

SO_GERICHTE VSBES.2018.22 vom 15. April 2019

SO Obergericht, 2019-04-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.22_d20190415

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.22 du 15 avril 2019

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.22 del 15 aprile 2019

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 3

3.1 Mit Vorbescheid vom 16. Oktober 2017 teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit, dass sowohl berufliche Massnahmen als auch der Anspruch auf eine Invalidenrente abgewiesen würden (IV-Nr. 39); dagegen erhob die Beschwerdeführerin am 9. November 2017 Einwand (IV-Nr. 42).

3.2 Am 4. Dezember 2017 bestätigte die Beschwerdegegnerin mittels Verfügung den bereits angekündigten Entscheid und nahm gleichzeitig zum Einwand der Beschwerdeführerin vom 9. November 2017 Stellung (IV-Nr. 44).

4. Gegen diese Verfügung lässt die Beschwerdeführerin am 17. Januar 2018 Beschwerde beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn erheben. Ihr Vertreter stellt und begründete folgende Rechtsbegehren (Aktenseite [A.S.] 5 ff.):

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

5. Am 19. März 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen (A.S. 31 f.).

6. Mit richterlicher Verfügung vom

E. 4

Der Beschwerdeführerin sei die unentgeltliche Prozessführung, inklusive Beiordnung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters, zu bewilligen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

5. Am 19. März 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen (A.S. 31 f.). 6. Mit richterlicher Verfügung vom

E. 4.1

und 9C_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1). 4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts

hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

4.3 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist.

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

4.5 Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) setzen gemäss Art. 59 Abs. 2 bis IVG die für die Invalidenversicherung nach Artikel 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Nach Art. 49 IVV beurteilen sie die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die regionalen ärztlichen Dienste können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2). Sie stehen den IV-Stellen der Region beratend zur Seite (Abs. 3). Sofern die RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (Urteile des Bundesgerichts 9C_1053/2010 vom 28. Januar 2011 E. 4.2 und 9C_204/2009 vom 6. Juli 2009 E. 3.3.2 mit zahlreichen Hinweisen).

5. Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

5.1 In ihren Arbeitsunfähigkeitszeugnissen (Taggeldkarte) zuhanden der AXA Winterthur attestierte Dr. med. G.____, Allgemeinärztin FMH, [...], der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 24. November 2015 bis auf weiteres (IV-Nr. 10., S. 8 f.).

5.2 Im Bericht vom 12. Juli 2016 an die AXA Winterthur stellten die Ärzte der B.____ die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1). Ferner führten sie aus, dass die Arbeitsunfähigkeit bei vorhandenem Symptomenkomplex auch bei einer anderen zumutbaren Erwerbstätigkeit bestehen bleibe. Nach der Remission der depressiven Symptomatik sollte die Beurteilung auch durch den Nachbehandler erfolgen. Die Patientin habe die B.____ in einem wesentlich gebesserten, teilremittierten Zustand verlassen, allerdings mit starken Zukunftsängsten. Ihre Belastbarkeit, Konzentration und ihr Gedächtnis hätten deutlich zugenommen. Durch ambulant

psychiatrisch-psychotherapeutische Massnahmen sollte eine vollständige Remission der depressiven Symptomatik erfolgen, wodurch die Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt werde (IV-Nr. 19.4, S. 1 ff.). 5.3 Im Austrittsbericht vom 3. August 2016 diagnostizierten die Ärzte der B.____ bei der Beschwerdeführerin eine mittelgradige depressive Episode (F32.1). Bei Klinikeintritt am 2. Mai 2016 habe sie in der Hamilton-Depressionsskala einen Punktwert von 21 verzeichnet, was einer klaren depressiven Episode entspreche. An den Therapiemodulen habe sie motiviert teilgenommen. Sie habe am 30. Juni 2016 deutlich stabiler und schwingungsfähiger in die ambulante Weiterbehandlung entlassen werden können. Empfohlen werde die Fortführung der Psychopharmaka-Therapie für die Dauer von weiteren neun bis zwölf Monaten. Die Arbeitsunfähigkeit bezifferten die Ärzte mit 100 % für die Dauer vom 2. Mai bis 15. Juli 2016; danach sei diese durch den Nachbehandler neu zu evaluieren (IV-Nr. 18). 5.4 Dr. med. C.____ diagnostizierte im Bericht vom 6. September 2016 eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), ein Erschöpfungssyndrom (Burnout-Syndrom; ICD-10 Z73.0) sowie den Verdacht auf eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung. Er attestierte der Beschwerdeführerin für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Selbständigwerbende in der Spitex-Pflege eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 24. Februar 2016 bis auf weiteres. Ihren Gesundheitszustand bezeichnete er als besserungsfähig. Aufgrund von Anamnese, angegebenen Beschwerden und erhobenen Befunden beurteilte Dr. med. C.____ die bisherige als auch eine andere Tätigkeit als unzumutbar (IV-Nr. 17). 5.5 Am 3. November 2016 stellte Dr. med. C.____ im Bericht an die AXA Winterthur die gleichen Diagnosen und kam zur identischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin wie in seinem Bericht vom 6. September 2016 (vgl. E. II 5.4 hiervor). Zudem führte er aus, dass der Patientin einem Wiedereinstieg in die Arbeit nichts mehr im Wege stehe, sofern sie die psychische Stabilität für längere Zeit aufrechterhalten könne (IV-Nr. 19.4). 5.6 Dr. med. C.____ gelangte im Verlaufsbericht vom 20. Dezember 2016 an die Beschwerdegegnerin zu den gleichen Diagnosen und Schlussfolgerungen wie in seinem Bericht vom 6. September 2016 (vgl. E. II 5.1 hiervor); davon abweichend lässt sich einzig zu den durch die Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden Folgendes entnehmen: «Leichte Verbesserung der Konzentration, Antriebsminderung, Energielosigkeit, Freudlosigkeit präsent» (IV-Nr. 20). 5.7 Am 18. Januar 2017 nahm der RAD-Arzt Dr. med. D.____ zur medizinischen Situation in dem Sinne Stellung, dass die Einschätzung des behandelnden Psychiaters nicht ohne weiteres übernommen werden könne. Dass der Versicherten keinerlei Arbeitstätigkeit mehr zumutbar sein solle, könne aus der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode, deren Existenz an sich nicht anzuzweifeln sei, nicht abgeleitet werden. Die versicherungspsychiatrischen Leitlinien gäben dazu einen Streubereich von 30 – 50 (-60) % an. Die als komorbide Erkrankung angeführte zwanghafte Persönlichkeitsstörung sei nicht ausgewiesen. Sie sei aber auch nicht ausgeschlossen, könne jedoch kaum sehr ausgeprägt vorliegen, da die Versicherte mit ihrer Persönlichkeit doch in der Lage gewesen sei, über viele Jahre zu arbeiten und sogar eine eigene Firma mit Angestellten aufzubauen. Für diese Einschätzung spreche auch, dass die Ärzte der B.____ keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert hätten, obwohl die Versicherte dort zwei Monate stationär behandelt worden sei. Das ebenfalls diagnostizierte Erschöpfungssyndrom lasse sich von der bei mittelgradigen und schweren Depressionen typischen erhöhten Erschöpfbarkeit kaum abgrenzen. Unklar sei, wie weit die depressive Episode als Reaktion auf das wirtschaftliche Scheitern der selbst aufgebauten Spitex-Organisation zu sehen sei. Angesichts dieser Ausgangslage empfehle er eine fachärztlich-psychiatrische Begutachtung (IV-Nr. 22, S. 3).

