeit der Kinder eher mit einer Abnahme der Ressourcen über die Zeit zu rechnen.

Schliesslich geht aus dem Gutachten hinsichtlich der Kategorie «Konsistenz» hervor, es fänden sich keine Diskrepanzen zwischen den geschilderten Symptomen, dem gezeigten Verhalten in der Untersuchungssituation und der Aktenlage seit dem Zeitpunkt der letzten Begutachtung im April 2016. Die Versicherte sehe sich aufgrund ihrer depressiven Symptomatik aktuell als weitgehend arbeitsunfähig an. Aufgrund der bereits an anderer Stelle im Gutachten dargelegten Diagnose und den hieraus entstehenden gesundheitsbedingten Funktionseinschränkungen sei diese Sichtweise einer höherprozentigen Arbeitsunfähigkeit aus gutachterlicher Sicht nachvollziehbar. Diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei auch in Einklang mit einer weitgehenden Einschränkung in der Freizeit und bei den sozialen Aktivitäten. Bezüglich Haushalt bestehe jedoch nur eine leichte Einschränkung, weshalb insgesamt zwar eine sehr hochprozentige Arbeitsunfähigkeit, jedoch nicht eine absolut vollständige Arbeitsunfähigkeit aus gutachterlicher Sicht gerechtfertigt sei.

6.2.2 Während Dr. med. D.\_\_\_\_ von einer Arbeitsunfähigkeit von 80 - 90 % ausgeht und gestützt auf die vorgehende Indikatorenprüfung zum Schluss kommt, es fänden sich aktuell, wie bereits in der Begutachtung 2016, nur noch wenige persönliche Ressourcen, stellt sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt, unter Berücksichtigung der noch vorhandenen Ressourcen und der leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren sei von einer maximalen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % auszugehen. So gebe die Beschwerdeführerin an, den grössten Teil des Haushaltes selbständig zu besorgen und kleinere Einkäufe selbständig zu machen. Sie bereite das Mittag- und Abendessen für die gesamte Familie zu und räume danach die Küche auch wieder selbständig auf. Ausserdem gehe sie am Nachmittag und Abend bis zu einer Stunde alleine mit dem Hund spazieren. Zudem gebe sie an, am Abend mit dem Ehemann TV zu schauen, dies trotz der Aussage, dass sie sich nicht mehr länger konzentrieren könne und dadurch weniger TV schaue. Die Beschwerdeführerin sei somit in der Lage, ihren Tagesablauf zu strukturieren und anfallende Aufgaben, auch unter Einhaltung eines Zeitplans ■ das Mittagessen müsse pünktlich auf dem Tisch stehen ■ zu erledigen. Weiter werde sie vom Ehemann und den Kindern unterstützt. Auch nehme der Ehemann vermehrt Rücksicht auf ihre

krankheitsbedingten Einschränkungen. Dadurch erfahre sie Unterstützung aus dem sozialen Umfeld wodurch weitere Ressourcen mobilisiert werden könnten. Auch würden im Gutachten weitere Therapieoptionen beschrieben, insbesondere in Bezug auf die medikamentöse Behandlung.

Der Ansicht der Beschwerdegegnerin kann jedoch im Lichte der beweismässigen Ausführungen von Dr. med. D.\_\_\_\_ nicht gefolgt werden. So legte Dr. med. D.\_\_\_\_, wie vorgehend ausgeführt, überzeugend dar, aufgrund der ausgeprägten depressiven Symptomatik seien das Durchhaltevermögen, die Selbstbehauptungsfähigkeit, die Kontaktfähigkeit zu Dritten und zu Gruppen, aber auch die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie die Planung und Strukturierung von Aufgaben erheblich eingeschränkt. Daher fänden sich nur noch wenige persönliche Ressourcen, welche nicht durch die depressive Symptomatik erheblich beeinträchtigt seien. Als positiver Faktor sei zu nennen, dass der Antrieb und die Erschöpfbarkeit nicht im gleichen Ausmass vermindert seien wie andere Funktionen. Hierdurch gelinge es der Versicherten, noch eine restliche Struktur in ihren Haushaltstätigkeiten aufrechtzuerhalten. Damit zeigt sich auch, dass ■ entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin ■ von der noch vorhandenen Fähigkeit, den Haushalt zu führen, nicht ohne weiteres auf allfällige Ressourcen für eine Arbeitstätigkeit im ausserhäuslichen Bereich geschlossen werden kann. Insofern sich die Beschwerdegegnerin mit Hinweis auf die medizinische Literatur darauf beruft, dass bei einer mittelgradigen depressiven Episode lediglich eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % gegeben sei, ist festzuhalten, dass eine solche Diagnose je nach vorhandenen Ressourcen der betreffenden Person sehr unterschiedliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben kann. Diesem Umstand wird denn auch mit der bundesgerichtlich festgelegten Indikatorenprüfung Rechnung getragen. Genügend Ressourcen um eine Arbeitstätigkeit im Rahmen von 60 % aufzunehmen, sind aufgrund des Gesagten nicht erstellt. Es ist zudem zu berücksichtigen, dass bei der Beschwerdeführerin auch zeitweilig schwergradige depressive Episoden vorlagen (vgl. Austrittsbericht der F.\_\_\_\_ vom 31. Januar 2017 und Bericht der G.\_\_\_\_ vom 4. April 2017). Dr. med. D.\_\_\_\_ hat denn ebenfalls auf den wechselnden Verlauf der Depression der Beschwerdeführerin hingewiesen. Auch im Lichte dessen vermag die von Dr. med. D.\_\_\_\_ aktuell festgelegte Arbeitsunfähigkeit von 80 - 90 % zu überzeugen.

