

SO_GERICHTE VSBES.2018.242 vom 30. August 2018

SO Obergericht, 2018-08-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.242

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.242 du 30 août 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.242 del 30 agosto 2018

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1978 geborene Versicherte A. ___ meldete sich erstmals am 20. Mai 2008 unter Angabe von «Nervenstörung / Nervenzusammenbruch» als gesundheitliche Beeinträchtigung bei der Invalidenversicherungs-Stelle des Kantons Solothurn zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Beleg-Nr. [IV-Nr.] 2). Seit November 2007 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die IV-Stelle holte daraufhin die Akten des Krankentaggeldversicherers B. ___ (IV-Nr. 12) sowie einen Arbeitgeberbericht vom 16. Juni 2008 (IV-Nr. 11) ein und führte am 18. Juni 2008 ein Intake-Gespräch durch (vgl. Protokoll in IV-Nr. 15). Nach vorangegangenem Vorbescheidverfahren (IV-Nr. 16) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 2. Oktober 2008 (IV-Nr. 17) einen Anspruch der Versicherten auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente mangels länger andauernder Arbeitsunfähigkeit. Diese Verfügung ist unangefochten in Rechtskraft erwachsen.

1.2 Am 13. Mai 2013 meldete sich die Versicherte erneut aufgrund «psychischer Erkrankung seit ca. 2004» bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 22). Mit Vorbescheid vom 2. Juli 2013 (IV-Nr. 21) stellte die IV-Stelle der Versicherten in Aussicht, auf die Neuanmeldung nicht einzutreten, da keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht worden sei. Die Versicherte habe jedoch Gelegenheit, innert der 30-tägigen Einwandfrist entsprechende Beweismittel beizubringen. Die Versicherte kündigte in ihrem Einwandschreiben vom 22. Juli 2013 (IV-Nr. 25) an, sie werde die entsprechenden Unterlagen in den nächsten Tagen einreichen, und ersuchte um eine Fristerstreckung, welche ihr bis 16. September 2013 gewährt wurde (IV-Nr. 26). In der Folge reichte die Versicherte ein ärztliches Zeugnis ihres behandelnden Psychiaters, Dr. med. C. ___, ein und bat die IV-Stelle, ihre Unterlagen bei diesem und ihrer Hausärztin, Dr. med. D. ___, direkt einzufordern (IV-Nr. 27). Die IV-Stelle trat mit Verfügung vom 30. September 2013 wie angekündigt nicht auf die Neuanmeldung ein (IV-Nr. 28). Dieser Entscheid ist unangefochten in Rechtskraft erwachsen.

E. 2

Der Beschwerdeführerin sei die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen.

E. 3

3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche

Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

3.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). 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. Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit externen medizinischen Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt. Allerdings ist hinsichtlich des Beweiswerts wie folgt zu differenzieren: Bezüglich Gerichtsgutachten hat die Rechtsprechung ausgeführt, das Gericht weiche «nicht ohne zwingende Gründe» von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab. Hinsichtlich von Versicherungsträgern im

Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholter, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechender Gutachten externer Spezialärzte wurde festgehalten, das Gericht dürfe diesen Gutachten vollen Beweiswert zuerkennen, solange «nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit» der Expertise sprechen. Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen ■ zu denen die RAD-Berichte gehören ■ kann nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_336/2015 vom 25. August 2015 E. 4.3 mit Hinweisen).

3.4 In Revisionsfällen ist überdies zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, die von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber auszusprechen hat, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat. Das Feststellen einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema ■ erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts ■ bezieht (Urteil des Bundesgerichts 8C_161/2012 vom 5. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen). Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweistauglich wäre (vgl. E. II. 4.2 hiervor), mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass sich die gesundheitlichen Verhältnisse verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.2).

E. 4

4.1 Die Beschwerdeführerin macht in ihrer Beschwerde vom 28. September 2018 (A.S. 3 ff.) resp. der Replik vom 7. Januar 2019 (A.S. 43 f.) geltend, aus dem RAD-Bericht vom 1. Mai 2018 (IV-Nr. 67) ergebe sich klar, dass jedenfalls eine Rente auf der Basis einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % zuzusprechen sei, worüber sich die angefochtene Verfügung ohne Hinweis oder Begründung hinwegsetze. Weiter treffe es nicht zu, dass ihre Benzodiazepinabhängigkeit die diagnostische Zuordnung und die Bestimmung des Ausmasses der Behinderung hindere oder jedenfalls nicht absolut. Die Arbeitsunfähigkeit betrage gemäss den Ausführungen des RAD auf jeden Fall 50 %. Da mit einem Entzug mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gar keine relevante Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu erreichen sei, müsse konsequenterweise sogar die vom Gutachter ermittelte Restarbeitsfähigkeit von 40 % als massgeblich erachtet werden. Schliesslich könne der Beschwerdeführerin nicht entgegengehalten werden, dass die bisherige Therapie nicht ausreichend gewesen sei. Das invalidisierende Krankheitsbild bestehe gemäss Gutachten seit vielen Jahren und habe sich chronifiziert. Die Therapieresistenz, der nach der aktuellen bundesgerichtlichen Rechtsprechung zwar keine zentrale Bedeutung mehr zukomme, wäre zu bejahen. Selbst wenn die theoretisch mögliche Optimierung der Behandlung nach Meinung des Gutachters und des RAD überhaupt zielführend sei, hätte die Beschwerdeführerin im Rahmen des ordentlichen Mahn- und Bedenkzeitverfahrens aufgefordert werden müssen. In ihrer Replik vom 7. Januar 2019 (A.S. 43 f.) bringt die Beschwerdeführerin vor, die Beschwerdegegnerin missverstehe die Rechtsprechung des Bundesgerichts dahingehend, dass letztlich überhaupt keine Bindung an die fachärztlichen Einschätzungen mehr bestünden. Das Gegenteil sei jedoch der Fall.

4.2 Die Beschwerdegegnerin hält dem in der Beschwerdeantwort vom 19. November 2018 (A.S. 18 ff.) entgegen, es liege nicht allein in der Zuständigkeit der mit dem konkreten Einzelfall gutachterlich befassten Arztperson, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führe. Aus rechtlicher Sicht könne darum von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit abgewichen werden, ohne dass sie ihren Beweiswert verlöre. Im vorliegenden Fall habe die zuständige Fachperson die medizinischen Ausführungen von Dr. med. G.____ (Gutachten vom 6. Dezember 2017) sowie von Dr. med. F.____ (RAD-Stellungnahme vom 1. Mai 2018) aus rechtlicher Sicht überprüft, dies aufgrund des rein juristischen Charakters der sozialversicherungsrechtlichen Begriffe von Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit sowie Invalidität. Die medizinischen Aussagen von Dr. med. G.____ und Dr. med. F.____ zur Arbeitsfähigkeit wirkten zwar stimmig, aus rechtlicher Sicht sei von dieser Einschätzung jedoch abzuweichen. Die in der Verfügung gemachten Schlussfolgerungen seien korrekt, es liege keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vor, welche eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung begründen würden. In ihrer Duplik vom 29. Januar 2019 (A.S. 46) hält sie sodann fest, sie setze sich keineswegs vollständig über das Gutachten und den RAD hinweg und verneine jegliche Bindungswirkung an die ärztlichen Feststellungen. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung übertrage den rechtsanwendenden Behörden jedoch den Auftrag, im Rahmen der Beweiswürdigung zu prüfen, ob den normativen Vorgaben Rechnung getragen worden sei. Dieser Aufgabe sei die Beschwerdegegnerin nachgekommen, was infolgedessen zu einer Ablehnung des Leistungsbegehrens geführt habe.

5. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin das im Rahmen der Neuanmeldung der Beschwerdeführerin vom 26. Januar 2016 (IV-Nr. 29) beantragte Leistungsbegehren mit Verfügung vom 30. August 2018 zu Recht abgewiesen hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren ■ wie unter vorstehender E. II. 2.3 dargelegt ■ durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung ■ vorliegend am 2. Oktober 2008 (IV-Nr. 17) ■ bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 30. August 2018 (IV-Nr. 69; A.S. 1 ff.).

6. Im Zeitpunkt der in Rechtskraft erwachsenen ursprünglichen Verfügung vom 2. Oktober 2008 (IV-Nr. 17) ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass keine medizinische Diagnose vorliege, welche zu einer länger andauernden Arbeitsunfähigkeit führen könnte. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig und es könne der Beschwerdeführerin zugemutet werden, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen und dabei ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Es sei folglich keine Invalidität im Sinne des Gesetzes ausgewiesen.

Der Beschwerdegegnerin standen für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts die Akten des Krankentaggeldversicherers B.____ zur Verfügung. Gemäss dem sich darin befindlichen Arztbericht des behandelnden Psychiaters, Dr. med. C.____, vom 27. Januar 2008 (IV-Nr. 12 S. 7 f.) seien die Diagnosen gemäss ICD-10 F33.11 (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom) sowie ICD-10 Z63.3 (Abwesenheit von Familienangehörigen) zu stellen. Es bestehe seit 29. November 2007 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Nachdem der Ex-Ehemann die zwei

Kinder in die Türkei entführt habe, habe die Beschwerdeführerin dekompenziert. Sie habe fünf Tage lang zu Hause ohne Essen und Schlafen, nur mit Weinen, verbracht; Suizidideen seien im Vordergrund gewesen. Da die ambulante Betreuung nicht genügt habe, sei sie am 16. Januar 2008 in der psychiatrischen Klinik I.____ hospitalisiert worden. Nach einer Stabilisation könne mit einer Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit gerechnet werden (vgl. auch das ärztliche Zeugnis von Dr. med. C.____ vom 21. Mai 2008 [IV-Nr. 5 S. 1], wonach die 100%ige Arbeitsunfähigkeit weiter andauere). Gemäss Arztbericht von med. pract. J.____, Assistenzarzt, und Dr. med. K.____, Oberarzt der psychiatrischen Klinik I.____ vom 31. März 2008 (IV-Nr. 12 S. 5 f.) liege eine Anpassungsstörung mit Angst- und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22) vor. Erstmals sei die Versicherte vom 4. bis 12. Dezember 2007 in der Klinik behandelt worden; die aktuelle stationäre Behandlung habe vom 16. Januar bis 29. Februar 2008 gedauert. Es habe sich im Rahmen der stationären Aufenthalte eine schwere depressive Symptomatik mit Suizidalität gezeigt. Im Vorfeld habe der Ehemann die zwei gemeinsamen Kinder der Beschwerdeführerin entzogen und bei den Schwiegereltern in der Türkei untergebracht. Eine Weiterführung der ambulanten Psychotherapie sei dringend notwendig. Es könne mit einer Wiederaufnahme der Arbeit gerechnet werden, es sei jedoch nicht beurteilbar, ab wann und in welchem Ausmass.