5.8 Dr. med. F. ___ gelangte in seinem Gutachten vom 15. April 2017 – gestützt auf den durch die Beschwerdegegnerin zugestellten «Fragenkatalog Erstanmeldung» (IV-Nr. 24) – zu folgenden Diagnosen (IV-Nr. 30, S. 13 f.): - Status nach mittelgradiger depressiver Episode, aktuell leichte bis knapp mittelgradige depressive Restsymptomatik bei multiplen psychosozialen Belastungsfaktoren und langjähriger chronischer Selbstausschöpfung/Überarbeitung (ICD-10 F32.0/1) - chronische Erschöpfung/Burnout-Syndrom (ICD-10 Z73.0) - chronische Schmerzen (Schultern rechts mehr als links, Hüftbeschwerden links, phasenweise auftretende Migräne) mit zu vermutender somatoformer Komponente (ICD-10 F 45.4) - akzentuierte leistungsorientierte, emotional-instabile und eigenwillig-rigide Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z/73.1) Anschliessend machte der Gutachter Ausführungen zum Gesundheitsschaden und sozialen Kontext, zur Behandlung und Eingliederung der Beschwerdeführerin sowie zur Konsistenz und Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 30, S. 14 ff.).

5.9 Der RAD-Arzt Dr. med. D. ___ äusserte sich am 12. Juli 2017 zum psychiatrischen Gutachten von Dr. med. F. ___ vom 15. April 2017, das vom Aufbau und Inhalt her den aktuellen Leitlinien entspreche. Die Vorakten seien berücksichtigt, Anamnese und objektive Befunde in genügender Weise erhoben und dokumentiert worden. Die diagnostischen Schlussfolgerungen seien nachvollziehbar dargelegt; ihnen könne gefolgt werden. Bezüglich der Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit durch den Gutachter sei festzuhalten, dass die attestierte volle Arbeitsunfähigkeit als selbständige Unternehmerin (Privat-Spitem) gut nachvollziehbar sei. Die Einschränkung von 40 – 50 % in einer unselbständigen Tätigkeit sei hingegen in Anbetracht der Diagnosen aus versicherungsmedizinischer Sicht eher hoch angesiedelt und allenfalls unter dem Gesichtspunkt der Mehrschichtigkeit der psychischen Problematik (leichte bis mittelgradige depressive Episode in Kombination mit ausgeprägter Erschöpfung, chronischen Schmerzen und akzentuierter Persönlichkeit) erklärbar. Die versicherungspsychiatrischen Leitlinien gäben für die geschilderte depressive Problematik eher eine Einschränkung von rund 30 % als Richtschnur an, was auch der Sicht des RAD entspreche. Die aktuelle Leistungsfähigkeit könne gemäss Gutachten ab dem Austritt aus der B. ___, also seit 1. Juli 2016 angenommen werden. Vorher bzw. ab 23. November 2015 (Zeugnis Hausärztin; vgl. IV-Nr. 10.3, S. 8 ff.) habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Inwieweit diese versicherungsmedizinische Einschätzung im Lichte der aktuellen Rechtsprechung, in Anbetracht der gut eineinhalbjährigen Dauer der Erkrankung und der zwar adäquaten psychotherapeutischen Behandlung, aber gemäss Gutachten optimierbaren Medikation, versicherungsrechtlich übernommen werden könne, müsse durch den Rechtsanwender beurteilt werden (IV-Nr. 35, S. 2).

E. 5

April 2018 wird der Beschwerdeführerin ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und ihr Vertreter als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt (A.S. 33).

7. Zur Beschwerdeantwort äussert sich der Vertreter der Beschwerdeführerin mittels Replik vom 11. Mai 2018 (A.S. 40 ff.).

8. Am 26. Juni 2018 reicht der Vertreter der Beschwerdeführerin die Kostennote ein (A.S. 47 ff.).

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

verwiesen.

II.

1.

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

1.2 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falls grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt ■ hier 4. Dezember 2017 ■ abstellt (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366), sind im vorliegenden Fall für die Prüfung eines allfälligen Anspruchs auf Leistungen der Invalidenversicherung die ab 1. Januar 2017 geltenden materiell-rechtlichen Bestimmungen anwendbar.

1.3 Streitig und zu prüfen ist nunmehr, ob die Beschwerdegegnerin die durch die Beschwerdeführerin geltend gemachten Leistungsansprüche (berufliche Massnahmen, Rente) zurecht abgewiesen hat.

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, IVG; SR 831.20).

2.2 Seit der 2012 geltenden Rechtslage (6. IV-Revision) haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Absatz 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG).

3. Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung

gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

4.

4.1 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden ■ Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_909/2010 vom 1. März 2011 E. 4.1, 8C_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2, 8C_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1 und 9C_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1).

4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

4.3 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem

Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist.

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

4.5 Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) setzen gemäss Art. 59 Abs. 2bisIVG die für die Invalidenversicherung nach Artikel 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Nach Art. 49 IVV beurteilen sie die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die regionalen ärztlichen Dienste können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2). Sie stehen den IV-Stellen der Region beratend zur Seite (Abs. 3). Sofern die RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (Urteile des Bundesgerichts 9C_1053/2010 vom 28. Januar 2011 E. 4.2 und 9C_204/2009 vom 6. Juli 2009 E. 3.3.2 mit zahlreichen Hinweisen).

5. Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

5.1 In ihren Arbeitsunfähigkeitszeugnissen (Taggeldkarte) zuhanden der AXA Winterthur attestierte Dr. med. G.____, Allgemeinärztin FMH, [...], der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 24. November 2015 bis auf weiteres (IV-Nr. 10., S. 8 f.).

5.2 Im Bericht vom 12. Juli 2016 an die AXA Winterthur stellten die Ärzte der B.____ die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1). Ferner führten sie aus, dass die Arbeitsunfähigkeit bei vorhandenem Symptomenkomplex auch bei einer anderen zumutbaren Erwerbstätigkeit bestehen bleibe. Nach der Remission der depressiven Symptomatik sollte die Beurteilung auch durch den Nachbehandler erfolgen. Die Patientin habe die B.____ in einem wesentlich gebesserten, teilremittierten Zustand verlassen, allerdings mit starken Zukunftsängsten. Ihre Belastbarkeit, Konzentration und ihr Gedächtnis hätten deutlich zugenommen. Durch ambulant psychiatrisch-psychotherapeutische Massnahmen sollte eine vollständige Remission der depressiven Symptomatik erfolgen, wodurch die Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt werde (IV-Nr. 19.4, S. 1 ff.).