6.3 Bezüglich des zeitlichen Verlaufs der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin führte Dr. med. D.\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 26. März 2015 (IV-Nr. 61.2) nachvollziehbar aus, laut Aktenlage sei die Beschwerdeführerin am 9. Mai 2011 von ihrer Hausärztin dauerhaft zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden. Schon vor diesem Datum sei es zu verschiedenen Krankenschreibungen unterschiedlichen Ausmasses gekommen. Ob zu diesem Zeitpunkt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe oder nur eine Teilarbeitsunfähigkeit, lasse sich rückwirkend nicht mehr mit letzter Sicherheit nachvollziehen. Eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in erheblichem Masse zu diesem Zeitpunkt sei jedoch anzunehmen. Im weiteren Krankheitsverlauf sei es zu einer Zunahme der depressiven Symptomatik gekommen. Spätestens im Jahr 2012 habe die depressive Symptomatik eine schwere Ausprägung erreicht, wie dies im Bericht der J.\_\_\_\_ dokumentiert sei. Somit müsse für den Zeitraum vor dem stationären Aufenthalt bereits eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % angenommen werden. Danach sei es zur Besserung der depressiven Symptomatik und somit auch wieder einer Teilarbeitsfähigkeit gekommen. Wie hoch diese jedoch im zeitlichen Verlauf jeweils genau gelegen habe, lasse sich aus den Schilderungen der Versicherten und der Aktenlage nicht sicher nachvollziehen.

Hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit seit der Begutachtung vom März 2015 führte Dr. med. D.\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 22. April 2016 (IV-Nr. 90) sodann aus, es sei ab spätestens Herbst 2015 eine Verschlechterung der Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Zunahme der depressiven Symptomatik anzunehmen. Gestützt auf die Berichte der Versicherten selbst, müsse davon ausgegangen werden, dass im Spätherbst 2015 vor Eintritt in die G.\_\_\_\_ die Arbeitsfähigkeit vollständig aufgehoben gewesen sei. Dies gelte auch für den Aufenthalt in der G.\_\_\_\_. Seit Austritt aus der Klinik könne nun von dem in der Begutachtung festgestellten Beeinträchtigungsgrad von 80 - 90 % ausgegangen werden. Zu beachten bleibe, dass depressive Erkrankungen in ihrer Ausprägung Schwankungen unterworfen sein könnten, welche entsprechend Schwankungen der Arbeitsfähigkeit auch zukünftig bedingen könnten.