Vor ihrem Entscheid lud die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin am 18. Juni 2008 ausserdem zu einem Intake-Gespräch im Beisein von RAD-Arzt Dr. med. L.____ ein. Gemäss Protokoll vom 17. Juli 2008 (IV-Nr. 15) kamen die Kinder der Beschwerdeführerin nach der Entführung durch den Ex-Ehemann im April 2008 nach fünf Monaten wieder in die Schweiz zurück und lebten fortan wieder bei der Beschwerdeführerin. Gemäss Einschätzung der Fachpersonen sei das Krankheitsgeschehen (depressive Episode) labil, aber besserungsfähig. Die Versicherte sei in psychiatrischer Behandlung. Es mache den Eindruck, dass sie bei Besserung des Gesundheitszustandes, wie in der Vergangenheit, selber wieder eine Tätigkeit finden werde. Bis zum Ablauf des Wartejahres sollte die Beschwerdeführerin wieder arbeiten können. Die IV sei damit nicht zuständig.

7. Zum Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 30. August 2018 (IV-Nr. 69; A.S. 1 ff.) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

7.1 Gemäss Bericht der behandelnden Psychotherapeutin, lic. phil. M.____, vom 4. März 2016 (IV-Nr. 32) befinde sich die Beschwerdeführerin seit dem 17. Oktober 2015 bei ihr in psychotherapeutischer Behandlung. Aufgrund des instabilen Zustandes mit fehlender Tagesstruktur sei die Anmeldung bei der Tagesklinik erfolgt. Die Beschwerdeführerin sei in der Person einfach strukturiert, nicht differenziert und nicht reflektiert. Aufgrund des jahrelang bestehenden Medikamentenkonsums bestehe eine Abhängigkeit. Dies erschwere die Introspektionsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin besitze kaum Ressourcen und sei in der sozialen Kompetenz reduziert. Diagnostisch bestehe ein dringender Verdacht auf eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung. Die Beschwerdeführerin sei bereits seit Jahren chronisch in einer Depression, anamnestisch bestehe eine posttraumatische Belastungsstörung (PTSD / PTBS). Die Beschwerdeführerin zeige grundsätzlich die Motivation, an ihrer Situation etwas ändern zu wollen. Sie sei jedoch mit sich und ihrem Alltag stark überfordert, benötige klare Führung und eine pragmatische Vorgehensweise. Aktuell benötige sie die Hilfe, sich vorerst im Alltag wieder integrieren zu können, psychophysisch stabil zu sein, sich in ihrer Eigenverantwortung zu stärken und

gegebenenfalls die Integration im sekundären Arbeitsmarkt zu ermöglichen.

7.2 Im Austrittsbericht der Tagesklinik der Psychiatrischen Dienste N.____ vom 4. August 2016 (IV-Nr. 42) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Die Beschwerdeführerin sei von ihrer behandelnden Psychologin aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung mit bei Aufnahme mittelgradiger Ausprägung sowie einer vorbeschriebenen posttraumatischen Belastungsstörung zugewiesen worden. Bei Aufnahme habe sich die Beschwerdeführerin teils depressiv, andererseits im Kontakt mit Mitpatienten offen und zugänglich gezeigt. Auffällig sei vom ersten Tag an ein grosses Schlafbedürfnis in Verbindung mit grosszügigem Konsum von Lorazepam gewesen, weshalb sie häufig an Therapien oder Visiten nicht habe teilnehmen können. Trotz Behandlungsvereinbarung bezüglich Alkoholkonsums habe die Beschwerdeführerin am 1. Juni 2016 einen Rückfall mit drei Dosen Bier erlitten. Zudem sei die Beschwerdeführerin mehrfach vor lebensgefährlichen Komplikationen bei der unkontrollierten Einnahme von Clomethiazol (zeitweise über 600 mg täglich) gewarnt worden, was sie ignoriert habe. Die Beschwerdeführerin habe sich, ausser beim Ausmalen von Mandalas, nicht auf eine Tätigkeit konzentrieren können. Sie habe immer wieder Schmerzen angegeben, keine Strategien gefunden, um sich abzulenken und aktiv in die Handlung zu kommen. Wenn sie bei einer einfachen Tätigkeit nicht weitergekommen sei, sei zu beobachten gewesen, dass unerschwerlich Anspannung und Aggression deutlich zugenommen hätten. Im Laufe der Zeit hätten Motivation und Antrieb deutlich abgenommen. Der Beschwerdeführerin sei es nicht gelungen, selbständig und pünktlich in die Ergotherapie zu kommen. Bei Gruppenarbeiten habe sich die Beschwerdeführerin hingegen sehr kompetent gezeigt (z.B. Kochen für mehr als 15 Personen), habe sich schnell integriert und sei immer wieder beim ausgelassenen Herumalbern mit Mitpatienten beobachtet worden. Psychopharmakologisch sei die etablierte antidepressive Medikation unverändert übernommen worden. Trotz der reduzierten Verordnung von Lorazepam auf eine Tagesdosis von 2 mg bestehe der Verdacht, dass der Konsum von Tranquilizer und Sedativa angehalten habe. Die Beschwerdeführerin habe wiederholt erklärt, dass sie derzeit nicht an einer signifikanten Reduktion arbeiten möchte, sie nehme schon weniger ein als zuvor. Ein stationärer Aufenthalt zur Suchtbehandlung käme für sie nicht in Frage. In Anbetracht eines fehlenden konkreten Behandlungsauftrags, des aus Sicht der Tagesklinik gefährlichen Beikonsums von Sedativa und der mangelnden Therapiecompliance der Beschwerdeführerin sei ihr am 15. Juni 2016 der geplante Austritt zum 17. Juni 2016 vorgeschlagen worden, worauf die Beschwerdeführerin die Station direkt nach dem Gespräch verlassen habe. Auf das Angebot der Tagesklinik, mit einem konkreten Behandlungsvertrag einen weiteren Therapieversuch über einen begrenzten Zeitraum zu unternehmen, habe sie nach einer Bedenkzeit mit einem ablehnenden Bescheid reagiert, sodass der administrative Austritt am 16. Juni 2016 veranlasst worden sei. Eine Wiederaufnahme der Behandlung in der Tagesklinik sei frühestens nach sechs Monaten möglich. Es werde eine engmaschige ambulante Betreuung empfohlen.

7.3 Dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 6. Dezember 2017 lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (IV-Nr. 58.1 S. 42):

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (F33.11) mit/bei

Der Gutachter erhob folgende objektiven Befunde (IV-Nr. 58.1 S. 24 f.): Die mittelgross gewachsene, altersentsprechend aussehende, gepflegte, soweit beurteilbar schlanke 39-jährige Beschwerdeführerin türkischer Abstammung wirke verunsichert, angespannt, verloren und hilflos. Das Bewusstsein präsentiere sich klar und wach, die Orientierung sei in allen vier Ebenen gegeben. Die kognitiven Funktionen (Konzentration, Aufmerksamkeitsfähigkeit und Aufmerksamkeitsfokussierung) präsentierten sich eingeschränkt, das Gedächtnis zeige situativ Einschränkungen. Die Beschwerdeführerin sei klinisch gesehen als einfach strukturiert anzusehen, sie berichte in einfacher Sprache, mit einfachen Worten. Bezüglich der Intelligenz könne letztlich nichts gesagt werden. Das formale Denken zeige eine leichte Verlangsamung, ein Stocken sei nicht zu beobachten, die Kohärenz sei gegeben, Zerfahrenheit sei keine zu eruieren. Auffällig sei, dass sie mehrmals sprunghaft abgewichen und von ihren Traumatisierungen (Ex-Ehemann und Vater) zu berichten begonnen habe, dann aber gut lenkbar wieder zum Thema habe zurückgeführt werden können. In diesem Sinne sei auch von Gedankengrübeln auszugehen, immer wieder berichte sie kreisend und grüblerisch über die erlittenen Traumatisierungen und die Entführung der Kinder. Denkinhaltlich seien keine Wahrnehmungsstörungen, keine Wahnformen oder Wahninhalte, auch keine Ich-Störungen zu verzeichnen. Die Beschwerdeführerin sei gut spürbar, Hauptaffekt sei wiederholt eine Trauer, wiederholt zeige sie Tränen, eine Verlorenheit mit Ängsten, was nun mit ihr passieren würde, was ihren Kindern passieren könnte. Im Zusammenhang mit dem wiederholt einbrechenden Weinen sei von einer Affektinkontinenz auszugehen. Die Stimmung habe sich im depressiven Bereich situiert, sie habe nur eingeschränkt mitschwingen können, habe bedrückt gewirkt, dann umgekehrt fast apathisch, affektarm, wie sediert. Spürbar gewesen seien wiederholt diverse Ängste, Zukunftsängste, finanzielle Ängste, dann aber auch Ängste rund um ihre beiden Kinder. Schuldgefühle und Selbstvorwürfe habe die Beschwerdeführerin keine artikuliert, umgekehrt wiederholt heftige Aggressionen gegenüber dem Vater und dem Ex-Mann gezeigt. Von eigentlichen Nachhallerinnerungen im Sinne des intrusiven Wiedererlebens sei aufgrund ihrer Schilderungen nicht auszugehen, hingegen von grüblerischen Gedanken, welche sie täglich einholen dürften. Energetisch und antriebsmässig habe die Beschwerdeführerin reduziert, antriebsarm, apathisch gewirkt. Bezüglich Libido bzw. der sexuellen Aktivität sei von deutlichen Einschränkungen auszugehen. Suizidideen seien verneint, anamnestisch hingegen bejaht worden. Aufgrund ihrer Schilderungen sei von Schlafstörungen auszugehen, solche des Ein- und Durchschlafens. Weiter habe sie über nächtliche Alpträume und über einen reduzierten Appetit berichtet. Psychomotorisch habe sie innerlich wie äusserlich angespannt gewirkt, innerlich unruhig, äusserlich ruhig und bedächtig, pastös, apathisch.

Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich der Gutachter dahingehend (IV-Nr. 58.1 S. 37 ff.), dass im Wesentlichen von Seiten der beiden Störungsbilder, mittelgradige depressive Störung und Suchtstörung (Benzodiazepine), Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zu erwarten seien. Von Seiten der depressiven Störung seien im Kontext der kognitiven Einschränkungen, der psychomotorischen und Denkverlangsamung, der Antriebsstörung, wie auch der grüblerischen Gedanken, Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zu erwarten, dies vor allem in quantitativer Art, untergeordnet auch qualitativer Art. Auch wenn letztlich die dem depressiven Zustandsbild nun zugeordneten Befunde nicht vollständig von demjenigen der Suchtstörung abgegrenzt werden könnten, könne medizinisch-theoretisch im Kontext der Befundlage des depressiven Zustandsbildes von Funktionsstörungen ausgegangen werden, welche die Arbeitsfähigkeit in quantitativer Hinsicht um rund 50 %

schmäleren dürften. Relevante qualitative Einschränkungen aufgrund des depressiven Zustandsbildes seien nicht zu erwarten. Unter Beizug nun der Befunde der Suchtstörung bzw. insbesondere der kontinuierlich und in hohen Dosierungen zu sich genommenen Benzodiazepinen bzw. unter dem Aspekt der Befundlage in der Untersuchung, wo sich die Beschwerdeführerin verlangsamt und auch apathisch präsentiert habe, dürften die Einschränkungen etwas höher zu taxieren sein. Dr. med. G.____ führte aus, insgesamt gehe er aufgrund des Bisherigen von einer Arbeitsunfähigkeit von 60 % seit dem Jahre 2008 aus.

Die Beschwerdeführerin zeige jedoch eine Reihe von Diskrepanzen und Inkonsistenzen in der Untersuchung, was die Relevanz der Beschwerden und Befunde in Frage stelle. So sei es widersprüchlich, wenn die Beschwerdeführerin erkläre, dass sie das Haus nicht mehr alleine verlassen könne, dann aber in der Praxis für den Begutachtungstermin alleine erscheine, auch alleine und ohne (sichtbare) Ängste die Praxis verlasse und ihren Begleiter, den er, Dr. med. G.____, nicht zu Gesicht bekommen habe, später in der Stadt treffe. Wenn die Beschwerdeführerin Panikattacken bei Flugreisen beschreibe, trotzdem mehrmals jährlich Flugreisen in die Türkei unternehme, so sei dies nicht kompatibel oder aber die beschriebene Panik sei von wenig Relevanz. Der Gutachter führte weiter aus, wenn die Beschwerdeführerin in den letzten vier Monaten zwei Mal für Wochen in der Türkei gewesen sei, die Reisen offenbar energetisch gut prästiert habe, stehe dies in Widerspruch zu ihren Angaben, dass sie absolut keine Energie mehr habe, kaputt sei und auch im Widerspruch zu der deutlich eingeschränkt geschilderten Tagesgestaltung. Ebenfalls im krassen Widerspruch zu den Aussagen der Beschwerdeführerin stehe, wenn diese dem Gutachter eine sehr lange Medikamentenliste präsentiere und eine tägliche Einnahme wiederholt bestätige, die Medikamente eine Arbeitstätigkeit nicht mehr zulassen würden, sich in der Blutspiegelmessung im Labor aber für sämtliche der fünf untersuchten Substanzen keine therapeutischen Spiegel zeigen liessen, zwei gar im Null-Bereich gelegen hätten. Weiter hielt der Gutachter fest, die Inkonsistenzen verstehe er als Aggravationsverhalten im Sinne einer Verdeutlichung tatsächlicher oder wohl eher nur möglicher Einschränkungen. Es stelle sich die Frage, ob die Beschwerden, gerade angesichts einer fehlenden Einnahme der Medikamente bzw. Compliance, derart gravierend sein könnten, wie von der Beschwerdeführerin geschildert. Aufgrund der Inkonsistenzen und des Aggravationsverhaltens lasse sich letztlich nicht genau abschätzen, welche Arbeits- und Funktionsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus rein medizinischen Gründen noch zumutbar sei oder nicht. Sicherlich aber dürfte die Arbeitsfähigkeit höher liegen, als die oben und ohne Aggravation postulierten 40 %. Es sei davon auszugehen, dass unter Optimierung der Behandlung im Sinne des Obigen medizinisch-theoretisch eine Verbesserung der Befundlage beider Störungsbilder erreicht werden könne, was dann auch eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zur Folge haben sollte. Realistischerweise gehe er nicht davon aus, dass die Beschwerdeführerin im Kontext diverser sozialer oder psychologischer Einengungen, welche sie auch unter Aufhellung des einen oder anderen depressiven Befundes, deutlich limitieren dürften, in den Arbeitsprozess zurückkehren werde bzw. könne. Auch dürften die psychosozialen Faktoren eine Aufhellung behindern, sodass kaum von einer Vollremission ausgegangen werden könne. Unter Einbezug beider Störungsbilder und der psychosozialen Faktoren sei von keiner relevanten Verwertbarkeit einer Arbeitstätigkeit unter marktwirtschaftlichen Bedingungen auszugehen. Bezüglich Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ohne psychosoziale Faktoren orientierten die vorangehenden Ausführungen.

7.4 Gemäss RAD-Stellungnahme von Dr. med. F.____, Fachärztin FMH für Neurologie, vom 1. Mai 2018 (IV-Nr. 67) sei das Gutachten von Dr. med. G.____ nachvollziehbar. Die psychosoziale Problematik sei deutlich ausgeprägt. Zumindest ein Teil der depressiven Symptomatik sei im Kontext oder als Ausdruck der Suchtstörung zu verstehen. Der Gutachter gehe davon aus, dass sowohl die Benzodiazepin- als auch die anamnestisch beschriebene virulente Alkoholabhängigkeit als sekundäre Suchtgeschehen bzw. (im Sinne) einer Selbstmedikation zu verstehen seien. Letztlich sei aber von einem wenig adäquaten Selbstbehandlungsversuch auszugehen. Umgekehrt dürften die Benzodiazepine die depressive Störung begünstigen sowie weiter unterhalten. Im Ergebnis sei gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen davon auszugehen, dass eine krankheitswertige psychische Störung vorliege. Unter Berücksichtigung des funktionellen Schweregrades schränke diese zwar die Arbeitsfähigkeit ein, das Beschwerdebild sei aber nicht konsistent und nicht ausreichend behandelt. Andererseits bestünden erhebliche psychosoziale Belastungen, welche die Krankheitsentwicklung förderten und stark ressourcenhemmend wirkten. Unter Ausklammerung der psychosozialen Faktoren und Auswirkung der suchtbedingten Minderung der Leistungsfähigkeit betrage die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit 50 %. Retrospektiv sei der Beginn der Arbeitsunfähigkeit nicht sicher festlegbar, seit 2007 sei es aber zu wiederholten depressiven Phasen im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung gekommen. Bis 2007 habe volle Arbeitsfähigkeit bestanden. Eine Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung sei zumutbar. Eine relevante Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei dadurch aber nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu erreichen.

E. 8

8.1 Gestützt auf das Gutachten von Dr. med. G.____ sowie die Stellungnahme der RAD-Ärztin, Dr. med. F.____, verneinte die Beschwerdegegnerin mit der angefochtenen Verfügung vom 30. August 2018 (A.S. 1 ff.) sodann das Vorliegen einer Invalidität mit der Begründung, es liege zwar eine krankheitswertige psychische Störung vor, jedoch könne das Ausmass und die diagnostische Zuordnung aufgrund der Benzodiazepinabhängigkeit nicht schlüssig beurteilt werden. Weiter bestünden Diskrepanzen und Inkonsistenzen und Anzeichen aggravatorischen Verhaltens. Die bisher erfolgte psychiatrische Behandlung sei ungenügend und nicht nachhaltig ausgeschöpft. Zudem solle dringend ein Entzug der Benzodiazepine angegangen werden. Der geltend gemachte Gesundheitsschaden schränke zwar die Arbeitsfähigkeit ein, allerdings sei das Beschwerdebild nicht konsistent und nicht ausreichend behandelt. Entsprechend liege keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vor. Ein Rentenanspruch sei nicht entstanden.