5.3 Im Austrittsbericht vom 3. August 2016 diagnostizierten die Ärzte der B.____ bei der Beschwerdeführerin eine mittelgradige depressive Episode (F32.1). Bei Klinikeintritt am 2. Mai 2016 habe sie in der Hamilton-Depressionsskala einen Punktwert von 21 verzeichnet, was einer klaren depressiven Episode entspreche. An den Therapiemodulen habe sie motiviert teilgenommen. Sie habe am 30. Juni 2016 deutlich stabiler und

schwingungsfähiger in die ambulante Weiterbehandlung entlassen werden können. Empfohlen werde die Fortführung der Psychopharmaka-Therapie für die Dauer von weiteren neun bis zwölf Monaten. Die Arbeitsunfähigkeit bezifferten die Ärzte mit 100 % für die Dauer vom 2. Mai bis 15. Juli 2016; danach sei diese durch den Nachbehandler neu zu evaluieren (IV-Nr. 18).

5.4 Dr. med. C.____ diagnostizierte im Bericht vom 6. September 2016 eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), ein Erschöpfungssyndrom (Burnout-Syndrom; ICD-10 Z73.0) sowie den Verdacht auf eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung. Er attestierte der Beschwerdeführerin für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Selbständigwerbende in der Spitex-Pflege eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 24. Februar 2016 bis auf weiteres. Ihren Gesundheitszustand bezeichnete er als besserungsfähig. Aufgrund von Anamnese, angegebenen Beschwerden und erhobenen Befunden beurteilte Dr. med. C.____ die bisherige als auch eine andere Tätigkeit als unzumutbar (IV-Nr. 17).

5.5 Am 3. November 2016 stellte Dr. med. C.____ im Bericht an die AXA Winterthur die gleichen Diagnosen und kam zur identischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin wie in seinem Bericht vom 6. September 2016 (vgl. E. II 5.4 hiervor). Zudem führte er aus, dass der Patientin einem Wiedereinstieg in die Arbeit nichts mehr im Wege stehe, sofern sie die psychische Stabilität für längere Zeit aufrechterhalten könne (IV-Nr. 19.4).

5.6 Dr. med. C.____ gelangte im Verlaufsbericht vom 20. Dezember 2016 an die Beschwerdegegnerin zu den gleichen Diagnosen und Schlussfolgerungen wie in seinem Bericht vom 6. September 2016 (vgl. E. II 5.1 hiervor); davon abweichend lässt sich einzig zu den durch die Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden Folgendes entnehmen: «Leichte Verbesserung der Konzentration, Antriebsminderung, Energielosigkeit, Freudlosigkeit präsent» (IV-Nr. 20).

5.7 Am 18. Januar 2017 nahm der RAD-Arzt Dr. med. D.____ zur medizinischen Situation in dem Sinne Stellung, dass die Einschätzung des behandelnden Psychiaters nicht ohne weiteres übernommen werden könne. Dass der Versicherten keinerlei Arbeitstätigkeit mehr zumutbar sein solle, könne aus der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode, deren Existenz an sich nicht anzuzweifeln sei, nicht abgeleitet werden. Die versicherungspsychiatrischen Leitlinien gäben dazu einen Streubereich von 30 ■ 50 (-60) % an. Die als komorbide Erkrankung angeführte zwanghafte Persönlichkeitsstörung sei nicht ausgewiesen. Sie sei aber auch nicht ausgeschlossen, könne jedoch kaum sehr ausgeprägt vorliegen, da die Versicherte mit ihrer Persönlichkeit doch in der Lage gewesen sei, über viele Jahre zu arbeiten und sogar eine eigene Firma mit Angestellten aufzubauen. Für diese Einschätzung spreche auch, dass die Ärzte der B.____ keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert hätten, obwohl die Versicherte dort zwei Monate stationär behandelt worden sei. Das ebenfalls diagnostizierte Erschöpfungssyndrom lasse sich von der bei mittelgradigen und schweren Depressionen typischen erhöhten Erschöpfbarkeit kaum abgrenzen. Unklar sei, wie weit die depressive Episode als Reaktion auf das wirtschaftliche Scheitern der selbst aufgebauten Spitex-Organisation zu sehen sei. Angesichts dieser Ausgangslage empfehle er eine fachärztlich-psychiatrische Begutachtung (IV-Nr. 22, S. 3).

5.8 Dr. med. F.____ gelangte in seinem Gutachten vom 15. April 2017 ■ gestützt auf den durch die Beschwerdegegnerin zugestellten «Fragenkatalog Erstanmeldung» (IV-Nr. 24) ■ zu folgenden Diagnosen (IV-Nr. 30, S. 13 f.):

Anschliessend machte der Gutachter Ausführungen zum Gesundheitsschaden und sozialen Kontext, zur Behandlung und Eingliederung der Beschwerdeführerin sowie zur Konsistenz und Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 30, S. 14 ff.).

5.9 Der RAD-Arzt Dr. med. D. ___ äusserte sich am 12. Juli 2017 zum psychiatrischen Gutachten von Dr. med. F. ___ vom 15. April 2017, das vom Aufbau und Inhalt her den aktuellen Leitlinien entspreche. Die Vorakten seien berücksichtigt, Anamnese und objektive Befunde in genügender Weise erhoben und dokumentiert worden. Die diagnostischen Schlussfolgerungen seien nachvollziehbar dargelegt; ihnen könne gefolgt werden. Bezüglich der Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit durch den Gutachter sei festzuhalten, dass die attestierte volle Arbeitsunfähigkeit als selbständige Unternehmerin (Privat-Spitex) gut nachvollziehbar sei. Die Einschränkung von 40 ■ 50 % in einer unselbständigen Tätigkeit sei hingegen in Anbetracht der Diagnosen aus versicherungsmedizinischer Sicht eher hoch angesiedelt und allenfalls unter dem Gesichtspunkt der Mehrschichtigkeit der psychischen Problematik (leichte bis mittelgradige depressive Episode in Kombination mit ausgeprägter Erschöpfung, chronischen Schmerzen und akzentuierter Persönlichkeit) erklärbar. Die versicherungspsychiatrischen Leitlinien gäben für die geschilderte depressive Problematik eher eine Einschränkung von rund 30 % als Richtschnur an, was auch der Sicht des RAD entspreche. Die aktuelle Leistungsfähigkeit könne gemäss Gutachten ab dem Austritt aus der B. ___, also seit 1. Juli 2016 angenommen werden. Vorher bzw. ab 23. November 2015 (Zeugnis Hausärztin; vgl. IV-Nr. 10.3, S. 8 ff.) habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Inwieweit diese versicherungsmedizinische Einschätzung im Lichte der aktuellen Rechtsprechung, in Anbetracht der gut eineinhalbjährigen Dauer der Erkrankung und der zwar adäquaten psychotherapeutischen Behandlung, aber gemäss Gutachten optimierbaren Medikation, versicherungsrechtlich übernommen werden könne, müsse durch den Rechtsanwender beurteilt werden (IV-Nr. 35, S. 2).