Bezüglich des zeitlichen Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit seit der Begutachtung vom 22. April 2016 hielt Dr. med. D.\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 26. Mai 2017 (IV-Nr. 117.1) schliesslich fest, im April 2016 könne der Verlauf bis zum Eintritt in die F.\_\_\_\_ nur geschätzt werden, da in den Akten keine detaillierten Angaben zum Gesundheitszustand existierten. So basiere diese Einschätzung zwischen der letzten Begutachtung und dem Eintritt in die F.\_\_\_\_ im Herbst 2016 nur auf den Schilderungen der Versicherten. Darauf beruhend sei es nach der Begutachtung zu einer weiteren leichten Verschlechterung der depressiven Symptomatik und somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch zu einer Zunahme der Arbeitsunfähigkeit gekommen. Entsprechend stelle sich auch die Symptomatik beim Eintritt in die F.\_\_\_\_ als schwergradig dar. Somit sei spätestens ab Eintritt in die F.\_\_\_\_ und wahrscheinlich bereits auch einige Zeit davor von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit, basierend auf den Auswirkungen der Depression, auszugehen. Der Klinikaufenthalt in der F.\_\_\_\_ habe den Gesundheitszustand nur äusserst geringfügig verbessert, wie im Austrittsbericht mit den Ein- und Ausgangstestungen bezüglich des stationären Aufenthalts dokumentiert worden sei. Somit bestehe aus gutachterlicher Sicht danach auch keine wesentliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit. Mit dieser Einschätzung übereinstimmend finde sich nach wie vor eine schwer ausgeprägte depressive Symptomatik bei Eintritt in die G.\_\_\_\_ Anfang Februar 2017, aufgrund welcher man zu diesem Zeitpunkt von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgehen müsse. Nach Entlassung aus der G.\_\_\_\_ habe eine leichte Verbesserung der depressiven Symptomatik mit leicht mehr Antrieb bestanden, als dies zum Begutachtungszeitpunkt der Fall gewesen sei. Entsprechend sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Arbeitsunfähigkeit direkt nach dem Austritt aus der G.\_\_\_\_ geringfügig niedriger gewesen, als dies zum direkten Begutachtungszeitpunkt heute der Fall sei. Kurz nach Klinikaustritt habe sich jedoch wieder das im Gutachten aktuell beschriebene Bild eingestellt, sodass die Verbesserung von wahrscheinlich nur wenigen Prozent nur sehr kurz ange dauert habe.

Zusammenfassend ist somit gestützt auf die Akten und die überzeugenden Ausführungen von Dr. med. D.\_\_\_\_ von folgendem Verlauf der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auszugehen: Dr. med. J.\_\_\_\_ ging in seinem Gutachten vom 9. November 2011 (IV-Nr. 19.5) noch von keiner Arbeitsunfähigkeit aus. Auch dem Ärztlichen Zeugnis des behandelnden Psychiaters, Dr. med. B.\_\_\_\_, vom 1. Juni 2012 (IV-Nr. 10) sind bezüglich des Beginns der von ihm statuierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit keine Angaben zu entnehmen. Eine solche ist gestützt auf die Ausführungen von Dr. med. D.\_\_\_\_ erst mit Eintritt in die K.\_\_\_\_ am 6. März 2012 erstellt (IV-Nr. 21). Im Bericht der K.\_\_\_\_ wird der Beschwerdeführerin bei Austritt ein verbesserter Gesundheitszustand attestiert. Es fehlen

aber in der Folge über längere Zeit Berichte, die sich zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit und allfälligen Therapien äussern. Eine über ein Jahr erstellte Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % ist somit im damaligen Zeitraum noch nicht nachweisbar, womit das Wartejahr in diesem Zeitpunkt noch nicht zu laufen begonnen hat. Erst im Bericht von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 20. Januar 2014 (IV-Nr. 45) ist wiederum von einer erheblichen Arbeitsunfähigkeit von 50 % die Rede. Zum vorgehenden Verlauf der Arbeitsfähigkeit äussert sich Dr. med. B.\_\_\_\_ nicht. Eine Arbeitsunfähigkeit von 40 - 50 % wird sodann auch im Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 26. März 2015 bestätigt. Damit kann mangels echtzeitlicher Berichte erst ab dem Bericht von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 20. Januar 2014 von einer relevanten andauernden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Der Beginn des Wartejahres ist somit auf Januar 2014 festzulegen. Ab diesem Zeitpunkt ist gestützt auf die überzeugenden Ausführungen von Dr. med. D.\_\_\_\_ eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 45 % anzunehmen. Ab spätestens Herbst 2015 ist gemäss Dr. med. D.\_\_\_\_ von einer Verschlechterung der Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Zunahme der depressiven Symptomatik auszugehen. Im Spätherbst 2015 vor Eintritt in die G.\_\_\_\_ sei die Arbeitsfähigkeit vollständig aufgehoben gewesen. Seit Austritt aus der G.\_\_\_\_ könne nun von dem in der Begutachtung festgestellten Beeinträchtigungsgrad von 80 - 90 % ausgegangen werden. Gestützt darauf kann somit ab September 2015 von einer wesentlichen Verschlechterung und von einer durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit von 85 % ausgegangen werden. Diese Arbeitsunfähigkeit war gemäss Dr. med. D.\_\_\_\_ in der Folge zwar leichten Schwankungen unterworfen, es ist aber gestützt auf die Akten und die Ausführungen von Dr. med. D.\_\_\_\_ danach durchgehend von einer durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit von 85 % auszugehen.