8.2 Diese Schlussfolgerung der Beschwerdegegnerin gestützt auf die vorgenannten medizinischen Unterlagen vermag jedoch nicht zu überzeugen, gehen doch sowohl Dr. med. G.____ von einer Arbeitsunfähigkeit von 60 % resp. weniger aufgrund der Aggravation, als auch Dr. med. F.____ von einer solchen von 50 % ■ und dies ausdrücklich unter Ausklammerung der psychosozialen Faktoren und Auswirkung der suchtbedingten Minderung der Leistungsfähigkeit ■ aus. Es kommt hinzu, dass der psychiatrische Gutachter die Schwierigkeiten bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit nicht in der Benzodiazepinabhängigkeit der Beschwerdeführerin, sondern im Aggravationsverhalten verortet hatte. Es ist daher nicht nachvollziehbar, wenn die Beschwerdegegnerin das Ausmass und die diagnostische Zuordnung der krankheitswertigen psychischen Störung aufgrund der Benzodiazepinabhängigkeit als nicht beurteilbar eingestuft hat. Soweit sie mit Beschwerdeantwort vom 19. November 2018 (A.S. 18 ff.) unter Berufung auf die

bundesgerichtliche Praxis nunmehr geltend macht, das Beschwerdebild sei vorliegend psychosozial bedingt und könne medizinisch zwar die Diagnose einer depressiven Störung begründen, jedoch aus rechtlicher Sicht keine Invalidität, verkennt sie, dass der medizinische Experte in dem von ihr zitierten Urteil von einem ausschliesslich psychosozial bedingten Beschwerdebild bzw. von einer Beseitigung der psychischen Störung bei Wegfall der psychosozialen Belastungsfaktoren ausgegangen war (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_858/2017 vom 17. Mai 2018 E. 3.2). Eine solche explizite fachärztliche Aussage lag im Verfügungszeitpunkt im Falle der Beschwerdeführerin nicht vor. Im Gegenteil hielt Dr. med. G. ___ fest, dass unter Einbezug der psychosozialen Faktoren von keiner relevanten Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit mehr ausgegangen werden könne; ohne psychosoziale Faktoren sei die zuvor dargelegte Arbeitsfähigkeit von 40 % bzw. von mehr als 40 % bei Ausklammerung der Aggravation anzunehmen (IV-Nr. 58.1 S. 39; vgl. auch E. II. 7.3 hievor). Eine Invalidität von vornherein allein aufgrund psychosozialer Belastungsfaktoren zu verneinen, wäre vorliegend daher ebenso wenig zulässig gewesen. Schliesslich kann auch nicht direkt auf das Gutachten von Dr. med. G. ___ und dessen fachärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden, zumal unklar bleibt, wie die von ihm als Aggravationsverhalten qualifizierten Umstände genau zu gewichten sind. Eine entsprechende Rückfrage an den Gutachter erscheint nicht als zielführend, hat der Experte doch bereits ausdrücklich festgehalten, dass sich die Höhe der Arbeits(un)fähigkeit aus seiner Sicht nicht genau abschätzen lasse (IV-Nr. 58.1 S. 39). So ist denn auch nicht hinreichend klar, wie Dr. med. F. ___, Fachärztin FMH für Neurologie, gestützt auf das Gutachten von Dr. med. G. ___ zu einer Arbeitsunfähigkeit von genau 50 % gelangt ist, wobei die Festlegung der Arbeitsunfähigkeit einzig gestützt auf die Einschätzung einer fachfremden RAD-Ärztin grundsätzlich ohnehin kaum in Betracht kommt.

8.3 Zusammenfassend war der medizinische Sachverhalt und das funktionelle Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin durch die bei Erlass der Verfügung vom 30. August 2018 vorliegenden medizinischen Stellungnahmen nicht hinreichend geklärt. Um die vorliegend festgestellten Abklärungslücken zu füllen, hat das Versicherungsgericht bei Dr. med. H. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten eingeholt (vgl. E. I. 8.1 f. hievor).

9. Wie dargelegt, weicht das Gericht von einem Gerichtsgutachten, das die allgemeinen Anforderungen erfüllt, nur dann ab, wenn zwingende Gründe für ein Abweichen vorliegen (E. II. 3.3 hievor).

9.1 Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. H. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 18. März 2020 (A.S. 66 ■ 127) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht (vgl. E. II. 3.3 hievor). Es stammt von einer unabhängigen Fachärztin, welche die Beschwerdeführerin unter Beizug einer Türkisch sprechenden Dolmetscherin (vgl. A.S. 67) eingehend untersucht (vgl. A.S. 88 ■ 98) und die Vorakten studiert hat (vgl. A.S. 69 ■ 87 mit einer Zusammenfassung der Aktenlage). Im Weiteren hat die Gutachterin zusätzliche medizinische Akten (vgl. A.S. 98 ■ 104) und fremdanamnestiche Auskünfte eingeholt (vgl. A.S. 104 f.), verschiedene Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente eingesetzt (vgl. A.S. 97 f.) sowie die Ergebnisse sowohl eigener als auch externer Laboruntersuchungen einbezogen (vgl. A.S. 98). Die Aussagen der Expertin sind in allen Punkten schlüssig und nachvollziehbar (vgl. A.S. 106 ff. mit der ausführlichen fachärztlichen Beurteilung). Dr. med. H. ___ stellt in ihrem Gutachten folgende Diagnosen (A.S. 113, 122):

9.2 Die Gutachterin würdigt die Aktenlage und die Aussagen der Beschwerdeführerin eingehend und begründet ausführlich und nachvollziehbar ■ jeweils im Abgleich der erhobenen Befunde mit den jeweiligen Kriterien nach ICD-10 ■ die von ihr gestellten Diagnosen.

9.2.1 Zum psychiatrischen Befund (A.S. 96 f.) hält Dr. med. H. ___ fest, die Explorandin sei wach, bewusstseinsklar und in allen Qualitäten vollständig orientiert. Im Gespräch fielen leichte, später zunehmende Defizite bei Aufmerksamkeit und Konzentration auf, was die Beschwerdeführerin auch selbst wahrnehme und beklage. Die Gedächtnisleistungen seien leichtgradig eingeschränkt und würden insbesondere bei zeitlichen Abläufen und Daten (zeitliche Einordnung lebensgeschichtlicher Ereignisse) deutlich. Auffassung, Abstraktions-, Introspektions- und Reflektionsvermögen sowie die allgemeinen intellektuellen Fähigkeiten seien nach klinischem Eindruck im leicht unterdurchschnittlichen Bereich ausgebildet. Im formalen Denken erscheine die Explorandin etwas verlangsamt, verliere manchmal den roten Faden im Gespräch oder schweife ab, sodass sie wiederholt zum jeweiligen Thema zurückgeführt werden müsse. Es ergäben sich keine Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen (Wahnhalte), Wahrnehmungs- oder Ichstörungen. Affektiv imponiere die Beschwerdeführerin deutlich depressiv verstimmt, wenig schwingungsfähig, mimisch und gestisch eher starr. Sie beschreibe eine chronische ausgeprägte Lust- und Interesselosigkeit, mangelnde Freudefähigkeit, wenig bis keinen Antrieb, Mangel an Energie und Initiative, ausserdem Grübeln und negatives Gedankenkreisen (über vergangene Belastungen und die aktuelle Situation). Innerhalb der chronischen gedämpft-depressiven Stimmungslage beschreibe die Explorandin häufige starke Stimmungseinbrüche mit Verzweiflung und ausgeprägten Angstzuständen. Starker sozialer Rückzug wegen der ängstlich-unsicheren Stimmungslage und häufig auftretenden Panikattacken ■ die Explorandin gebe an, sich fast nur in Begleitung aus der Wohnung zu begeben. Zwangsgedanken oder -handlungen seien nicht zu eruieren. Häufig seien passive Todeswünsche, die sich punktuell in akute Suizidideen steigern könnten, dann auch wiederholt impulsive (para-)suizidale Handlungen. Es bestehe eine ausgeprägte Neigung zur Selbsttherapie der Stimmungseinbrüche und Depressionen mit Suchtmitteln (v.a. Alkohol, Benzodiazepine) und zuletzt auch erhöhter Kalorienzufuhr mit Entwicklung einer erheblichen Adipositas. Daneben bestünden psychogen vermehrte Durstgefühle und Trinkmengen bei Mundtrockenheit. In der Persönlichkeitsstruktur wirke die Beschwerdeführerin sehr einfach strukturiert und weise ausgeprägte emotional instabile Züge auf, die sich neben den Stimmungsschwankungen in deutlicher Impulsivität (Schreien und aggressiven Handlungen gegen Gegenstände) in Konflikten und Krisen äusserten. Die sozialen Interaktionsfähigkeiten seien dadurch erheblich beeinträchtigt, was zu Beziehungsabbrüchen, Isolation und Verstärkung der Depressivität führe. Es bestehe keine tiefergehende Einsicht in die Persönlichkeitsproblematik; störungsbedingt und aufgrund der eingeschränkten Reflektions- und Introspektionsfähigkeiten bestehe eine deutlich eingeschränkte Behandlungs- und Kooperationsbereitschaft. Es seien chronische Ein- und Durchschlafstörungen, gelegentlich traumaassoziierte Alpträume, auszumachen.

In den psychiatrischen Zusatzuntersuchungen (A.S. 97 f.) hätten sich folgend Resultate ergeben: 22 von max. 60 Punkten auf der Montgomery-Asperg Depression Rating Scale (MADRS; Fremdbeurteilungsfragebogen) ■ entsprechend einer mittelschweren Depression (20 ■ 30 Punkte). 39 von max. 63 Punkten im Beck-Depressionsinventar (BDI; Selbstbeurteilungsfragebogen) ■ ab 26 Punkten bestehe eine bedeutende Depression. Auf

der Hospital Anxiety and Depression Scale (deutsche Version HADS-D; Selbstbeurteilungsfragebogen zu depressiven und Angstsymptomen: ab 11 Punkten positiv) habe die Beschwerdeführerin 10 (Angst) bzw. 18 Punkte (Depression) erreicht. In der Symptom-Check-Liste nach Derogatis (SCL-90-R, türkische Version) hätten sich bei neun Dimensionen (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität / Feindseligkeit, phobische Angst, paranoides Denken, Psychotizismus) maximal erhöhte Werte in allen Dimensionen gezeigt; einzig bei der Zwanghaftigkeit finde sich ein mässig erhöhter Wert. Der Rey-Memory-Test (RMT) zur Detektion von Aggravation / Simulation sei mit 15 Punkten negativ ausgefallen. Neben dem Screeningtest hätten auch klinisch keine Verzerrungen der Beschwerdeschilderung (wie z.B. Aggravation) beobachtet werden können. Insgesamt zeige sich in der Fragebogendiagnostik damit eine stark ausgeprägte und vielfältige psychische Symptombelastung. Bei der Laboruntersuchung sei im Drogenscreening ein positiver Wert aufgefallen für Benzodiazepine, Alkoholmarker seien dagegen unauffällig und es fänden sich auch keine Hinweise auf den Konsum von illegalen Drogen. Die Medikamentenspiegel zu den verordneten Psychopharmaka seien im therapeutischen Wirkungsbereich, sodass von einer guten Medikamentencompliance auszugehen sei (A.S. 98, 113, 122).