E. 6

6.1 Die Beschwerdegegnerin hat sich bei ihrer Beurteilung in erster Linie auf das Gutachten von Dr. med. F. ___ vom 15. April 2017 gestützt (IV-Nr. 30), wozu die Beschwerdeführerin in der Beschwerde erklärt, dieses zu akzeptieren (A.S. 10). Aufgrund der damals geltenden bundesgerichtlichen Rechtsprechung wich die Beschwerdegegnerin jedoch von der gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit von 40 ■ 50 % ■ wie im Übrigen auch von jener des RAD-Arztes (30 %) ■ ab. Unbestritten ist, dass bei der Beschwerdeführerin eine aktuell leichte bis knapp mittelgradige, depressive Restsymptomatik () vorliegt (IV-Nr. 30, S. 17). Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung davon aus, diese verbleibende leichte bis knapp mittelgradige depressive Restsymptomatik habe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge (IV-Nr. 44, S. 3). Die Beschwerdeführerin macht indes geltend, die Beschwerdegegnerin sei in willkürlicher Art und Weise von der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den Gutachter abgewichen mit der Begründung, es fehle am invalidisierenden Charakter der depressiven Störung bzw. diese sei gut therapierbar, was in der Zwischenzeit durch die neuere Rechtsprechung des Bundesgerichts als überholt gelte (A.S. 4).

6.2 Die Beschwerdegegnerin hat in der Beschwerdeantwort vorab Ausführungen zur aktuellen Rechtsprechung des Bundesgerichts bezüglich depressiver Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur gemacht und dann festgehalten, das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F. ___ vom 15. April 2017 zeige bei einer Gesamtbetrachtung der Indikatoren kein

stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung der Beschwerdeführerin in allen Lebensbereichen (Konsistenz). Ebenso wenig könne der Einschätzung des RAD-Arztes vom 12. Juli 2017 gefolgt werden, da sich dieser mit den gutachterlichen Feststellungen zu den Indikatoren nicht auseinandergesetzt habe. Schliesslich sei die Arbeitsfähigkeit auch in somatischer Hinsicht nicht eingeschränkt (A.S. 31 f.).

E. 7

7.1 Nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung hat die Rechtsprechung, worauf deren Begründung basiert, geändert. Wie das Bundesgericht mit dem Urteil BGE 143 V 409 vom 30. November 2017 klargestellt hat, sind auch die Folgen von lege artis diagnostizierten leichten bis mittelschweren depressiven Störungen an den Grundsätzen von BGE 141 V 281 zu messen. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind daher systematisierte Indikatoren beachtlich, die ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen. Gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (Urteil des Bundesgerichts 9C_78/2017 vom 26. Januar 2018 E. 6.3.1 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 8 S. 309).

7.2 Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf den Verlauf und Ausgang von Therapien als wichtigen Schweregradindikatoren einzugehen. Im psychiatrischen Gutachten vom 15. April 2017 wird hierzu bei der persönlichen Anamnese der Beschwerdeführerin erwähnt, im Februar 2016 sei eine ambulante psychiatrisch-therapeutische Behandlung bei Dr. med. C.____ in [...] aufgenommen worden. Vom 2. Mai bis 30. Juni 2016 habe sich in einer stationären Behandlung in der Aussenstation [...] der B.____ befunden. Unter Aufdosierung von Cymbalta sei im Verlauf eine Teilremission der Depression beschrieben worden. Nach der Entlassung aus der Klinik sei die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in der Praxis von Dr. med. C.____ weitergeführt worden (IV-Nr. 30, S. 8). Unter der Kategorie «Behandlung und Eingliederung» hat der psychiatrische Gutachter Dr. med. F.____ angeführt, dass die bisherige Psychotherapie zwar lege artis sei. Hingegen scheine eine Anpassung der medikamentösen Behandlung angezeigt. Die Termine würden je nach Bedarf festgelegt, aktuell in monatlichen Abständen, zu Beginn intensiver. Die Explorandin habe von sich aus vor eineinhalb Monaten die Cymbalta-Medikation von 120 mg schrittweise bis auf aktuell 60 mg reduziert. Tendenziell habe sie nach Reduktion der Medikation eine erhöhte Ermüdbarkeit beschrieben. Bei weiterhin unsicherer psychosozialer Situation und fehlender Integration in den Arbeitsprozess sei seines Erachtens ■ so Dr. med. F.____ ■ eine Reduktion der Dosis verfrüht. Spätestens bei weiterer Zunahme der depressiven Symptomatik sei eine erneute Erhöhung der Dosis oder zumindest die Beibehaltung der aktuellen Medikation mit 60 mg Cymbalta und 50 mg Trittico/Tag angezeigt. Soweit beurteilbar, sei die Kooperation/Compliance der Beschwerdeführerin gut. Ferner hat es der Gutachter als notwendig erachtet, dass die ambulante Psychotherapie weitergeführt werde. Durch eine externe Arbeitstätigkeit, eventuell durch ein Arbeitstraining, sei ■ unterstützt durch die IV, eine Tagesstrukturierung zu erreichen. Weitere Therapiemassnahmen seien ■ so Dr. med. F.____ ■ zurzeit nicht notwendig. Im Weiteren hat der psychiatrische Gutachter

festgehalten, dass rein aufgrund des aktuellen psychopathologischen Befunds medizinisch-theoretisch und unter Abstraktion von IV-fremden psychosozialen Faktoren eine Teilarbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten bestehe (IV-Nr. 30, S. 13, 18). Vor diesem Hintergrund kann ■ zumindest im Zeitraum der Begutachtung ■ weder von einer abgeschlossenen noch gar von einer resistenten Behandlung gesprochen werden.

Ferner lässt sich den gutachterlichen Ausführungen entnehmen, dass bisher keine Arbeitstrainings durchgeführt oder Eingliederungsbemühungen unternommen worden seien. Die Explorandin sei seit November 2015 durchgehend krankgeschrieben. Im Rahmen der langjährigen Überarbeitung bestehe weiterhin eine verminderte Belastbarkeit bei rascher Erschöpfbarkeit sowie eine Restdepressivität und emotionale Instabilität. Die schwierige finanzielle Situation/Aufgabe der Geschäftstätigkeit erschweren den beruflichen Einstieg zusätzlich. Als Ressourcen seien die gute Ausbildung, die Berufserfahrung und die Leistungsbereitschaft der Explorandin zu beschreiben, die sich die Aufnahme einer administrativen Tätigkeit vorstellen könne. Im Pflegebereich möchte sie nicht mehr weiterarbeiten (IV-Nr. 30, S. 16 ff.).