7. Wie aus den Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ hervorgeht, entspricht die bisherige Tätigkeit der Beschwerdeführerin einer ideal angepassten Tätigkeit. Somit basiert sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen auf der gleichen Lohnbasis, womit der Grad der Arbeitsfähigkeit dem Invaliditätsgrad entspricht. Es kann demnach auf eine Berechnung des Invaliditätsgrades verzichtet werden. Da kein Tabellenlohn hinzugezogen werden muss, kommt sodann auch kein Abzug vom Tabellenlohn in Frage. Demnach hat die Beschwerdeführerin nach Ablauf des Wartejahres ab Januar 2015 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 45 % Anspruch auf eine Viertelsrente. Unter Berücksichtigung der Dreimonatsfrist gemäss Art. 88a Abs. 2 IVV besteht schliesslich ab Dezember 2015 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 85 % Anspruch auf eine ganze Rente.

8. Am Rentenanspruch der Beschwerdeführerin ändert auch der Umstand nichts, dass Dr. med. D.\_\_\_\_ in seinem neusten Gutachten vom 26. Mai 2017 zum wiederholten Mal festgehalten hat, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei durch eine lege artis durchgeführte psychopharmakologische Therapie besserbar. So hat das Bundesgericht wiederholt unter Hinweis auf BGE 127 V 294 E. 4c S. 298 bekräftigt, dass in der Invalidenversicherung die Therapierbarkeit eines Leidens dem Eintritt einer rentenbegründenden Invalidität nicht absolut entgegensteht (zuletzt etwa Urteile 8C\_222/2017 vom 6. Juli 2017 E. 5.2, 9C\_682/2016 vom 16. Februar 2017 E. 3.2, 8C\_349/2016 vom 2. November 2015 E. 3.1). Denn die Behandelbarkeit, für sich allein betrachtet, sagt nichts über den invalidisierenden Charakter einer psychischen Störung, so auch eines depressiven Leidens, aus (vgl. auch RAHEL SAGER, Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Depressionen, SZS 2015 S. 308 ff., 317 f. Ziff. 5.2). Für die Entstehung des Anspruchs auf eine Invalidenrente im Besonderen ist immer und einzig

vorausgesetzt, dass während eines Jahres (ohne wesentlichen Unterbruch) eine mindestens 40%ige Arbeitsunfähigkeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG bestanden hat und eine anspruchsbegründende Erwerbsunfähigkeit weiterhin besteht (vgl. BGE 127 V 294 E. 4c). Aus diesem Grundsatzurteil geht weiter hervor, dass in jedem Einzelfall eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit unabhängig von der diagnostischen Einordnung eines Leidens und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein muss, was im vorliegenden Fall gestützt auf die beweismässigen Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ gegeben ist.

Trotz Zusprennung einer Rente ist die Beschwerdeführerin ausdrücklich auf ihre weiterhin bestehende Schadenminderungspflicht hinzuweisen. Nach dem Grundsatz der Selbsteingliederung (BGE 113 V 28 E. 4a) hat die versicherte Person von sich aus das ihr Zumutbare zur Verbesserung der Erwerbsfähigkeit beizutragen, in erster Linie durch Ausschöpfung sämtlicher medizinischer Behandlungs- und weiterer therapeutischer Möglichkeiten (BGE 127 V 297 E. 4b/cc). Dr. med. D.\_\_\_\_ hat in seinem Gutachten vom 26. Mai 2017 noch einmal bekräftigt, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch eine lege artis durchgeführte psychopharmakologische Therapie verbessert werden könne. Entzieht oder widersetzt sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder trägt sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu bei, so können ihr gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden. Behandlungs- oder Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, sind nicht zumutbar. Dass eine erneute psychopharmakologische Behandlung nicht zumutbar ist oder ■ wie von der Beschwerdeführerin geltend gemacht ■ eine Gefahr für ihre Gesundheit darstellen, geht aus den vorliegenden medizinischen Akten nicht hervor.