9.2.2 Gestützt auf diese Befundlage leuchtet sodann die fachärztliche Beurteilung von Dr. med. H. ___ (A.S. 112 f.) ein, wonach bei der Untersuchung der weitgehend kooperativen, sehr einfach strukturierten und müde-angestrengt wirkenden Beschwerdeführerin psychopathologisch ein depressives Syndrom mittelgradiger bis schwerer Ausprägung im Vordergrund gestanden habe, mit den typischen affektiven, aber auch kognitiven Einschränkungen, begleitet von Ängsten und Panikattacken. Des Weiteren seien ausgeprägte emotional instabile Persönlichkeitszüge in der Untersuchung beobachtet (z.B. ungeduldig-reizbar bei Anforderungen wie Fragebogenbearbeitung) sowie von der Explorandin geschildert worden (rasche Stimmungsschwankungen, Interaktionsprobleme und Impulsivität in zwischenmenschlichen Beziehungen, Zerstören von Gegenständen, wiederholte suizidale/parasuizidale Handlungen). Als dysfunktionale Entlastungsstrategien habe sich in erster Linie ein eingeschliffenes Suchtverhalten gezeigt (aktuell Benzodiazepinsedativa und hochkalorische Nahrung, früher auch andere sedierende Medikamente und Alkohol) und daneben auch eine vermehrte Flüssigkeitsaufnahme bei psychogener Polydipsie. Die Persönlichkeits- und Suchtproblematik sei auf Rückfrage von der seit 2015 behandelnden Psychotherapeutin, lic. phil. M. ___, bestätigt worden.

Depressive Episoden seien bei der Beschwerdeführerin seit 2007 immer wieder in unterschiedlicher Ausprägung diagnostiziert worden. Aktuell seien die Kriterien für eine mindestens mittelgradig ausgeprägte depressive Störung erfüllt: Die Explorandin leide chronisch, also deutlich länger als die Mindestdauer von zwei Wochen, unter den drei Kernkriterien einer Depression, d.h. einer depressiven Stimmungslage, einer Freud- und Interesselosigkeit und einer Antriebsstörung. Dazu kämen Konzentrationsminderung, Selbstwertverlust und Suizidgedanken. Es sei somit eine chronifizierte mittelgradig bis schwer ausgeprägte depressive Episode im Rahmen einer (seit 2007 vorliegenden) rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.1 / F33.2) zu diagnostizieren ■ dies auf dem Boden einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.3), was mit Blick auf die weiteren Ausführungen der Expertin ebenfalls nachvollziehbar erscheint. Die Gutachterin erläutert dabei zunächst, dass die allgemeinen diagnostischen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (vgl. dazu die Auflistung auf A.S. 114) bei der Beschwerdeführerin

erfüllt seien: Die Abweichungen in ihrem Denken und Fühlen, in der Impulskontrolle und in zwischenmenschlichen Beziehungen seien in vielen Situationen unflexibel und unangepasst, führten zu Leidensdruck und seien nicht (allein) durch eine andere psychische Störung oder durch eine Erkrankung des Gehirns erklärbar. Die Abweichungen seien über Jahre aktenkundig und hätten eigenanamnestisch bereits in der Jugend begonnen (A.S. 115). Für die Annahme einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung ■ so die Gutachterin weiter ■ müssten zusätzlich zu diesen allgemeinen Kriterien mindestens drei der fünf weiteren, spezifischen Kriterien vorliegen (A.S. 115):

Im Falle der Beschwerdeführerin manifestiere sich die Persönlichkeitsstörung durch (auch ausserhalb der depressiven Phasen auftretende) starke Stimmungseinbrüche mit Verzweiflung, häufigen Todeswünschen und Suizidgedanken, impulsiv umgesetzt in wiederholten (para-)suizidalen Handlungen. Durch die Impulsivität komme es in Krisensituationen immer wieder zu unkontrollierten Substanzrückfällen, übertriebener Nahrungs- oder Flüssigkeitszufuhr. In verschiedenen Beziehungen (Ehe, nichteheliche Partnerschaften, Kolleginnen, Chatrooms) komme es immer wieder zu impulsivem Ausagieren von Konflikten, ohne die Folgen zu bedenken, teils würden in Krisensituationen auch Gegenstände zerstört. Die Folgen seien wiederholtes Anecken in sozialen Beziehungen, Misstrauen und Kontaktabbrüche, letztlich eine weitgehende soziale Isolation. Dass Dr. med. H. ___ vor diesem Hintergrund die Voraussetzungen für eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung bejaht (A.S. 115), erscheint schlüssig. Auch ihre Überlegungen, weshalb die Persönlichkeitsproblematik nicht bereits in der Kindheit und frühen Jugend dokumentiert ist, vermögen zu überzeugen. Aus Sicht der Gutachterin liege dies daran, dass unter den gegebenen Umständen des Aufwachsens in der türkischen Ursprungsfamilie keine ärztlich-psychotherapeutischen Abklärungen und Behandlungen stattfinden konnten. Auch in der neuen Umgebung habe die Beschwerdeführerin, wahrscheinlich kulturell-sprachlich mitbedingt, erst verzögert, im Alter von 25 Jahren, einen Psychiater wegen ihren psychischen Beschwerden aufgesucht, die sie ausschliesslich als extern-reaktiv verursacht (durch das Verhalten des Ex-Ehemanns, der anderen Partner bzw. der Kolleginnen) sah und nicht mit der eigenen Persönlichkeitsproblematik in Zusammenhang gebracht habe. Die überdauernde emotional instabile Persönlichkeitsstruktur sei während der folgenden zahlreichen Klinikaufenthalte vielfach beschrieben, auch von der seit 2015 behandelnden Psychotherapeutin. Sie bildete sich nicht nur in der Ehebeziehung, sondern auch in anderen sozialen Beziehungen ab, sodass es zu einer deutlichen sozialen Isolation gekommen sei. Bei der Explorandin selbst und ihrem Umfeld (Kinder) sei ein grosser Leidensdruck vorhanden, was aus gutachterlicher Sicht primär auf die normabweichende Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin und die begleitende Depression zurückzuführen sei, nicht auf die (sekundäre) Substanzabhängigkeit oder die psychosozialen (Folge-)Probleme (A.S. 115 f.).

Bezüglich der Abhängigkeitserkrankung (A.S. 116) seien von der Beschwerdeführerin zur Dämpfung ihrer depressiven und emotional instabilen Beschwerden über weite Strecken Alkohol und Beruhigungsmittel als dysfunktionale Selbstbehandlung eingesetzt worden. Es habe sich ein starkes Verlangen nach beiden Substanzen entwickelt, die Explorandin habe bald die Kontrolle über den Konsum von Alkohol und Beruhigungsmitteln (vor allem Lorazepam) verloren, ihre Konsummengen gesteigert und den Konsum trotz eines prinzipiellen Abstinenzwunsches und eindeutig schädlicher Folgen (Intoxikationszustände, Verhinderung einer zielführenden Behandlung ihrer psychischen Beschwerden) weiter

fortgesetzt. Sie habe Entzugserscheinungen entwickelt und die Benzodiazepinmedikation unter stationären Bedingungen sehr langsam abbauen müssen. Damit seien die ICD-10-Kriterien für Abhängigkeitssyndrome erfüllt. Auch aktuell fänden sich Hinweise auf einen fortgesetzten Benzodiazepinkonsum (über die niedrige Reservemedikation hinaus), während sich keine Hinweise für Alkoholkonsum ergäben. Nebenbefundlich bestehe schliesslich eine Nikotinabhängigkeit ■ die Beschwerdeführerin rauche seit vielen Jahren 20 ■ 30 Zigaretten pro Tag.

9.2.3 Was die in den Vorakten teilweise postulierte posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) anbelangt, wird eine solche von Dr. med. H. ___ nachvollziehbarerweise verneint. Auch wenn sie für die Vergangenheit lebhaftere Erinnerungen, Intrusionen (Bilder und Alpträume) in Bezug auf frühere Lebensbelastungen (durchaus potentiell traumatisierender Art) beschreibe, die gelegentlich auch heute noch vorkämen, sei die für eine PTBS gemäss ICD-10-Klassifikation erforderliche Symptomkonstellation bei der Beschwerdeführerin nicht in ausreichendem Masse erfüllt. Die Symptomatik von Traumafolgestörungen und Persönlichkeitsstörungen sei nicht immer trennscharf auseinander zu halten. Im vorliegenden Fall sei gemäss Gutachterin im aktuellen Querschnittsbild unter Berücksichtigung der gesamten Krankheitsgeschichte jedoch mit grosser diagnostischer Sicherheit eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung festzustellen, während eine Traumafolgestörung nicht bestätigt werden könne (A.S. 116 f.).