7.3 Beim Indikator Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 f.) ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung ■ resp. der hier diagnostizierten aktuell leichten bis knapp mittelgradigen depressiven Restsymptomatik (ICD-10 F32.0/1) ■ zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich. In Präzisierung von BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 fallen Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 S. 429 f.). Der psychiatrische Gutachter führte dazu bei den Diagnosen u.a. «chronische Schmerzen (Schulter) mit zu vermutender somatoformer Komponente» an (IV-Nr. 30, S. 14, 17), ohne dies jedoch im Verlauf des Gutachtens näher zu erläutern. Immerhin lässt den durch die Beschwerdeführerin beim Gutachter gemachten Angaben über aktuelle Beschwerden entnehmen, dass sie unter Schulterschmerzen rechts, Hüftschmerzen links mit Ausstrahlung ins Bein sowie phasenweise bestehenden Fingergelenksschmerzen und Arthrosen leide, was sie bereits anlässlich das Intake-Gesprächs vom 13. Juni 2016 erwähnte (IV-Nr. 11, S. 3) und worauf sie auch in der Beschwerde verweist (A.S. 9). Ohne die nicht zum Fachgebiet des psychiatrischen Gutachters gehörende somatische Problematik weiter zu vertiefen, ist davon auszugehen, dass sich diese Schmerzsymptomatik und die depressive Symptomatik gegenseitig aufrechterhalten dürften, was unter dem Aspekt der Komorbidität auf eine gewisse Wechselwirkung schliessen lässt. Zusammenfassend sind unter dem Aspekt der Komorbidität die somatischen Befunde zu berücksichtigen, die zwar, wovon mangels anderslautenden gutachterlicher Beurteilung auszugehen ist, ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bleiben, jedoch einen Teil der Symptomatik erklären dürften.

7.4 Mit Bezug auf den Komplex der Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) enthält die Expertise keinen Hinweis auf eine (erhebliche) Einschränkung der sogenannten «komplexen Ich-Funktionen».

7.5 Was den Komplex «Sozialer Kontext» (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) anbelangt, lebe die Explorandin ■ so lässt sich den Ausführungen des psychiatrischen Gutachters entnehmen ■ alleine in einer Dreizimmer-Mietwohnung in einem Vierfamilienhaus in [...]. Einmal wöchentlich esse sie bei ihrer in [...] lebenden älteren Schwester. Ebenfalls zirka einmal wöchentlich chauffiere sie ihren Sohn zu Kunden. Er arbeite zurzeit in einer

Glacé-Fabrikationsfirma. Ungefähr alle 14 Tage einmal besuche sie ihre betagten Eltern in [...] und unterstütze diese bei der Hausarbeit und beim Erledigen von Einkäufen. Im Oktober/November 2016 sei der Vater hospitalisiert gewesen. Damals sei sie zwei- bis dreimal pro Woche nach [...] gereist, um die an beginnender Demenz leidende Mutter zu unterstützen. Seit Juli 2016 sei sie mit einem verheirateten Mann befreundet. Sie würden sich zirka ein- bis zweimal pro Woche heimlich treffen. 14-täglich hole sie die Enkelkinder im Kinderheim in [...] ab und chauffiere sie zum Sohn. Meist würden die Kinder auch Teile des Wochenendes in ihrer Gesellschaft verbringen. Alle zwei Wochen einmal gehe sie zu einem Vortrag in die «geistige Loge» in [...]. Dreimal jährlich finde während einer Woche ein Intensivseminar in einem Hotel statt. Ungefähr zwei- bis dreimal jährlich fänden Familientreffen statt. Zu sämtlichen Geschwistern bestehe eine entspannte Beziehung. Regelmässig treffe sie sich auch mit einer neun Jahre älteren, aus Spanien stammenden Freundin, die sie seit 1987 kenne. Ihren Schilderungen zum Tagesablauf lässt sich zudem entnehmen, dass sie am Vormittag zuerst einen kurzen, dann einen zirka eineinhalb Stunden dauernden Spaziergang mit dem Hund unternehme. Auch am Nachmittag gehe sie mit dem Hund zirka eineinhalb Stunden spazieren. Dann mache sie um zirka 22.30 Uhr erneut einen Spaziergang mit ihm. Dazwischen lese und koche sie, esse sie unregelmässig, mache Haushaltarbeiten und schaue fern (IV-Nr. 30, S. 9 f.). Zumindest bei den regelmässigen Spaziergängen mit dem Hund dürfte sie mit andern Menschen in Kontakt kommen; zusammen mit den guten Familienverhältnissen liegen Ressourcen vor, auf die die Beschwerdeführerin zurückgreifen kann.

7.6 Im Rahmen der Konsistenzprüfung (z.B. Einschränkung des Aktivitätsniveaus; vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.) hat Dr. med. F.____ festgehalten, dass die Angaben der Explorandin mit der Aktenlage übereinstimmten. Wesentliche Diskrepanzen hätten sich nicht eruieren lassen. Ferner hat der Gutachter ausgeführt, dass sich die Explorandin eine administrative Tätigkeit in Teilzeit vorstellen könne. Die von den ambulant Behandelnden attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit für die Tätigkeit als Leiterin einer selbstständigen Spitex-Organisation sei für ihn nachvollziehbar. In der Freizeit und bei der Haushaltsführung sowie bei der Unterstützung des Sohnes und der betagten Eltern sei die Explorandin bereits aktuell aktiv. Allerdings habe sich die Explorandin seit Jahren überarbeitet. Bei einer nicht strukturierten selbstständigen Tätigkeit würde diese Gefahr erneut bestehen. Eine adaptierte Teilzeittätigkeit sei ihr jedoch bereits aktuell zuzumuten (IV-Nr. 30, S. 19). Aufgrund der Ausführungen in Erwägung II 7.5 hiervor verfügt sie zudem über eine geordnete Tagesstruktur. Schliesslich lassen sich dem psychiatrischen Gutachten keine Hinweise entnehmen, wonach die Beschwerdeführerin in der Fähigkeit zur Selbstpflege und der Verkehrsfähigkeit sowie in der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität und der Umstellungsfähigkeit, der Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Kontaktfähigkeit zu Dritten, der Gruppenfähigkeit, der Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen und in der Fähigkeit zu Spontan-Aktivitäten grundsätzlich eingeschränkt wäre; dabei kommt ihr zugute, dass sie ■ so der psychiatrische Gutachter ■ gut ausgebildet und leistungsbereit sei sowie über eine vielseitige Berufserfahrung verfüge (IV-Nr. 30, S. 17).