Für die im vorliegenden Verfahren vorzunehmende Anspruchsprüfung führt der Umstand, dass gemäss Dr. med. D.\_\_\_\_ bislang keine psychopharmakologische Therapie lege artis durchgeführt worden sei, nicht zu einer Rentenkürzung. Zwar können einer versicherten Person gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden, wenn sich dieser einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben entzieht oder widersetzt, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder wenn sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu beiträgt. Sie muss aber vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen. Die Beschwerdeführerin wurde erstmals mit Schreiben vom 27. Juli 2015 (IV-Nr. 73) auf ihre Mitwirkungspflicht aufmerksam gemacht, sie habe sich zumutbaren medizinischen Massnahmen zu unterziehen. Ein sogenanntes Mahn- und Bedenkzeitverfahren mit einer entsprechenden Fristansetzung wurde im vorliegenden Fall jedoch erst per 5. September 2016 eingeleitet, worin die Beschwerdeführerin aufgefordert wurde, sich einer psychiatrischen Therapie zu unterziehen und sich bis am 16. September 2016 bei ihrem Psychiater Dr. med. B.\_\_\_\_ zu melden. Dieser Aufforderung ist sie in der Folge unbestrittenmassen nachgekommen und hat sich für zwei stationäre Aufenthalte in Psychiatrische Kliniken begeben (vgl. IV-Nr. 112). Dies wird auch von der Beschwerdegegnerin so anerkannt, zumal Dr. med. D.\_\_\_\_ ausdrücklich darauf hingewiesen hat, seit der letzten psychiatrischen Begutachtung der Versicherten im April 2016 fänden sich keinerlei Hinweise auf eine fehlende Kooperation der versicherten Person bei den in

diesem Zeitraum erfolgten Therapien. Das Absetzen des Lithiums in der Zwischenperiode zwischen dem Austritt aus der psychiatrischen Klinik Solothurn und dem Eintritt in die G.\_\_\_\_ sei aus gutachterlicher Sicht eher auf eine damals fehlende fachlich psychiatrische Begleitung der Versicherten und fehlendes Management der Medikation zurückzuführen. Zudem ist dem Austrittsbericht der G.\_\_\_\_ vom 4. April 2017 (IV-Nr. 117.3) zu entnehmen, auf eine Reduktion des psychopharmakologischen Medikaments Efexor habe sich die Beschwerdeführerin aus Angst vor möglicher Verschlechterung nicht einlassen können. Eine fehlende Medikamentencompliance kann somit nicht festgestellt werden.

9. Somit ist die Beschwerde gutzuheissen und die Verfügung vom 13. Dezember 2017 aufzuheben. Die Beschwerdeführerin hat ab Januar 2015 Anspruch auf eine Viertelsrente. Ab Dezember 2015 hat sie Anspruch auf eine ganze Rente.

Demnach kann auf Durchführung der von der Beschwerdeführerin beantragten Verhandlung verzichtet werden.

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht der Beschwerdeführer eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung auf CHF 4'400.20 festzusetzen (15.5 Stunden zu CHF 260.00, zuzügl. Auslagen von CHF 55.10 und MwSt).

Die Differenz zur eingereichten Kostennote ergibt sich aus folgenden Gründen: Die Positionen vom 30. September 2016 bis und mit 16. November 2017 betreffen allesamt vorprozessualen Aufwand und sind im vorliegenden Verfahren nicht zu vergüten. Sodann gewährt das Versicherungsgericht einen Stundenansatz von mehr als CHF 260.00 praxismässig nur in ganz aussergewöhnlichen Fällen. Ein solcher liegt hier nicht vor. Der vom Vertreter geltend gemachte Stundenansatz von CHF 300.00 ist somit auf CHF 260.00 zu kürzen. Des Weiteren sind die Verfügungen des Versicherungsgerichts selten umfangreich und kompliziert, weshalb deren Durchsicht praxismässig nicht separat vergütet wird (Positionen vom 15. Januar 2018 und 26. Februar 2018). Zudem sind die Kopien pro Stück nur mit 50 Rappen zu vergüten (§ 158 Abs. 3 Gebührentarif) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Schliesslich ist die Position «Durchsicht E-Mail Kostengutsprache Rechtsschutzversicherung» nicht zu vergüten und der nachprozessuale Aufwand auf 0.50 h zu kürzen, da dieser bei einer Gutheissung geringer ausfällt.

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

Demnach wird erkannt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 13. Dezember 2017 aufgehoben.

2. Die Beschwerdeführerin hat folgende Rentenansprüche:

3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von CHF 4'400.20 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.

4. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

#### Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb 30 Tagen seit 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 Zwischenentscheidungen (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

Isch

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 9C\_538/2018 vom 15. November 2018 bestätigt.

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