9.3 Zu den Auswirkungen der gestellten Diagnosen auf der Ebene der Fähigkeiten (auf die somatischen und psychischen Grundfunktionen) hält Dr. med. H. ___ fest, die Beschwerdeführerin sei durch die emotional instabile Persönlichkeitsstörung in der sozialen Interaktionsfähigkeit, d.h. in ihrer Kontaktfähigkeit zu Dritten, in der Konfliktfähigkeit, der Gruppen- und Teamfähigkeit sowie in der Selbstbehauptungsfähigkeit mittelgradig bis schwer beeinträchtigt, ebenso sei ihre Flexibilität und Umstellungsfähigkeit herabgesetzt, d.h. sie könne sich nicht in ausreichendem Mass an kurzfristig bzw. rasch wechselnde Anforderungen im Berufsalltag anpassen. In mittlerem Ausmass sei auch die familiäre bzw. intime Beziehungsgestaltung betroffen. Durch die depressive Symptomatik (v.a. Antriebslosigkeit, kognitive Funktionseinbussen) und die Beruhigungsmittelsucht, teilweise auch durch die Kombination beider Störungsbilder, seien der Beschwerdeführerin die Einhaltung von Regeln und Routinen, Planung und Strukturierung von Aufgaben, Anwendung fachlicher Kompetenzen, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sowie Durchhaltefähigkeit erschwert; sie sei hier als mindestens mittelgradig eingeschränkt zu beurteilen. In den weiteren Fähigkeiten des Mini-ICF-App (Spontanaktivitäten, Selbstpflege und Verkehrsfähigkeit) sei die Explorandin als leicht bis mittelgradig eingeschränkt zu betrachten (A.S. 118, 124). Der gutachterlich erhobene Schweregrad der Funktionseinschränkungen erscheint plausibel und geht mit der als schwer einzustufenden Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einher (vgl. dazu E. II. 9.5.1 hienach).

9.4

9.4.1 Hinsichtlich Arbeits(un)fähigkeit gelangt die Gutachterin sodann zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Maschinenführerin aufgrund der vorliegenden psychischen Gesundheitsstörungen und der funktionalen Beeinträchtigungen keine Arbeitsfähigkeit (0 %) aufweise (A.S. 124). Aus psychiatrischer Sicht könne wegen der umfangreichen und komplexen Funktionseinschränkungen, die aus dem psychiatrischen Gesamtstörungsbild resultierten, kein Arbeitsplatz skizziert werden, in dem die Beschwerdeführerin ihre Ressourcen in eine Erwerbsarbeit umsetzen könnte. Es sei

ihr keine leidensadaptierte Tätigkeit zumutbar. Die Beschwerdeführerin weise auf dem ersten Arbeitsmarkt allgemein keine Arbeitsfähigkeit (0 %) auf (A.S. 125).

9.4.2 Die Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit der erstmaligen Verneinung eines Leistungsanspruches mit Verfügung vom 2. Oktober 2008 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 30. August 2018 verändert habe, wird von Dr. med. H.____ bejaht: Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit hätten sich in diesem Zeitraum verschlechtert. Zum ersten Zeitpunkt vom 2. Oktober 2008 hätten sich die emotional instabile Persönlichkeitsproblematik der Explorandin zwar bereits ungünstig in der privaten und beruflichen Beziehungsgestaltung manifestiert, jedoch sei die Persönlichkeitsstörung noch nicht so ausgeprägt gewesen, dass es zu Eskalationen (im Sinne suizidal motivierter Mischintoxikationen) gekommen wäre. Die depressive Reaktionsneigung habe sich in depressiven Anpassungsstörungen auf belastende Lebensereignisse, teils auch in leichten bis mittelschweren depressiven Episoden, jedoch noch nicht in chronifizierten mittelgradig bis schweren Depressionen geäußert. Es habe auch eine gewisse, punktuelle Anfälligkeit für psychotrope Substanzen (Alkohol, Sedativa), jedoch noch kein schweres, durchgängiges Suchtverhalten bestanden. Somit seien alle drei psychischen Störungsbilder bei der Beschwerdeführerin im ersten Zeitpunkt vom 2. Oktober 2008 bereits in leichter Ausprägung erkennbar, aber noch nicht so schwergradig-chronifiziert vorhanden wie zum zweiten Zeitpunkt am 30. August 2018 (A.S. 122 f.).

Dementsprechend habe die Explorandin zum ersten Zeitpunkt vom 2. Oktober 2008 aus psychiatrischer Sicht zwar keine Arbeitsfähigkeit mehr in der angestammten Tätigkeit als Maschinenführerin im Schichtbetrieb aufgewiesen, es habe bei ihr jedoch noch eine Teilarbeitsfähigkeit von 50 % für eine leidensangepasste Tätigkeit (d.h. wohlwollendes Umfeld, keine besonderen Anforderungen an die soziale Interaktionsfähigkeit, kein Zeit- und Leistungsdruck, keine Schicht- oder Nachtarbeit) vorgelegen. Zum zweiten Zeitpunkt am 30. August 2018 habe die Beschwerdeführerin hingegen weder in angestammter noch in leidensangepasster Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit aufgewiesen, d.h. die Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt habe zu diesem Zeitpunkt 0 % betragen (A.S. 123).

9.4.3 Zum Zeitpunkt der Veränderung legt die Gutachterin gestützt auf die Vorakten sowie die von ihr zusätzlich eingeholten medizinischen Berichte (vgl. A.S. 98 ff.) dar, dass bei genauer Betrachtung des Krankheitsverlaufs spätestens am 15. Juni 2015 der Punkt erreicht worden sei, an dem eine überwiegende Wahrscheinlichkeit der Zustandsverschlechterung angenommen werden könne. Damals sei die Beschwerdeführerin in die Klinik O.____ eingetreten (vgl. A.S. 99 f.) und selbst unter stationären Bedingungen in suizidale Handlungen eskaliert. Sie habe sich auch nach der Verlegung in die stationäre Psychosomatik in [...] nicht stabilisieren können und man habe sie akutpsychiatrisch (zwangs-)behandeln müssen. Nach dieser Krise habe die Explorandin im Dezember 2015 wieder einen Suizidversuch durch Mischintoxikation unternommen. Auch durch einen tagesklinischen Aufenthalt im Frühjahr 2016 habe sie sich nicht stabilisieren können; sie sei im Suchtverhalten gefangen geblieben, sodass die teilstationäre Therapie habe beendet werden müssen. Die Beschwerdeführerin sei in der Folge dauerhaft auf sehr niedrigem psychischem und sozialem Funktionsniveau verharrt, habe allein im ersten Halbjahr 2018 drei weitere Suizidversuche unternommen und habe trotz erheblichen eigenen Leidensdrucks und kontinuierlich wahrgenommener Psychotherapie weder ihre Impulsivität noch die depressiven Episoden oder ihr Suchtverhalten dauerhaft in den Griff bekommen.

Aufgrund der ausgeprägten Persönlichkeitsstörung und der mangelnden persönlichen, auch intellektuellen Ressourcen habe die Explorandin die Therapieoptionen hinsichtlich Depression und Suchterkrankung nicht ausreichend nutzen können. Beim bisher letzten Klinikaufenthalt (17. September bis 19. November 2018) habe die Beschwerdeführerin einen Entzug gemacht und sei auf eine zielführende antidepressiv-stimmungsstabilisierende Medikation eingestellt worden. Dennoch habe sich im Begutachtungszeitpunkt (bei guter Medikamentencompliance) eine chronifiziert wirkende, ausgeprägte depressive Symptomatik gezeigt; die Suchtproblematik habe auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau (kein Alkoholkonsum, mässiger Beruhigungsmittelkonsum) fortbestanden. Zusammengefasst sei seit mindestens 15. Juni 2015 eine deutliche und anhaltende Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin eingetreten. Dementsprechend sei spätestens ab diesem Zeitpunkt die Arbeitsfähigkeit als verändert zu betrachten im Sinne eines Wechsels von 50 % Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit zu 0 % Arbeitsfähigkeit in angestammter und leidensangepasster Tätigkeit (A.S. 123 f.). Vom 15. Juni 2018 (recte: 2015) bis zum 30. August 2018 habe sich der psychische Gesundheitszustand nicht mehr relevant verändert (A.S. 125).

9.4.4 Zu Therapiemassnahmen nimmt die Expertin dahingehend Stellung, dass die Beschwerdeführerin seit Mai 2004 in psychiatrischer Behandlung stehe und seither durchgängig ambulante Therapie und gesamthaft ca. 13 (teil-)stationäre Therapien wahrgenommen habe. Die aktuelle psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung einschliesslich Spitexbetreuung sei aus gutachterlicher Sicht als dem Störungsbild und der therapeutischen Erreichbarkeit der Explorandin angemessen zu bezeichnen. Es bedürfe weiterhin einer langfristigen Unterstützung und Begleitung durch eine fachärztliche Vertrauensperson, welche vor allem über eine wertschätzende und akzeptierende Beziehungsgestaltung wirke und die Möglichkeiten und Ressourcen der Beschwerdeführerin nicht überfordere. Im Rahmen dieser therapeutischen Beziehung sollte weiterhin auch psychopharmakologisch und suchtspezifisch gearbeitet werden. Die pflegerische Unterstützung sei im Alltag ebenfalls dringend weiterzuführen. Stationäre Behandlungen sollten sich auf möglichst kurze Kriseninterventionen beschränken, da sich gezeigt habe, dass der Explorandin der Transfer der (ohnehin begrenzten) Therapiefortschritte aus dem stationären Setting in den Alltag kaum gelinge. Wenn die derzeit etablierte Therapie fortgeführt werde, könne die soziale Reintegration der Beschwerdeführerin in einem geschützten Arbeits- und Beschäftigungsbereich mit Aussicht auf Erfolg durchgeführt werden. Es sei in absehbarer Zeit jedoch auch bei guter Therapiecompliance nicht mit einer relevanten nachhaltigen Verbesserung von psychischem Zustand und Belastbarkeit zu rechnen, sodass eine Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt vorerst nicht erreichbar erscheine (A.S. 125 f.).