7.7 Zusammenfassend lassen sich den Akten und namentlich dem Gutachten von Dr. med. F.____ eine ganze Reihe von Informationen entnehmen, die es erlauben, die

massgebenden Indikatoren zu beurteilen: Die Beschwerdeführerin befindet sich in regelmässiger psychotherapeutischer Behandlung und zeigt persönliche Initiative, die antidepressiven Medikamente schrittweise zu reduzieren, wenn letzteres auch mit einer erhöhten Ermüdbarkeit einhergehe (IV-Nr. 30, S. 18). Eingliederungsversuche sind zwar bislang unterblieben. Eine adaptierte Tätigkeit im Rahmen einer Teilzeitstelle könnte sie jedoch nach Einschätzung des psychiatrischen Gutachters bereits ausüben (IV-Nr. 30, S. 19). Das psychiatrische Gutachten enthält Hinweise auf psychosoziale Umstände, die sich ungünstig auf die Aufnahme einer ausserhäuslichen Tätigkeit auswirkten (vgl. z.B. IV-Nr. 30, S. 14, 18: schwierige Situation bezüglich Finanzen und Sohn, keine Weiterarbeit im Pflegebereich); aktuell sei die Explorandin durch die Situation der in einem Kinderheim lebenden Enkelkinder sowie der finanziellen Situation belastet. Es besteht eine somatische Komorbidität, die ■ wie vorstehend dargelegt ■ einen Teil der Symptomatik zu erklären vermag. Nach jahre- bzw. jahrzehntelanger Selbstausbeutung liege eine chronische Erschöpfung im Sinne eines Burnout-Syndroms vor. Diagnostisch sei ■ so der Gutachter weiter ■ bei der Explorandin von akzentuierten, leistungsorientierten, emotional-instabilen und eigenwillig-rigiden Persönlichkeitszügen auszugehen (IV-Nr. 30, S. 13). Das soziale Umfeld in der Familie scheint jedoch grundsätzlich geeignet zu sein, sich positiv auszuwirken. Die Alltagsaktivitäten mit den regelmässigen Spaziergängen mit dem Hund, den Haushaltsarbeiten und weiteren Besorgungen sowie der Betreuung ihrer Enkelkinder und der Eltern bewegen sich im Normbereich.

In der Gesamtbetrachtung erscheint es als plausibel, dass die psychische Symptomatik bzw. die depressive Störung zu einer Reduktion des Leistungsvermögens im gutachterlich bezifferten Ausmass von 100 % als selbständige Spitex-Unternehmerin sowie von 40 ■ 50 % bzw. von massgeblichen 45 % in einer leidensangepassten Tätigkeit führen, und dies abstrahiert von den psychosozialen Faktoren (vgl. IV-Nr. 30, S. 20). Daran vermag die abweichende Sichtweise des RAD-Arztes vom 12. Juli 2017 nichts zu ändern, hat er sich doch bei seiner Beurteilung einzig auf versicherungspsychiatrische Leitlinien zu depressiven Erkrankungen gestützt (IV-Nr. 35, S. 2). Zudem hat er die Beschwerdeführerin nicht persönlich untersucht, der psychiatrische Gutachter, dem im Übrigen die abweichende Einschätzung nicht vorgelegt worden ist, hingegen schon. Im gleichen Sinne verhält es sich mit der anderslautenden Beurteilung des behandelnden Psychotherapeuten Dr. med. C.____ (vgl. IV-Nr. 17; 19.4, S. 11; 20). Zu erinnern ist in diesem Zusammenhang daran, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und die Rechtsprechung der begutachtenden Person deshalb praktisch einen gewissen Spielraum gewährt, innerhalb dessen verschiedene medizinische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern dabei lege artis vorgegangen worden ist. Behandelnde und begutachtende Psychiater können, mit der gleichen Person als Patientin oder Explorandin in verschiedenen Zeitpunkten und Situationen konfrontiert, zu ganz unterschiedlichen Beurteilungen der psychischen Beeinträchtigungen und ■ invalidenversicherungsrechtlich entscheidend ■ deren Schweregrades mitsamt den sich daraus ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gelangen. Diese in der Natur der Sache begründete, weitgehend fehlende Validierbarkeit («Reliabilität») psychiatrischer Diagnosen, namentlich im depressiven Formenkreis sowie bei den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen gemäss ICD-10, kann nicht automatisch zu Beweisweiterungen bei sich widersprechenden psychiatrischen Berichten und Expertisen führen (Urteil des Bundesgerichts 9C_661/2009 vom 29. September 2009 E. 3.2). Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und

Abklärungsauftrag (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; Urteil des Bundesgerichts I 701/05 vom 5. Januar 2007 E. 2 in fine, mit Hinweisen) kann eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise nicht stets in Frage gestellt und zum Anlass weiterer Abklärungen genommen werden, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn diese objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts 8C_558/2010 vom 27. Dezember 2010 E. 2.2.2, 8C_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1 und Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 51/06 vom 19. September 2006 E. 3.1.2). Derartige Aspekte finden sich in den Berichten von Dr. med. C. ___ wie im Übrigen auch in den Arbeitsunfähigkeitszeugnissen der Hausärztin Dr. med. G. ___ nicht. Dazu gilt es zu berücksichtigen, dass das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, wonach Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b cc, 122 V 160 E. 1c); dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso ■ wie im vorliegenden Fall bezüglich Dr. med. C. ___ ■ für die behandelnden Spezialärzte und erst recht für die schmerztherapeutisch tätigen Ärzte mit ihrem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidg. Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m. Hinw.).

Folglich kann auf das psychiatrische Gutachten vom 15. April 2017 und die darin enthaltene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auch unter Berücksichtigung der mit BGE 143 V 409 modifizierten Rechtsprechung abgestellt werden. Somit ist ■ entgegen den Feststellungen der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid, die auf der mittlerweile überholten Bundesgerichtspraxis basieren ■ von einer massgeblichen 45%igen Arbeitsunfähigkeit (als Mittelwert; vgl. Entscheid des Bundesgerichts I 822/04 vom 21. April 2005 E. 4.4) der Beschwerdeführerin auszugehen, und zwar ■ wie dies Dr. med. F. ___ wie auch der RAD-Arzt festgestellt hat ■ ab 1. Juli 2016 bzw. vorgängig ab 1. November 2015 von 100 % (IV-Nr. 30, S. 20; 35, S. 2).

E. 8

8.1 Da die Beschwerdegegnerin von keiner relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausging, nahm sie in der angefochtenen Verfügung auch keine Invaliditätsbemessung vor. Für den Fall, dass das Gericht wider Erwarten eine Invaliditätsgradbemessung anhand eines Einkommensvergleichs vornehmen sollte, hat die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort Folgendes angeführt: Mit Blick auf den IK-Auszug der Beschwerdeführerin erscheine das Abstellen auf das beantragte Kompetenzniveau 3 der LSE-Tabelle beim Valideneinkommen nicht gerechtfertigt. Ein Erwerbseinkommen von CHF 78'413.00, wie dies der Rechtsvertreter verlange, habe die Beschwerdeführerin in der Vergangenheit ■ mit Ausnahme des einmaligen Jahreslohnes von 127'200.00 im Jahr 2005 ■ nie erzielen können. Zu beachten seien schliesslich die jeweiligen Minusbuchungen im IK-Auszug (A.S. 32). Dazu hat die Beschwerdeführerin festgehalten, nicht nur wegen des Einkommens gemäss IK-Auszug, sondern aufgrund der funktionellen Anforderungen erscheine es naheliegend, das Kompetenzniveau 3 der LSE heranzuziehen. Dabei spielten weder das einmalige Jahreseinkommen von CHF 127'200.00 noch die Minusbuchungen (wohl nach vergeblichen Inkassobemühungen) eine Rolle

(A.S. 42).

8.2 Der Invaliditätsgrad ist aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. E. II. 3 hiervor).

8.3 Bei der Bemessung des Valideneinkommens ist auf den zuletzt erzielten Lohn abzustellen, wenn davon ausgegangen werden kann, dass die versicherte Person im Gesundheitsfall weiterhin dieselbe Tätigkeit ausüben würde. So verhält es sich hier nicht. Der persönlichen Anamnese im psychiatrischen Gutachten vom 15. April 2017 lässt sich nämlich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin trotz hohem Einsatz in finanzielle Schwierigkeiten geraten sei und die Löhne sowie Sozialabgaben nicht mehr habe bezahlen können (IV-Nr. 30, S. 7), was sie im Frühling/Sommer 2016 veranlasst habe, den Konkurs anzumelden (IV-Nr. 18, S. 2). Von einer Weiterführung der selbständigen Tätigkeit im Bereich der Privat-Spitex ist eher nicht auszugehen. Folglich sind statistische Werte heranzuziehen. Praxisgemäss ist auf die Ergebnisse der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abzustellen. Massgebend ist die Tabelle A1_tirage_skill_level der LSE 2016. Was die Einreihung anbelangt, macht die Beschwerdeführerin geltend, es sei auf die Lohnzahlen nach dem Kompetenzniveau 3 abzustellen; dieses umfasst komplexe praktische Tätigkeiten, die ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen (vgl. LSE 2016, Tabelle A1_tirage_skill_level). Nach Lage der Akten hatte die Beschwerdeführerin im Jahr 1983 die Ausbildung zur Krankenpflegerin FA SRK begonnen, diese jedoch später abgebrochen. Dann habe sie bis 1988 diverse Anstellungen innegehabt und später als Pflegeassistentin in einem Alters- und Pflegeheim gearbeitet. Ab 1991 habe sie eine berufsbegleitende Teilzeitausbildung zur Krankenpflegerin FA SRK sowie im weiteren Verlauf eine Ausbildung zur Pflegefachfrau Diplom Niveau II gemacht und auf diesem Beruf auch gearbeitet (IV-Nr. 18, S. 1; 30, S. 7). Vor diesem beruflichen Hintergrund hat die Beschwerdeführerin auch eine selbständige Spitex-Tätigkeit ausgeübt; dass sie hierfür ein Studium oder eine höhere Ausbildung, beispielsweise im Bereich Wirtschaft, absolviert hätte, lässt sich weder den Akten noch ihren Ausführungen entnehmen. Ungeachtet ihrer damaligen Aufgabe als Leiterin des Betriebs sind dabei hauptsächlich praktische Tätigkeiten angefallen, die zur Ausübung eines Pflegeberufs und folglich zu Kompetenzniveau 2 gehören. Danach beläuft sich der Zentralwert des Lohns von Frauen, «Gesundheits- und Sozialwesen», Kompetenzniveau 2, auf CHF 5'156.00 pro Monat (Bruttolohn, berechnet auf 12 Monate), was nach Umrechnung auf die betriebsübliche Arbeitszeit einem Jahreslohn bzw. einem Valideneinkommen von CHF 64'502.00 ($5'136 : 40 \times 41,7 \times 12$) entspricht.

8.4 Das Invalideneinkommen ist, da die Beschwerdeführerin das gutachterlich ermittelte Leistungsvermögen nur teilweise ausschöpft, ebenfalls auf statistischer Grundlage zu ermitteln. Wenn ihr auch aufgrund der gutachterlichen Beurteilung u.a. die Tätigkeit als Spitex-Angestellte (ohne Führungsverantwortung) zuzumuten wäre (IV-Nr. 30, S. 20) und folglich der bereits erwähnte Tabellenwert von monatlich CHF 5'156.00 zur Anwendung gelangen würde, ist doch mit Blick auf die gesamten Umstände auf jegliche Verweistätigkeiten bzw. auf das «Total / Frauen» im Kompetenzniveau 2 bzw. auf den Wert von CHF 4'832.00 pro Monat abzustellen (vgl. LSE 2016, Tabelle A1_tirage_skill_level); umgerechnet auf die betriebsübliche Arbeitszeit, ergibt sich ein Betrag von CHF 60'448.00 pro Jahr ($4'832 : 40 \times 41,7 \times 12$). In Berücksichtigung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit von 55 % (vgl. IV-Nr. 30, S. 20) resultiert ein Invalideneinkommen von CHF 33'246.00 pro Jahr ($60'448 \times 0,55$).

8.5 Der Invaliditätsgrad hängt somit davon ab, ob bei der Bestimmung des Invalideneinkommens ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist und wie hoch dieser gegebenenfalls ausfällt. Beim Einkommensvergleich unter Verwendung statistischer Tabellenlöhne ist zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können. Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, ist von sämtlichen vorgenannten persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls abhängig. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481 mit Hinweisen; BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301).

8.6 Weder die Beschwerdeführerin noch die Beschwerdegegnerin haben einen allfälligen Abzug vom Tabellenlohn thematisiert; ein solcher ist denn auch nicht vorzunehmen, lassen doch weder das Lebensalter der Beschwerdeführerin noch das Arbeitspensum ■ es ist von einem vollen Pensum bei reduzierter Leistung auszugehen ■ eine über die Leistungsminderung hinausgehende Verdiensteinbusse erwarten. Dazu kommt, dass der psychiatrische Gutachter den gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen von 40 ■ 50 % umfassend Rechnung getragen hat und die Beschwerdeführerin im Übrigen über einen vielseitigen beruflichen Hintergrund verfügt.

8.7 Bei einer Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen ergibt sich folglich eine Erwerbseinbusse von CHF 31'256.00 bzw. ein Invaliditätsgrad von (aufgerundet) 49 % (64'502 ./ 33'246 : 645,02), was Anspruch auf eine Viertelsrente der Invalidenversicherung mit Wirkung ab 1. November 2016 begründet.

E. 9

9.1 Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Entscheid auch das Durchführen beruflicher Massnahmen verneint, weil kein invalidenversicherungsrechtlicher, erheblicher Gesundheitsschaden vorliege. Selbst bei gegenteiliger Auffassung wäre ein Anspruch auf Arbeitsvermittlung nach Art. 18 Abs. 1 IVG zu verneinen. So seien der Beschwerdeführerin aufgrund der Beurteilung durch Dr. med. F.____ weiterhin Tätigkeiten im bisher ausgeübten Pflegebereich zuzumuten, wenn auch ohne Führungsverantwortung. Sie sei in diesem Berufsfeld gut ausgebildet und verfüge über viel Erfahrung. Sie sei für das Finden einer ihr zumutbaren Tätigkeit im bisherigen Pflegebereich nicht auf die spezifischen Fachkenntnisse der Invalidenversicherung angewiesen. Dass sie nicht mehr im Pflegebereich weiterarbeiten wolle, habe als invaliditätsfremder Faktor unberücksichtigt zu bleiben (IV-Nr. 44, S. 3).