Berufliche Massnahmen mit dem Ziel der Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt seien derzeit nicht indiziert, es kämen nur therapeutisch ausgerichtete Massnahmen in Frage (A.S. 126). Angesichts der ungünstigen Konstellation aus verschiedenen, sich ungünstig beeinflussenden psychischen Störungen und des bisherigen Krankheits- und Behandlungsverlaufs müsse davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin langfristig auf einen unterstützenden, begleitenden therapeutischen Kontakt angewiesen bleibe. In erster Linie werde angesichts der langjährigen Situation mit sozialer Isolation und fehlender Tagesstruktur eine soziale Reintegration anzustreben sein. Je nach Verlauf werde sich zeigen, ob die sich Beschwerdeführerin langfristig psychisch etwas stabilisieren könne.

Realistischerweise werde innerhalb der nächsten zwei bis drei Jahre eine für die Arbeitsfähigkeit relevante Verbesserung des psychischen Zustands nicht erreichbar sein. Ob sich langfristig eine ausreichende psychische Stabilität für eine (Teil-)Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt aufbauen lasse, sei zum gegenwärtigen Zeitpunkt als eher unwahrscheinlich einzustufen (A.S. 126 f.).

9.5 Zudem sind nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, welches durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die psychiatrische Gutachterin dementsprechend zu prüfen ist. Dies gilt gemäss BGE 143 V 409 insbesondere auch für depressive Störungen sowie gemäss BGE 145 V 215 auch für primäre Abhängigkeitssyndrome bzw. Substanzkonsumstörungen.

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

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

a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

-Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)

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

-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)

9.5.1 Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Aus den einleuchtenden gutachterlichen Erwägungen geht diesbezüglich hervor, dass die diagnoserelevanten Befunde mittlerweile als schwer ausgeprägt einzustufen sind: So sei der bisherige Krankheitsverlauf ■ unabhängig von den (gemäss Vorakten) lange vorhandenen diagnostischen Unsicherheiten (im Hinblick auf die Differenzierung Traumafolgestörung vs. Persönlichkeitsstörung) ■

davon geprägt gewesen, dass es trotz zahlreicher, auch (teil-)stationärer Behandlungsversuche nicht gelungen sei, die Denk- und Verhaltensmuster der Beschwerdeführerin wesentlich zu beeinflussen. Die emotional instabile Persönlichkeitsproblematik habe sich über die Jahre hinweg vor allem in den impulsiven (para-)suizidalen Handlungen gezeigt. Die depressiven Phasen seien in den letzten Jahren überwiegend mittelschwer bis schwer ausgeprägt gewesen, auch aktuell zeige sich dieser Schweregrad. Das Abhängigkeitssyndrom lasse sich bis mindestens 2008 zurückverfolgen, bezüglich des Beruhigungsmittelkonsums sei noch stets eine Abhängigkeit anzunehmen, wenn auch inzwischen auf einem niedrigeren Dosisniveau. Gesamthaft seien aus gutachterlicher Sicht alle drei Störungskomponenten als schwer und mittlerweile chronisch ausgeprägt zu beurteilen (A.S. 117). Zudem ist betreffend Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde auch auf das in E. II. 9.2.2 und E. II. 9.3 vorgehend Gesagte zu verweisen.

Was die von Dr. med. G.____ beschriebene Aggravation (vgl. E. II. 7.3 hievor) anbelangt, konnte Dr. med. H.____ anlässlich ihrer Begutachtung keine Verzerrungen der Beschwerdeschilderung beobachten oder anderweitige Inkonsistenzen verzeichnen. Im Gegenteil geht aus ihren Ausführungen schlüssig hervor, dass keine Anhaltspunkte für Aggravation oder Simulation bestehen; so sei auch ein entsprechender Test negativ ausgefallen (vgl. A.S. 96, 98, 113, 121; siehe auch E. II. 9.2.1 hievor und E. II. 9.5.4 hienach zur Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität).

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz geht aus dem Gutachten hervor, dass die bisherigen medizinischen Massnahmen eine ambulante psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung (2004 bis 2015 bei Dr. med. C.____, seit 2015 bei lic. phil. M.____), zehn stationär-psychiatrische Aufenthalte (Psychiatrische Dienst I.____) seit 2007 und drei psychosomatische Rehabilitationsaufenthalte (Klinik O.____) seit 2013 umfasse. Die Beschwerdeführerin werde zudem von einer psychiatrischen Spitex betreut. Diese Massnahmen seien gemäss Dr. med. H.____ als dem Störungsbild angemessen zu betrachten. Die Schwierigkeiten der Beschwerdeführerin, sich gegenüber ihren therapeutischen Bezugspersonen und deren Therapievorschlügen zu öffnen und diese umzusetzen, seien in erster Linie in ihrer psychischen Störung (Persönlichkeitsstörung) und in ihren geringen Ressourcen begründet zu sehen, im Sinne einer krankheitsimmanent eingeschränkten Fähigkeit, Vertrauen aufzubauen und den Sinn langfristig wirksamer (psychotherapeutischer oder konsequenter psychopharmakologischer) Behandlungsstrategien zu erkennen und diese anstelle der kurzfristig wirksamen, aber langfristig dysfunktionalen Entlastungsmöglichkeiten («Ruhe» / Schlafen durch Substanzkonsum, Rückzug, Vermeidung, Passivität) zu nutzen. Im Rahmen ihrer begrenzten Möglichkeiten zeige die Explorandin jedoch gegenüber ihrem früheren Psychiater sowie ihrer jetzigen Psychotherapeutin eine basale, zeitstabile Kooperationsbereitschaft. An Eingliederungsmassnahmen habe die Beschwerdeführerin bisher nicht teilgenommen, da ihre psychische Stabilität hierfür nicht ausreichend gewesen sei (A.S. 119). Die Beschwerdeführerin zeige immer wieder einen deutlichen Leidensdruck und habe daher ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungen aufgesucht. Dass sie in den letzten Jahren aufgrund der chronischen psychischen Beschwerden die Hoffnung aufgegeben und keine eigenen Integrationsversuche mehr unternommen habe, sei aus gutachterlicher Sicht ganz überwiegend auf die störungsbedingten Einschränkungen und nicht auf grundsätzlich fehlende Leistungsmotivation zurückzuführen (A.S. 120).

Betreffend Behandlung und Eingliederung kann ausserdem auf das unter vorstehender E. II. 9.4.4 Gesagte (auch zur Notwendigkeit der Weiterführung dieser Therapie bei gleichzeitig schlechter Prognose für das Erreichen einer Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt) verwiesen werden.

Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Gemäss BGE 143 V 318 ist E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 so zu verstehen, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist. Im Gutachten wird wiederholt eine ressourcenhemmende Wirkung der verschiedenen Diagnosen beschrieben und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt. Dr. med. H. ___ hält zur Frage der Komorbidität überdies fest, dass sich die psychiatrischen Störungsbilder in der vorliegenden Konstellation in ungünstiger Weise gegenseitig beeinflussten. Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung erschwere den Aufbau von therapeutischen Beziehungen und die Behandlung von Depression und Abhängigkeitserkrankung. Die Antriebsstörung der Depression wiederum wirke sich allgemein hemmend auf die therapeutischen Anstrengungen aus und fördere das unkritische Einnehmen von Medikamenten bzw. den übermässigen Alkoholkonsum als «einfachste» Problemlösung. Die Alkoholwirkung verstärke wiederum Depressionen. Zudem wirkten sich die einfache Persönlichkeitsstruktur und die geringen intellektuellen und allgemeinen Ressourcen negativ auf die therapeutische Erreichbarkeit der Beschwerdeführerin aus. Gesamthaft verschlechtere die vorliegende Konstellation an psychischen Problemfeldern und allgemeinen persönlichen Ressourcen die Krankheits- und Behandlungsprognose der Explorandin erheblich und erkläre zu einem grossen Teil die jahrelange Stagnation des Gesundheitszustandes trotz vielfältiger angemessener Behandlungsversuche (A.S. 118 f.).

9.5.2 Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist sodann der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Dazu lässt sich dem Gutachten entnehmen, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der Persönlichkeitsstörung in der Impulskontrolle eingeschränkt sei, in zwischenmenschlichen Situationen leicht gekränkt, enttäuscht und gereizt reagiere, ihr Verhalten vor allem in Konflikten nur unzureichend adäquat steuern könne, vielfach aneckte und sich ungewollt sozial isoliere. Sie könne oftmals weder sich selbst noch ihr Gegenüber zutreffend einschätzen, woraus rasch Reibereien, Unstimmigkeiten und Konflikte entstünden. Im Sinne eines «alles oder nichts» bzw. «schwarz-weiss-Denkens» suche sie sehr oft den «Ausweg» in Betäubung durch Intoxikationszustände, vielfach an der Grenze zur «endgültigen Ruhe» mit suizidaler Intention bzw. Inkaufnahme eines fatalen Ausgangs. Die Möglichkeit, sich selbst in ihren Denkmustern, Grundannahmen und zwischenmenschlichen Verhaltensweisen zu korrigieren, sei ihr im Rahmen der Grundstörung, aber auch durch die Komorbiditäten und geringen allgemeinen Ressourcen kaum möglich (A.S. 119). Mit der Frage und Problematik einer Persönlichkeitsstörung hat sich die Gutachterin eingehend auseinandergesetzt; es kann

diesbezüglich auf die vorstehenden Erwägungen sowie das Gutachten (A.S. 114 ff.) verwiesen werden (vgl. auch E. II. 9.2.2 hievov).

9.5.3 Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Die Gutachterin führt zum sozialen Kontext aus, das aussererwerbliche soziale Aktivitätsniveau sei seit Jahren als sehr gering zu beurteilen. Die Beschwerdeführerin habe sich durch ihr psychiatrisches Störungsbild in den letzten Jahren sozial sehr isoliert. Zwar bestünden gewisse Kontakte zur Ursprungsfamilie (Mutter, Geschwister) und ihren Kindern, jedoch verfüge die Explorandin weder über einen Partner noch (bis auf eine gute Kollegin) über einen Bekannten- oder Freundeskreis. In der Wahrnehmung von Kontakten mit Ämtern und Behörden erscheine sie unterstützungsbedürftig. Es könnten insgesamt nur wenige Ressourcen aus dem sozialen Umfeld festgestellt werden (A.S. 121).

Zur Einordnung der in den Vorakten bzw. von der Beschwerdegegnerin angeführten psychosozialen Faktoren lässt sich dem Gutachten entnehmen, dass der bei der Explorandin vorhandene grosse Leidensdruck primär auf die normabweichende Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin und die begleitende Depression zurückzuführen sei und nicht auf die (sekundäre) Substanzabhängigkeit oder die psychosozialen (Folge-)Probleme (A.S. 115 f.; vgl. auch E. II. 9.2.2 hievov). Die weiteren nachvollziehbaren Ausführungen der Gutachterin zeigen ausserdem, dass die Frage nach der Rolle psychosozialer Faktoren vorliegend (mittlerweile) ohnehin offengelassen werden kann, da sich die psychischen Störungsbilder der Beschwerdeführerin spätestens per 15. Juni 2015 zu schwergradig-chronifizierten Leiden entwickelt hätten (A.S. 123, 125; siehe auch E. II. 9.4.2 f. hievov). Es ist daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem verselbständigten Gesundheitsschaden ab Mitte Juni 2015 auszugehen.

9.5.4 Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermaßen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Wie diesbezüglich im Gutachten ausgeführt wurde, mache sich die gesundheitliche Störung vorliegend nicht nur im beruflichen Bereich bemerkbar, sondern auch sehr deutlich in anderen Lebensbereichen. Die Beschwerdeführerin sei im Alltag sozial isoliert, sie unterhalte keine partnerschaftliche Beziehung und habe bis auf professionelle Begleiter (Hausärztin, Psychotherapeutin, Psychiatrie-Spitex) nur zu den erwachsenen, selbständig lebenden Kindern und einer Kollegin einen engeren persönlichen Kontakt. Die psychische Störung gehe zudem mit körperlichen Problemen (Intoxikationszustände, Adipositas, Beinödeme durch die

psychogene Polydipsie) einher, die sich wiederum in vielen Lebensbereichen einschränkend auswirkten. Aufgrund der Abhängigkeitserkrankung verfüge die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben auch nicht mehr über eine Fahrerlaubnis. Aufgrund des ängstlichen Rückzugs- und Vermeidungsverhaltens erschienen selbständige Alltagsbewältigung und Mobilität (Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel) ebenfalls erheblich beeinträchtigt. Gesamthaft seien im Fall der Beschwerdeführerin aus gutachterlicher Sicht keine Inkonsistenzen zu verzeichnen. Es zeige sich in wesentlichen Lebensbereichen eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus (A.S. 120 f.).

9.5.5 Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich kann auf das unter vorstehender E. II. 9.5.1 zum Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz» Gesagte verwiesen werden, wonach ein deutlicher Leidensdruck vorhanden sei und (seit 2004) vielfältige angemessene Behandlungsversuche unternommen worden seien bzw. auch aktuell als dem Störungsbild angemessene Massnahmen bestünden.

9.6 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gerichtsgutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen damit als erstellt. So sind bei der Beschwerdeführerin vor allem ressourcenhemmende Faktoren vorhanden, womit die psychiatrische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auch im Lichte dessen nachvollziehbar ist, sodass vollumfänglich darauf abgestellt werden kann. Nach dem Gesagten lässt das vorliegende Gutachten von Dr. med. H. ___ eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht zu. Die Gutachterin äussert sich zudem auch hinreichend und in nachvollziehbarer Weise darüber, inwiefern seit der erstmaligen Verneinung des Leistungsanspruches (Verfügung vom 2. Oktober 2008; vgl. E. II. 6 hievor) bis zum Verfügungszeitpunkt am 30. August 2018 eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit stattgefunden hat (vgl. E. II. 9.4.2 hievor), und begründet schlüssig den Zeitpunkt der eingetretenen Verschlechterung (15. Juni 2015; vgl. E. II. 9.4.3 hievor). Das Gerichtsgutachten erweist sich damit auch unter revisionsrechtlichen Aspekten (vgl. E. II. 3.4 hievor) als beweismässig; es ist demnach im Vergleich zur Verfügung vom 2. Oktober 2008 von einer erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen. Die Parteien bringen zu Recht keine Einwände gegen das Gerichtsgutachten vor bzw. die Beschwerdeführerin will ausdrücklich auf das Gutachten abstellen (vgl. E. I. 8.3 hievor).

10. Zusammenfassend ist gestützt auf das psychiatrische Gerichtsgutachten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin seit Mitte Juni 2015 in jeglicher zumutbarer Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig ist (zuvor bestand gemäss Gerichtsgutachten seit Oktober 2008 noch eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in leidensangepasster Tätigkeit; vgl. E. II. 9.4.2 und 9.4.3 hievor). Da in dieser Konstellation der Grad der Arbeitsunfähigkeit (100 % in jeglicher Tätigkeit) demjenigen der Erwerbsunfähigkeit bzw. Invalidität entspricht, kann auf einen Einkommensvergleich

verzichtet werden. Mit Blick auf das Wartejahr (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG; vgl. auch E. II. 2.2 hievor) sowie die Vorgabe von Art. 29 Abs. 1 IVG, wonach ein Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruches (hier mit Anmeldung vom 26. Januar 2016 [IV-Nr. 29]) entsteht, hat die Beschwerdeführerin somit ab 1. Juli 2016 Anspruch auf eine ganze IV-Rente. Berufliche Eingliederungsmassnahmen werden zu Recht nicht geltend gemacht (vgl. E. I. 3 hievor; A.S. 4) und wären denn auch nicht geschuldet (vgl. die Ausführungen von Dr. med. H. ____ auf A.S. 126 zur objektiven Eingliederungsunfähigkeit der Beschwerdeführerin; siehe auch E. II. 9.4.4 hievor).

11. Nach dem Gesagten ist Ziff. 2 der Verfügung vom 30. August 2018 in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin ab 1. Juli 2016 eine ganze Invalidenrente auszurichten.

12. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die im kantonalen Beschwerdeverfahren obsiegende Beschwerdeführerin Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Nach § 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 des Gebührentarifs (GT; BGS 615.11) beträgt der Stundenansatz für die Bestimmung der Kosten der berufsmässigen Vertretung CHF 230.00 bis CHF 330.00 zuzüglich Mehrwertsteuer, soweit sie durch Anwälte wahrgenommen wird. Die vom Vertreter der Beschwerdeführerin eingereichte aktualisierte Kostennote vom 11. Mai 2020 (A.S. 133 ff.) weist einen Zeitaufwand von 19 Stunden und 25 Minuten sowie Auslagen von CHF 65.00 aus.

Reine Kanzleiarbeit (z.B. die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen, das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen, das Einreichen von Kostennoten etc.) sind im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten. Die unter den Daten vom 4. Oktober 2018, 1. November 2018, 7. Dezember 2018, 14. Januar 2019, 6. Februar 2019 und 21. Februar 2019 aufgeführten Positionen «Verfügung Versicherungsgericht SO» können somit nicht berücksichtigt werden, da hier von der Kenntnisnahme von (kurzen bzw. standardisierten) Verfügungen des Versicherungsgerichts auszugehen ist. Auch die im Zusammenhang mit dem Einfordern der IV-Akten aufgeführte Position vom 20. September 2018 («Zustellung von IV SO», «Akten IV SO») entfallen. Nicht zu berücksichtigen sind weiter die im Zusammenhang mit Fristerstreckungsgesuchen aufgeführten Positionen vom 29. Oktober 2018 («Chargé-Schreiben an Versicherungsgericht SO») und 2. November 2018 («Fristverlängerung Versicherungsgericht SO»), die Positionen («Chargé-Schreiben an Versicherungsgericht SO») vom 14. Februar 2019 und 11. Mai 2020 für das Einreichen der Kostennoten sowie die Position «Schreiben an Versicherungsgericht SO» vom 11. Juli 2019, wobei es sich offenbar um die Retournierung einer Empfangsbestätigung an das Versicherungsgericht handelt (vgl. A.S. 54). Zudem wird im Fall des Obsiegens für den nachprozessualen Aufwand praxismässig nur eine halbe Stunde vergütet. Dies führt zu einem zu entschädigenden Zeitaufwand von 17 Stunden und 10 Minuten, was mit Blick auf die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses als angemessen erscheint. Unter Berücksichtigung eines Stundenansatzes von CHF 230.00 und der Mehrwertsteuer ergibt dies eine Parteientschädigung von insgesamt CHF 4'322.40 (Honorar von CHF 3'948.35, Auslagen von CHF 65.00 und MwSt. [7.7 %]).

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

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

Die Arztberichte, welche der Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vorlagen, ergaben kein einheitliches Bild des Gesundheitszustandes und erlaubten, wie vorstehend dargelegt (vgl. E. II. 8.2 f. hievor), keine abschliessende Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes. In dieser Situation hätte die Beschwerdegegnerin, wie es das Gericht getan hat, ein zusätzliches Gutachten einholen müssen, um den entscheiderelevanten Sachverhalt zu klären, bevor sie über den Leistungsanspruch befindet. Sie hat daher die Kosten des Gerichtsgutachtens von CHF 8'093.20 (vgl. BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502 und 143 V 269 E. 2 S. 271 f. und E. 8 S. 285), einschliesslich Dolmetscherkosten von CHF 405.25, zu tragen. Die Beschwerdegegnerin hat gegen die Höhe dieser Kosten keine Einwände erhoben, nachdem sie die fragliche Rechnung zugestellt erhielt (A.S. 128).

Demnach wird erkannt:

3. Die Beschwerdegegnerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

4. Die Kosten des Gerichtsgutachtens vom 18. März 2020 von CHF 8'093.20 werden der Beschwerdegegnerin auferlegt und sind der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zurückzuerstatten.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Wittwer

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