9.2 Die Beschwerdeführerin macht im Wesentlichen geltend, dass im Pflegebereich immer wieder schwierige Situationen entstünden, die emotional nicht ohne weiteres verkraftet werden können. Sie selbst sei emotional instabil und vulnerabel. Auch leide sie an verschiedenen somatischen Problemen. Folglich sei sie auf die Hilfe der

Beschwerdegegnerin beim Finden eines Schonarbeitsplatzes und Durchführen von Arbeitsversuchen bzw. auf ein Arbeitstraining angewiesen (A.S. 9 f.).

9.3 Zwar hat der psychiatrische Gutachter beim Thema «Behandlung und Eingliederung» ■ wie bereits ausführt ■ auch eine Tagesstrukturierung durch eine externe Arbeitstätigkeit, eventuell durch ein Arbeitstraining, unterstützt durch die IV, empfohlen. Bisher seien Eingliederungsbemühungen unterblieben. Der behandelnde Psychiater habe die Explorandin zu 100 % krankgeschrieben. Die berufliche Eingliederung sei durch die spezifische Situation mitbedingt (Umfang zirka 50 %). Hätte die Explorandin ■ so Dr. med. F. ___ ■ vor der Dekompensation eine angestellte Tätigkeit ausgeübt, wäre wahrscheinlich nach Austritt aus der B. ___ eine teilzeitliche Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit im Sinne eines Arbeitsversuchs von zirka 50 % möglich gewesen (IV-Nr. 30, S. 18 f.).

9.4 Diese Wiedereingliederung wäre der Beschwerdeführerin allerdings ■ vor dem Hintergrund der durch den psychiatrischen Gutachter per 1. Juli 2016 attestierten Arbeitsfähigkeit von 50 ■ 60 % (IV-Nr. 30, S. 19) ■ nicht nur möglich, sondern auch zuzumuten gewesen, zumal sie über eine breite Berufserfahrung verfügt. Nach der Rechtsprechung im Gebiet der Invalidenversicherung gilt nämlich ganz allgemein der Grundsatz, dass die versicherte Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern. Es ist primär Sache des Einzelnen, sich um eine angemessene Eingliederung zu bemühen. Kann eine versicherte Person ihre erwerbliche Beeinträchtigung in zumutbarer Weise selber beheben, so besteht gar keine Invalidität, womit es an der unabdingbaren Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Invalidenversicherung ■ auch für Eingliederungsmassnahmen ■ fehlt. Die Selbsteingliederung als Ausdruck der allgemeinen Schadenminderungspflicht geht nicht nur dem Renten-, sondern auch dem gesetzlichen Eingliederungsanspruch vor (BGE 113 V 28 E. 4a; AHI 2001 S. 282 E. 5a aa; RKUV 1987 U 26 S. 391). Seit 1. Januar 2008 ist die Schadenminderungspflicht in der IV auch ausdrücklich im Gesetz verankert. Art. 7 Abs. 1 IVG schreibt vor, dass die versicherte Person alles ihr Zumutbare unternehmen muss, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) zu verringern und den Eintritt der Invalidität (Art. 8 ATSG) zu verhindern (vgl. Botschaft des Bundesrates, BBl 2005, S. 4559).

9.5 Folglich ist nicht zu beanstanden, dass es die Beschwerdegegnerin ■ wenn auch aus anderen Beweggründen ■ abgelehnt hat, berufliche Massnahmen durchzuführen. In Betracht fällt zurzeit einzig ein Anspruch auf Arbeitsvermittlung, kann doch nicht ausgeschlossen werden, dass die Stellensuche für die Beschwerdeführerin nicht nur aus persönlichen, sondern auch aus gesundheitlichen Gründen erschwert ist. Sie ist objektiv und subjektiv eingliederungsfähig und erachtet sich denn auch als Kandidatin für die Arbeitsvermittlung (A.S. 10). Immerhin scheint sie in der Zwischenzeit eine Arbeit gefunden zu haben (vgl. A.S. 43; drei bis fünf Nachtwachen pro Monat), weshalb es ihr überlassen bleibt, sich dennoch bei der Beschwerdegegnerin zur Arbeitsvermittlung anmelden.

10. Zusammenfassend ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 4. Dezember 2017 aufzuheben und festzustellen ist, dass der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. November 2016 eine Viertelsrente der Invalidenversicherung zusteht. Die Akten gehen an die Beschwerdegegnerin zurück, damit diese noch das betragliche Ausmass der Rente festsetze. Die weitergehende Beschwerde hingegen ist abzuweisen.

E. 11

11.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht der Beschwerdeführerin eine ordentliche Parteientschädigung zu, die durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist (Art. 61 lit. g ATSG).

11.2 Der Vertreter der Beschwerdeführerin hat am 26. Juni 2018 eine Kostennote eingereicht, worin er für Besprechungen etc. einen zeitlichen Aufwand von insgesamt 9,34 Stunden und Auslagen von CHF 88.45 geltend macht (A.S. 47 ff.). Der geltend gemachte Aufwand enthält allerdings auch Kanzleiarbeit, die im Stundenansatz eines Anwalts inbegriffen und daher nicht separat zu entschädigen ist. Bei nicht eindeutig bezeichneten Positionen (wie «ein mitt kli» etc.) geht das Gericht praxisgemäss von Orientierungskopien oder sonstigem Kanzleiaufwand aus. Vorliegend entfallen auf Positionen, die als Kanzleiaufwand zu qualifizieren sind, insgesamt 35 Minuten. Bei der Position «reserve ein urt, bespr, prüfen rm» erscheinen anstelle der geltend gemachten 60 Minuten im vorliegenden Fall lediglich 30 Minuten als angemessen und praxisgemäss. Somit verbleibt ein Aufwand von 8,75 Stunden, der zum Stundenansatz von CHF 230.00 zu entschädigen ist. Bei den Auslagen ist zudem ein Betrag von CHF 10.00 unter Position «Büro-/Fahrspesen + Gebühren» angeführt, der nicht nachvollziehbar somit nicht zu ersetzen ist. Folglich ist die durch die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu bezahlende Parteientschädigung auf CHF 2'162.00 festzusetzen (1,8 Stunden zu CHF 230.00, zzgl. Auslagen CHF 5.35 und 8 % MwSt sowie 6,58 Stunden zu CHF 230.00, zzgl. Auslagen CHF 73.10 und 7,7 % MwSt).

12. 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 Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 4. Dezember 2017 aufgehoben und festgestellt wird, dass der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. November 2016 eine Viertelsrente der Invalidenversicherung zusteht. Die Akten gehen an die Beschwerdegegnerin zurück, damit diese noch das betragliche Ausmass der Rente festsetze.

2. Die weitergehende Beschwerde wird abgewiesen.

3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von CHF 2'162.00 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.

4. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post

gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst Häfliger

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